

Executive Report der Kommission zur gesamtstaatlichen COVID-Krisenkoordination (GECKO)

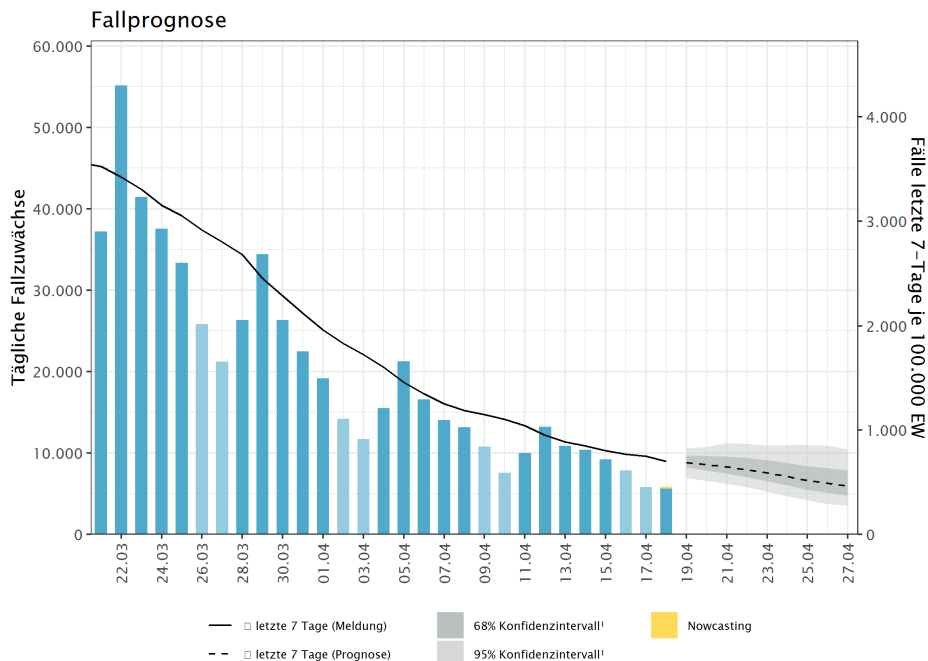
Ausgangslage

Die Bundesländer meldeten am 22. April 2022 8.155 neue Fälle an das Gesundheits- und das Innenministerium.

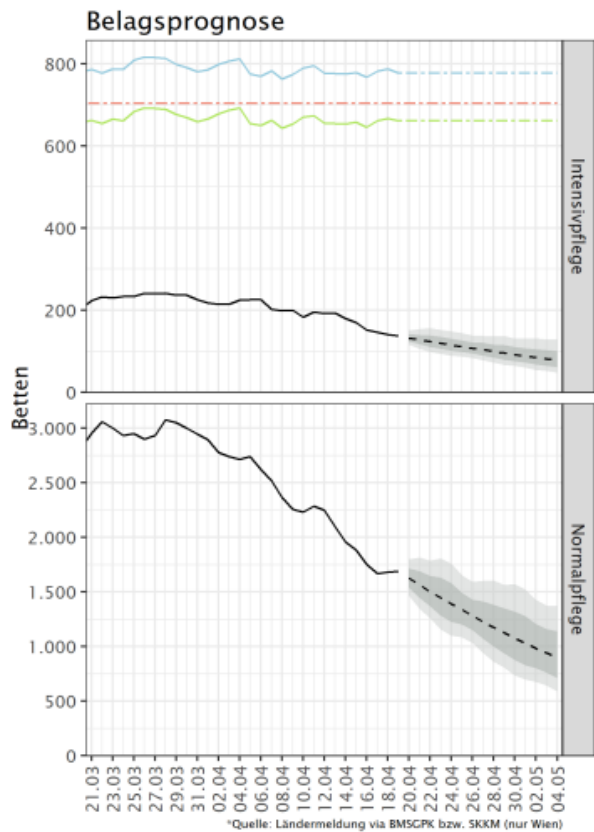
1.627 Personen (-77) befinden sich aufgrund des Coronavirus in Spitalsbehandlung, 127 (-3) auf Intensivstationen.

Prognosen

Die Zahl der Neuinfektionen ist nach wie vor rückläufig, die Geschwindigkeit des Rückgangs hat sich allerdings leicht verringert. Die Prognose geht von einer Fortsetzung des Abwärtstrends aus. Der substantielle Rückgang der Fallzahlen wirkt sich weiterhin auch auf die Anzahl der hospitalisierten Patient:innen aus.



Quelle: EMS, Datenstand 20.04. 10:05, basierend auf den historischen Abweichungen der Fallprognose



Übersicht unter: <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/COVID-Prognose-Konsortium-2022.html#maerz-2022>

[Laufende Evaluierung des Maßnahmenregimes](#)

Die GECKO-Kommission beobachtet und bewertet die Situation laufend und tritt derzeit im Zwei-Wochen-Rhythmus zusammen. Es wird regelmäßig ein Executive Report veröffentlicht. Zu akuten Themen nimmt GECKO auf Anfrage der Regierung auch kurzfristig Stellung.

[Vorbereitungen auf den Herbst](#)

Derzeit laufen die intensiven Vorbereitungen für den Herbst 2022 – sie haben unbedingte Priorität und bestimmen die Anstrengungen von GECKO für die nächsten Wochen. In diesen Prozess der Herbstplanung durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ist GECKO vollinhaltlich eingebunden und unterstützt mit der gesamtstaatlichen und interdisziplinären Expertise der Mitglieder. Im Rahmen einer Betrachtung verschiedener Szenarien je nach Virusvariante

wird ein besonderer Fokus auf die Themen Testen, Impfen, Maßnahmen, Therapien und Kommunikation gelegt.

Aktuelle Themen der GECKO-Kommission

Die GECKO-Kommission tagte am 19. April 2022 unter der Leitung von Dr. Katharina Reich und Generalmajor Rudolf Striedinger. Folgende Fragestellungen wurden von den Expert:innen diskutiert und die hier dargestellten Einschätzungen der Bundesregierung übermittelt:

VIRUSVARIANTE OMIKRON

Internationale Entwicklung

In vielen europäischen Ländern herrscht nach wie vor ein ausgeprägtes Infektionsgeschehen. Die Zahl der Neuinfektionen ist aber in vielen Ländern rückläufig. Die Testrate ist in vielen europäischen Ländern gering.

In Großbritannien war in den letzten Wochen ein Anstieg an Neuinfektionen sowie steigende Zahlen bei den Hospitalisierungen und Todesfällen zu beobachten. Seit einigen Tagen ist wieder ein leichter Rückgang zu verzeichnen. In den USA steigen die Neuinfektionen durch die Verbreitung der Omikron-Subvariante BA.2 in vielen Regionen wieder. Einzelne Regionen bzw. Städte führen wieder Schutzmaßnahmen ein. In Philadelphia etwa ist die Zahl an Neuinfektionen um 50% gestiegen und die Stadt veranlasste wieder eine Maskenpflicht in Innenräumen. Auch New York, wo die Neuinfektionen um 60% anstiegen, stoppt nun weitere Lockerungen, die ursprünglich angedacht waren.

(AG Omikron Schernhammer, Puchhammer, Kollaritsch, Bergthaler, Popper, Ditto)

Haben andere europäische Länder ihre Strategie im Umgang mit der Pandemie angesichts der Variante BA.2 verändert und wenn ja, wie?

Keines der untersuchten Länder hat aufgrund von BA.2 seine Regeln verändert. Die letzten Wochen waren durchwegs von weiteren Öffnungsschritten gekennzeichnet. In Italien wurde die Unterteilung nach Zonen abgeschafft. Landesweite Maßnahmen sind noch aufrecht, wobei diese sukzessive gelockert werden. In Schweden gilt COVID-19 seit April nicht mehr als „gesellschaftsbedrohende Krankheit“, die Gesundheitsbehörde empfiehlt darüber hinaus nunmehr die 4. Impfung für Personen über 65 Jahre. Seit dem 15. März 2022 gilt in Deutschland eine Impfpflicht für Gesundheits- und

Pflegepersonal. Einreisebeschränkungen wurden zuletzt in mehreren Staaten, wie z.B. Dänemark, Schweden und Slowakei, gänzlich aufgehoben.

(AG Schutzmaßnahmen Ostermann, Druml, Popper, Starlinger)

Welche neuen Virusvarianten treten auf und mit welchen Auswirkungen ist zu rechnen?

Es gibt vermehrt diverse Subvarianten von Omikron sowie auch Rekombinanten. Naturgemäß gibt es noch wenige bis keine Daten zu möglichen klinischen Verlaufsänderungen, Immunevasion etc. Einzig für die in New York auftretenden Subvarianten BA.2.12 und BA.2.12.1, die dort für bis zu 90% der Fälle verantwortlich sein sollen, nimmt man mittlerweile einen 20% Wachstumsvorteil gegenüber BA.2 an. Diese Varianten wurden schon in mehr als 40 Ländern (inklusive Österreich) detektiert. Die in Österreich beschriebene erste Rekombinante (BA.2 mit einem Spike Gen von BA.1.1) wurde bisher erst zweimal gefunden und weitere Abklärungen mit der AGES laufen.

(AG Omikron Schernhammer, Puchhammer, Kollaritsch, Bergthaler, Popper, Ditto)

KINDER

Wie hoch ist die Krankheitslast bei Kindern durch COVID-19?

Zum Schweregrad des Verlaufes bei Kindern unter sechs Monaten zeigen Halasa et al., dass die Impfung der Mutter einen sehr guten Schutz vor schweren Verläufen für diese Kinder darstellt. Von 93 Müttern in dieser Studie, die als geimpft eingestuft wurden, hatten 90 (97 %) ein dokumentiertes Impfdatum. Die Wirksamkeit einer vorläufig abgeschlossenen COVID-19-Impfserie mit zwei Dosen betrug zu Beginn der Schwangerschaft (in den ersten 20 Wochen) 32% (95%CI=-43% bis 68%), wobei das Konfidenzintervall allerdings sehr groß war und mit Vorsicht zu interpretieren ist, und im weiteren Verlauf der Schwangerschaft (21 Wochen bis 14 Tage vor der Entbindung) 80% (95%CI=55% bis 91%).

Es liegen Daten zu der vergleichsweise höheren absoluten Zahl an infizierten Kindern aufgrund der vielfach höheren Infektiosität von Omikron, im Vergleich zu Delta, vor: eine aktuelle Studie aus den USA zeigt, dass Neugeborene und Kinder im Alter von 0-4 Jahren während der Omikronwelle (BA.1) im Vergleich zur Deltawelle am Peak der Welle ca. 5 Mal höhere mit COVID-19 in Verbindung stehende Hospitalisierungsraten aufwiesen (Marks et al. 2022, retrospektive Kohortenstudie). Die Aufenthaltsdauer im Spital ist mit 1,5 Tagen bei Omikroninfektionen signifikant kürzer als bei Deltainfektionen (2 Tage) und die Aufnahme auf einer Intensivstation ebenfalls seltener notwendig (21% vs. 27%; Marks et al., 2022).

Nyberg et al. zeigen anhand von Daten aus Großbritannien (Kohortenstudie), dass – konsistent mit den Daten von Wang et al. – das Risiko eines schweren Verlaufes unter Omikron signifikant kleiner ist (über alle Altersklassen hinweg) und es dort aber bei Kindern unter 10 Jahren keinen Unterschied des Schweregrads zumindest hinsichtlich Hospital Admission innerhalb von 14 Tagen nach Infektion zwischen Omikron und Delta gab. Die Studienautoren interpretieren dies vorsichtig: Die mangelnde Abschwächung des Schweregrades bei Kindern unter 10 Jahren (bei Omikron vs. Delta) könnte eher auf eine niedrigere klinische Schwelle für die Krankenhauseinweisung von Kleinkindern aufgrund von Symptomen zurückzuführen sein, die für eine Omikron-Infektion typisch sind.

Eine mögliche Erklärung für die höhere Hospitalisierungsrate von kleinen Kindern bei Omikron, im Vergleich zu Delta, ist die 70-fach raschere Vermehrung von Omikron in den Atemwegen und 10-fach langsamere Vermehrung in der Lunge (Hui et al.), in Kombination mit empfindlicheren oberen Atemwegen von Säuglingen und Kleinkindern. Bei einer Variante, die zu Infektionen der oberen Atemwege führt, treten bei jüngeren Kindern mehr Krankheitssymptome auf, da sie noch einen engeren Atemweg haben, der viel leichter durch Entzündungen blockiert wird (Blake et al.).

In Summe ist die Datenlage zum Schweregrad des Verlaufes bei Kindern unter 10 Jahren bei wachsender Anzahl von Studien weiterhin lückenhaft (bzgl. ICU/Death) (Lewnard et al., Bager et al., Wang et al., Nyberg et al., Veneti et al., Butt et al., Blake et al.). Der derzeitige Stand weist gesamt eher darauf hin, dass schwere Verläufe bei Kindern mit nachgewiesener COVID-19 Infektion weiterhin sehr selten sind (Zsigmond et al.).

In Bezug auf das Multi-system Inflammatory Syndrome (MIS-C) – eine Entzündungserkrankung, die verschiedene Organe betrifft – schätzen sowohl Zambrano et al. (USA/CDC) als auch Levy et al. (Frankreich) die Effektivität der Pfizer-Biontech Impfung gegen MIS-C bei Kindern im Alter von 12-18 Jahren auf 91% ein. Diese Daten stammen allerdings noch aus einer Zeit, als die Delta-Variante noch dominant war. Für Omikron berichtet das US CDC, dass der nationale Sieben-Tage-Durchschnitt der MIS-C-Fälle kurz nach dem Anstieg von Coronavirus-Fällen aufgrund der hochgradig übertragbaren Omikron-Variante etwa 12 pro Woche erreichte. Das ist zwar ein Anstieg gegenüber dem historischen Tiefststand von etwas mehr als einem Fall pro Woche im Juli 2021, aber immer noch deutlich niedriger als die wöchentlichen Spitzenwerte von 20 bzw. 34 Fällen während der Delta-Welle und der Winter-Welle Ende 2020 bzw. Anfang 2021.

Andere aktuelle Studien zum Thema COVID-19 und Kindern betreffen zum einen ein möglicherweise gehäuftes Auftreten von Pseudokrupp bei Kleinkindern mit Omikron (einer Atemwegserkrankung, bei der die Schleimhaut im Bereich des Kehlkopfes und der Stimmbänder entzündet und angeschwollen

ist) und zum anderen die Beobachtung, dass Kinder mit milder COVID-19 Erkrankung schlechtere Antikörper-Antworten aufzuweisen scheinen als die Vergleichsgruppe von Erwachsenen mit milder Erkrankung ([Toh et al. 2022](#)).

Umgekehrt finden sich bei immunkompromittierten Kindern in England (bis 18 Jahre), die an COVID-19 erkrankt waren, keine schwereren Verläufe als bei gesunden Kindern ([Chappell et al.](#)). Dazu wurden 1.645 Kinder mit immunkompromittierender Vorerkrankung (Unterdrückung des körpereigenen Abwehrsystems) in eine prospektive Studie eingebracht; 38 davon infizierten sich im Laufe des Follow-ups mit SARS-CoV, wovon vier eine Spitalseinweisung benötigten, aber keines der Kinder benötigte eine intensivmedizinische Behandlung oder verstarb.

Studien aus Kanada und den USA zeigen, dass schwere COVID-19 Verläufe in 43% der betroffenen Kinder (im Alter von 1-9 Jahren) mit Vorerkrankungen assoziiert waren (neurologische oder Lungenerkrankungen, sowie Erkrankungen, die mit dem Bedarf an technologischer Versorgung einhergehen wie zum Beispiel parenterale Ernährung oder Dialyse) ([Farrar et al.](#)). Zu einem ähnlichem Ergebnis gelangen [Zsigmond et al.](#), die Daten des Londoner Kinderspitals St. George zur Untersuchung des Schweregrades des COVID-19 Verlaufes bei Kindern untersuchten. 12 von 15 Kindern unter 18 Jahren mit schwerem COVID-19 Verlauf hatten eine Vorerkrankung. Aktuelle Studien deuten darauf hin, dass dieser Anteil an Kindern mit schweren Vorerkrankungen und COVID-19 Infektion sich unter Omikron gegenüber vorangegangenen Varianten nicht verändert hat ([Blake et al.](#)).

(AG Omikron Schernhammer, Puchhammer, Kollaritsch, Bergthaler, Popper, Ditto)

Welche aktuellen Erkenntnisse gibt es zu Long-COVID bei Kindern?

Zum Thema Long-COVID bei Kindern gibt es mittlerweile neue Erkenntnisse aus mehreren Studien. Die meisten Daten zu Long-COVID sind notgedrungen noch von der Zeit vor Omikron.

Wie bereits berichtet wurden mehrere Studien von unterschiedlicher Qualität im Jänner 2022 von [Gudrsani D et al.](#) zusammengefasst. [Stephenson et al.](#) (UK) wird als jene mit dem besten Studiendesign eingeschätzt; allerdings bezieht sich diese Analyse auf Jugendliche zwischen 16 und 17 Jahren. Die Autoren dieser Studie beschreiben die Prävalenz von Symptomen, die mit Long-COVID assoziiert wurden (3+ Symptome) mit 30.3%, versus 16.2% in Kindern gleichen Alters in der Kontrollgruppe. [Borch et al.](#) (2021-08-30) führten eine Fall-Kontroll Studie in Dänemark zu Long-COVID bei Kindern zwischen 0-17 Jahre durch und fanden einige Symptome signifikant in der Gruppe mit durchgemachter Infektion

(Fatigue, Geruchs- und Geschmacksverlust, Muskelschwäche) sowie andere Symptome in der Kontrollgruppe signifikant erhöht (Konzentrationsstörungen, Kopfweh, Muskel- und Gelenkschmerzen, Husten, Fieber, Übelkeit). Die meisten Symptome waren nach 1-5 Monaten wieder vergangen.

Im Februar 2022 schlussfolgerten Behnood et al. dass, wenn ihre Meta-Analyse auf jene Studien mit einer SARS-CoV-2-negativen Kontrollgruppe beschränkt wurde, die meisten anhaltenden Symptome bei SARS-CoV-2-positiven Fällen und SARS-CoV-2-negativen Kontrollen gleich häufig vorkamen – also im Prinzip kein Zusammenhang zwischen COVID-19 Symptomen und Long-COVID bestand – und dass auch die Studien einzeln einhellig auf ein geringes Risiko von Long-COVID bei Kindern hinweisen.

Molteni et al. (UK) berichten, dass sich 97% aller Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren nach vier Wochen komplett von COVID-19 erholt hatten. In der kleinen Gruppe von Kindern, die Symptome auch über die vier Wochen hinaus hatte (meist Geruchsverlust oder Müdigkeit) hatten sich die meisten nach acht Wochen vollständig aufgelöst. In Summe wird geschlossen, dass eine verlängerte Erkrankung/Symptomatik bei Kindern vorkommt, aber selten ist und jedenfalls niedriger als bei Erwachsenen.

Borch et al. (Dänemark, alle Kinder waren nicht geimpft; Daten bis März 2021, also noch vor der Delta Welle) untersuchten eine dänische Nationalkohorte von COVID-19 erkrankten Kinder (Alter 1-17 Jahre) und Kontrollkinder im selben Alter. In Summe zeigt die Studie (die von mittlerer Qualität ist) ein insbesondere bei kleinen (0-5 Jahre; dort hatte die Kontrollgruppe mehr Symptome die >4 Wochen andauernden als die COVID-19 Gruppe), aber auch generell bei allen Kindern ein niedriges Risiko für Long-COVID. Radtke et al. finden in einer kleinen Schweizer Studie vom ersten Lockdown (März 2020), dass seropositive Kinder – also Kinder mit nachgewiesenen Antikörpern – weniger oft (2%) als seronegative Kinder (4%) – also ohne Antikörper – länger andauernde Symptome berichteten (1+ Symptome >12 Wochen lang). Auch diese Studie hat einige wichtige Limitationen (kleine Fallzahl; falsch positiv/negative Seroprävalenz, das Fehlen des genauen Datums der erfolgten COVID-19 Infektion usw.)

Zudem wurde kürzlich die CloCk-Studie veröffentlicht (Stephenson et al. February 7, 2022), die bei fast 7.000 Proband:innen, die entweder SARS-CoV-2-positiv oder -negativ und zwischen elf und 17 Jahren alt waren, Post-COVID-Symptome verglich. Negativ und positiv getestete Proband:innen berichteten über ähnliche Symptome, allerdings wiesen 11-17-Jährige, die COVID-19 positiv getestet wurden nach drei Monaten ein 1.53-fach (95%CI, 1.35-1.70) erhöhtes Risiko für multiple Symptome auf (29.6%) im Vergleich zu jenen in der Kontrollgruppe die COVID-19 negativ getestet hatten (19.3%). Vergleichbare Schätzungen stammen vom UK Office for National Statistics (Ayoubkhani et al.).

Eine Meta-Analyse von [Lopez-Leon et al.](#) (March 13, 2022) hat 68 Studien zum Thema Long-COVID (Long-COVID/Post-COVID-Syndrom: Symptome >12 Wochen nach COVID-19 Infektion) bei Kindern und Jugendlichen nach ihrer Qualität evaluiert und 21 entsprechend zusammengefasst. Anhand dieser 21 Studien wurde die Prävalenz von COVID Symptomen 4+ Wochen nach COVID-19 Infektion bei Kindern und Jugendlichen auf 25.24% geschätzt (95%CI, 18.17%-33.02%), wobei die häufigsten klinischen Manifestationen Gemütsverstimmung (16.50%), Müdigkeit (9.66%), und Schlafstörungen (8.42%) waren. Zudem war das Risiko für persistierende Atemnot um 2.7-fach erhöht, und das Risiko für Geruch bzw. Geschmacksverlust fast 11-fach höher. Jedoch hatten nur zwei der Studien, die in die Meta-Analyse eingeschlossen wurde, auch Daten zur Dauer der Symptome und hier zeigte sich ein anderes Bild: Eine Studie aus Dänemark berichtet, dass sich alle Symptome bei 54-75% der Kinder (mit Unterschieden je nach Alter) innerhalb von 1-5 Monaten aufgelöst hatten ([Borch et al.](#)). Eine Studie aus England, die die UK ZOE COVID Symptom Study App verwendete, berichtet, dass zwar 4.4% der Kinder vier Wochen nach COVID-19 Infektion immer noch Symptome hatten, dies sich aber nach acht oder mehr Wochen auf 1.8% reduzierte ([Molteni et al.](#)).

(AG Omikron Schernhammer, Puchhammer, Kollaritsch, Bergthaler, Popper, Ditto)

IMPFFEN

Welchen Schutz bieten die in Österreich zugelassenen Impfungen gegen Long-COVID?

Generell festzuhalten ist, dass zum Schutz der Impfung gegen Long-COVID noch sehr wenige Daten vorliegen.

Eine [Zusammenfassung der UKHSA](#) befasst sich mit der Frage, welchen Schutz COVID-19 Impfungen gegen Long-COVID bei Erwachsenen bietet (Daten noch vor Omikron). In diesem rapid-Review wurden 15 Studien identifiziert, davon acht, in denen das Risiko von Long-COVID bei Geimpften untersucht wurde. Sieben weitere untersuchten, ob eine Impfung nach COVID-19 Infektion das Risiko von Long COVID zu reduzieren vermag.

Diese Studien liefern Hinweise dafür, dass geimpfte Personen, die sich anschließend mit COVID-19 infizieren, seltener Long-COVID-Symptome aufweisen als ungeimpfte Personen, und zwar sowohl kurzfristig (vier Wochen nach der Infektion) als auch mittelfristig (12 bis 20 Wochen nach der Infektion) und langfristig sechs Monate nach der Infektion).

Antonelli et al. (2022-01-01) berichteten in *The Lancet Infectious Diseases*, dass in einer Studie von über einer Million Briten die mit einem mobilen Health Tracker verfolgt wurden, nur 5% der Geimpften (versus 11% bei den Ungeimpften) nach Durchbruchinfektion Symptome hatten, die für über 28 Tage bestehen blieben. Diese Studie wurde vor Omikron durchgeführt. Kuodi et al. (2022-01-17) berichten aus Israel, dass Geimpfte ein ca. 50% niedrigeres Risiko haben an Long-COVID zu erkranken. So berichten auch Simon et al. (2021-11-18) aus den USA und ein schwächerer Effekt wird von Taquet et al. festgestellt.

Zu den möglichen Langzeitfolgen nach COVID-19 gibt es eine wachsende Anzahl an Studien, die unter anderem einen Anstieg des Ein-Jahres Risikos von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie ein länger bestehendes (bis zu 110 Tage nach Infektion) Risiko für tiefe Venenthrombosen und Lungenembolien und Blutungen nach COVID-19 und ein höheres Risiko für Veränderungen in mit dem Geruchssinn zusammenhängenden Gehirnregionen beschreiben.

(AG Omikron Schernhammer, Puchhammer, Kollaritsch, Bergthaler, Popper, Ditto)

Wie gut schützt die Impfung vor Omikron?

Der Schutz der Booster Impfung bzw. des Impfstoffes generell wird derzeit durch die UK Health Security Agency UKHSA mit Bezug auf die Omikron Variante als wesentlich geringer wirksam gegen symptomatische Erkrankungen als bei der Delta-Variante eingestuft und dieser nimmt rasch ab. Der Schutz vor Krankenhausaufenthalten bleibt jedoch hoch, insbesondere nach drei Dosen (Booster Impfung). Zur Infektiosität und Hospitalisierung/ICU sind (Stand 19. April 2022) keine neuen Erkenntnisse hinzugekommen, die die gegenwärtigen Einschätzungen beeinflussen bzw. ändern würden.

Laut diesem jüngsten Bericht der UKHSA (April 14, 2022) für Omikron sind Daten zum Schutz des Boosters gegen Infektion noch nicht verfügbar. Die Effektivität der Impfung gegen symptomatische Erkrankungen durch eine Omikroninfektion beträgt nach 2 Dosen Astra Zeneca 45-50% und fällt nach 25 Wochen auf praktisch null. Ein Booster (mit mRNA; gefolgt auf 2 Dosen AZ oder mRNA) hebt die Effektivität zwar kurzfristig wieder auf 60-75%, fällt allerdings nach 20+ Wochen auch wieder drastisch. Die Impfeffektivität ist generell etwas höher bei jüngeren als bei älteren Menschen.

Die Effektivität des Schutzes der Impfung gegen Hospitalisierungen durch Omikron Infektion liegt bei 18-64-jährigen zwischen 82% (peak Effekt) und 54% (waning 15+ weeks after booster) für emergency care, und 97% (peak) zu 76% (waning) für beatmungspflichtige Spitalsaufenthalte. Bei 65+ Jährigen

schwankten diese Werte zwischen 92% und 77% (emergency care) und 96% zu 87% für beatmungspflichtige Spitalsaufenthalte. Im Report wird davon ausgegangen, dass der Einfluss von zufällig entdeckten COVID-19 Infektionen bei breiteren Definitionen von schweren Verläufen im Sinne von allgemeine Hospitalisierung (versus zb Beatmungspflichtig) deutlicher zum Tragen kommt und in diesen Fällen eher die Effektivität der Impfung gegen Infektion (und nicht gegen schweren Verlauf) abbildet, daher mit breiterer Outcome Definition die Impfeffektivität (fälschlicherweise) tendenziell niedriger wirkt (Stowe et al.).

Erfreulich ist, dass das Nachlassen des Impfschutzes gegen Hospitalisierung für Personen, die 75 Jahre oder älter sind, gering ist (bei ca. 93% unmittelbar nach Booster, und 10+ Wochen später bei 88%) und etwa gleich hoch bleibt in den zwei bis drei Monaten nach Booster.

Laut Daten des UKHSA ist auch nach zwei Impfungen (ohne Booster) der Schutz vor schweren Verläufen (Hospitalisierung mit Beatmung: 82.3%) nach 175+ Tagen vergleichbar mit jenem nach Booster Impfung (105+ Tage: 75.9%; peak 14-34 Tage nach Booster: 97.1%) bei 18-64-jährigen; und diese Daten sind ähnlich bei Personen 65+ Jahre alt (73.4% versus 86.8%; peak 95.8%; Table 1 im UKHSA Bericht)

Kirsebom et al. bestätigen mit den ihnen derzeit vorliegenden Daten, dass der Impfschutz sowie auch das Waning im Prinzip unverändert ist für die Omikron Variante BA.2, im Vergleich zu BA.1.

Neue Daten zur Effektivität einer 4. Impfung (Bar-On et al.) gibt es aus Israel. Auch hier sieht man einen kurzfristigen vorteilhaften Effekt der Impfung in den wenigen Wochen unmittelbar danach (vier bis sechs Wochen; Infektion und schwere Verläufe betreffend) der aber relativ rasch wieder abnimmt und zwar insbesondere was den Schutz vor einer Infektion betrifft. Die EMA empfiehlt vorläufig eine 4. Impfung nur für Personen die 80 Jahre oder älter sind.

(AG Omikron Schernhammer, Puchhammer, Kollaritsch, Bergthaler, Popper, Ditto)

Wien, am 22. April 2022

DIE GECKO-KOMMISSION

Die GECKO-Kommission besteht aus Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Disziplinen und wird von Dr. Katharina Reich (Chief Medical Officer im Gesundheitsministerium) und Generalmajor Rudolf Striedinger (Stv. Generalstabschef im Verteidigungsministerium) geleitet.

GECKO berät die Bundesregierung in Fragen der Bekämpfung der Corona-Pandemie. Die Beratung erstreckt sich insbesondere auf folgende Bereiche:

1. Bewertung der aktuellen Covid-19-Situation
2. Impf-, Medikamenten- und Teststrategie
3. Operative Umsetzung
4. Information der Bevölkerung

Die Kommission institutionalisiert und ermöglicht einen laufenden Informationsaustausch.

GECKO berichtet wöchentlich an die Bundesregierung, diese leitet auf Grundlage von GECKO-Empfehlungen politische Entscheidungen ab.

Die Kommission tritt in Form der als Executive Report auf der Website des Bundeskanzleramts veröffentlichten Beurteilungen nach außen hin auf. Darüber hinaus sprechen die beiden Vorsitzenden, sofern sie in ihrer Rolle als Vorsitzende der Kommission auftreten, für die Kommission in ihrer Gesamtheit.

Mitglieder der GECKO-Kommission:

Philipp Abbrederis, Andreas Bergthaler, Manfred Ditto, Christiane Druml, Erich Hechtner, Christoph Klein, Herwig Kollaritsch, Karlheinz Kopf, Markus Müller, Ulrike Mursch-Edlmayr, Herwig Ostermann, Julia Partheymüller, Niki Popper, Elisabeth Puchhammer-Stöckl, Katharina Reich, Eva Schernhammer, Reinhard Schnakl, Volker Schörghofer, Thomas Starlinger, Karl Stöger, Rudolf Striedinger, Thomas Szekeres, Oswald Wagner