

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

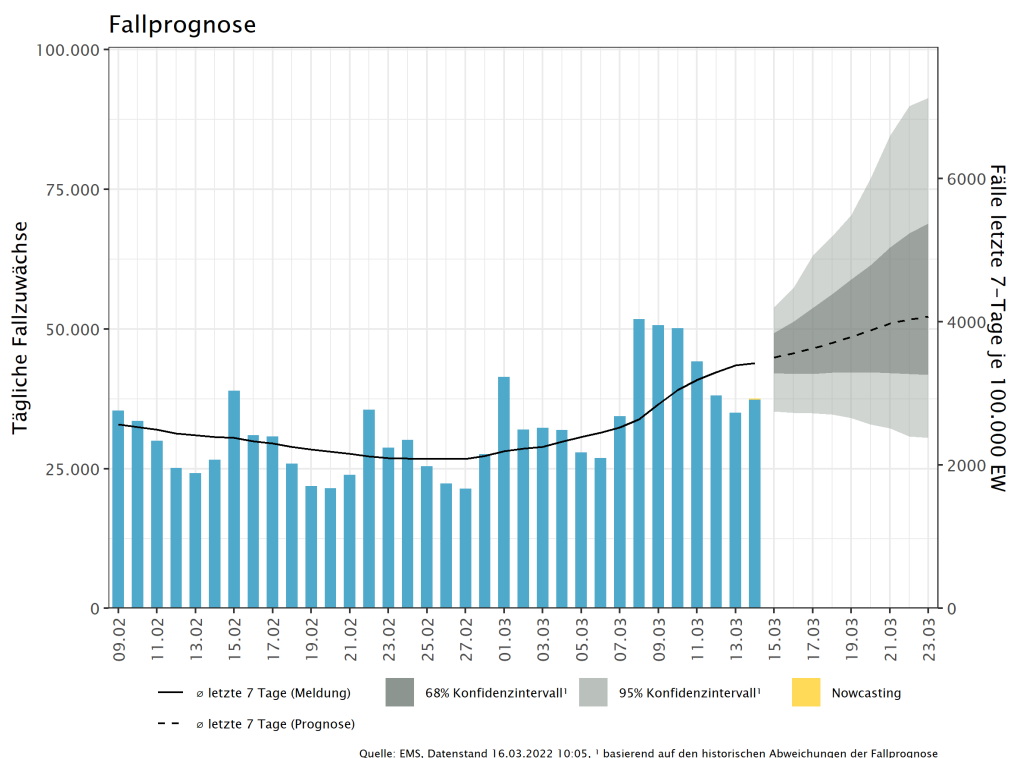
Ausgangslage

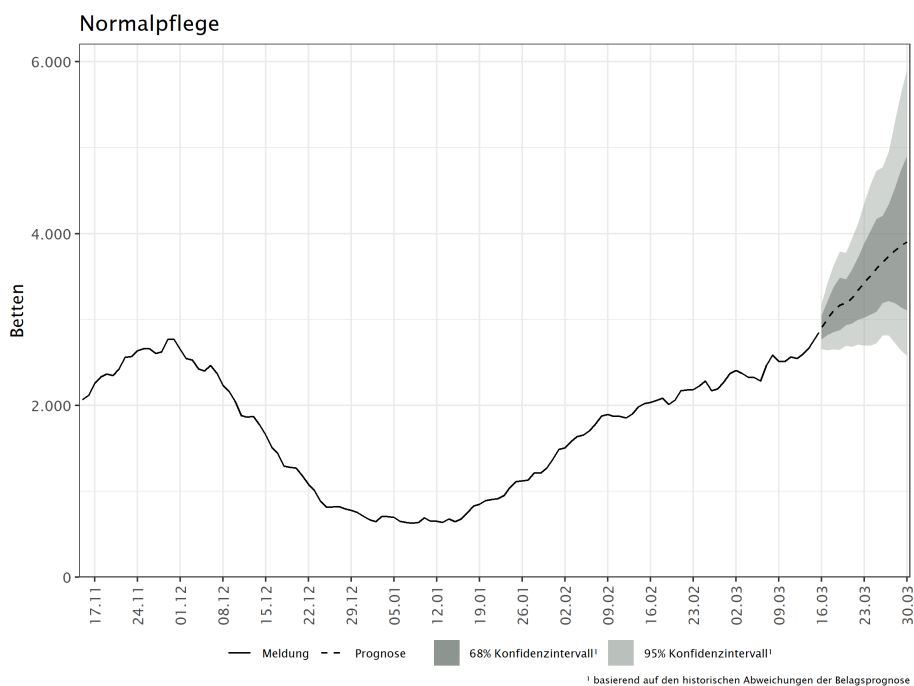
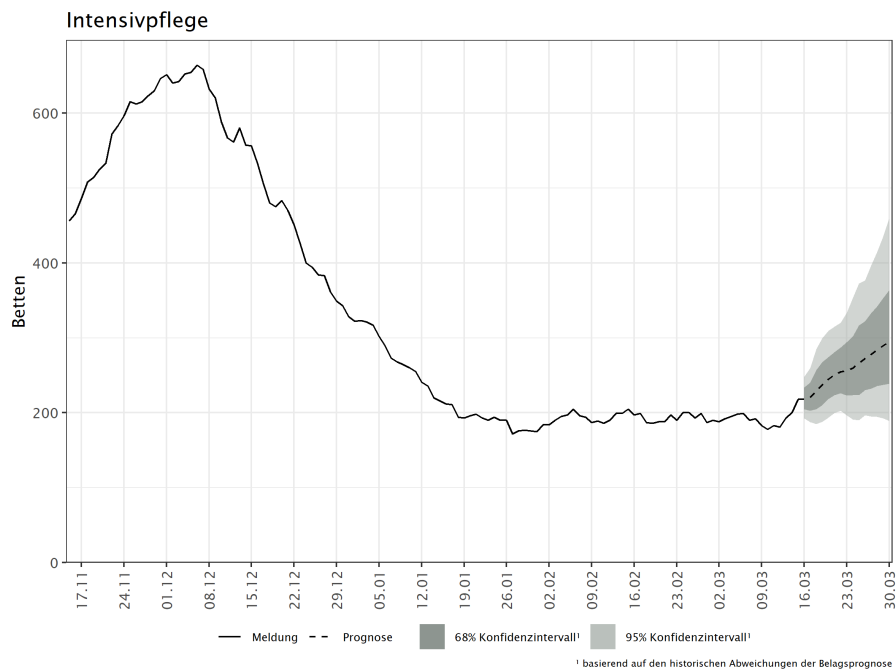
Die Bundesländer meldeten am 18. März 2022 51.112 neue Fälle an das Gesundheits- und das Innenministerium.

3.046 Personen (-38) befinden sich aufgrund des Coronavirus in Spitalsbehandlung, 207 (-4) auf Intensivstationen.

Prognosen

Die zunehmende Dominanz des Omikron Subtyps BA.2 treibt das Infektionsgeschehen weiter an. Mit 23. März 2022 ist ein Abflachen der Fallzahlen abgebildet. Darüber hinaus zeigt die Prognose einen Anstieg des Spitalsbelages sowohl im Bereich der Normal- als auch in der Intensivpflege.





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

Aktuelle Themen der GECKO-Kommission

Vor diesem Hintergrund tagte die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission zur gesamtstaatlichen Covid-Krisenkoordination (GECKO) am 18. März 2022 unter der Leitung von Dr. Katharina Reich und Generalmajor Rudolf Striedinger. Folgende Fragestellungen wurden von den Expertinnen und Experten diskutiert und die hier dargestellten Einschätzungen der Bundesregierung übermittelt:

VIRUSVARIANTE OMIKRON

Aktuelle Erkenntnisse und international Entwicklungen:

Neue Erkenntnisse aus Großbritannien deuten darauf hin, dass die Omikron-Variante BA.2 einen erheblichen Wachstumsvorteil gegenüber BA.1 hat, da es 80 % schneller wächst als BA.1. Die effektive Reproduktionszahl von BA.2 dürfte also um 30 – 40 % höher sein, als bei BA.1 (UKHSA technical briefing 38 vom 11. März 2022). Eine vorläufige Analyse der Daten zur Ermittlung von Kontaktpersonen ergibt, dass die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem Auftreten der Symptome bei einem Primärfall und dem Auftreten der Symptome bei den identifizierten Kontaktpersonen (das mittlere Serienintervall) bei BA.2 etwa einen halben Tag kürzer ist als bei BA.1. Das serielle Intervall zeigt, dass die Zeit zwischen Primär- und Sekundärinfektionen kürzer ist, was zu der höheren Wachstumsrate von BA.2 beitragen könnte. Vorläufige Daten zeigen aber auf, dass die Hospitalisierungsrate bei BA.2 nicht höher als bei BA.1 ist.

Daten aus Großbritannien zeigen, dass bei Omikron die Rate der Wiederinfektion höher als bei früheren Varianten ist (UKHSA: Report vom 10. März 2022). Dies spricht dafür, dass eine vorherige Infektion mit Delta keinen guten Schutz gegen Omikron bietet. Weniger häufig aber doch kommt es auch zu Reinfektion mit BA.2. nach einer Infektion mit BA.1 (Stegger et al., vom 22. Februar 2022). Diese dänische Studie mit Daten bis Mitte Februar 2022 legte offen, dass es sich bei insgesamt 187 Reinfektionen in 47 Fällen um BA.2 Reinfektion kurz nach einer BA.1 Infektion handelte, wobei vorwiegend junge ungeimpfte Personen mit milder Erkrankung, die weder Hospitalisierung noch Tod verursachte, betroffen waren. Diese Daten weisen darauf hin, dass es zu Omikron BA.2 Reinfektionen kurz nach BA.1 Infektionen kommen kann, dass dies aber selten ist.

Fast die Hälfte aller Europäischen Länder verzeichnete in der vergangenen Woche Anstiege an neuen Covid-19-Fällen. Zu jenen Ländern mit den größten Zuwächsen gehören Finnland (Anstieg wöchentliche Neuerkrankungen um >80 %), die Schweiz (45 % Anstieg), und UK (3 1% Anstieg). Auch

Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland und Italien verzeichneten prozentuale Zuwächse bei ihren wöchentlichen Fallzahlen, die sich im zweistelligen Bereich bewegen. Gleichzeitig nehmen die täglichen Hospitalisierungen in den USA ab. Die Anzahl der an COVID-19 Verstorbenen hat in den USA in den vergangenen 2 Wochen um ca. 30% abgenommen. Im Gegensatz zu Europa ist BA.2 in den USA derzeit noch nicht dominant (derzeit ca. 25% aller Fälle). So rät man in den USA, mit derzeit relativ niedrigen Infektionszahlen, älteren Personen eher dazu, mit der Impfung (4. Booster) zu warten, auch wenn Pfizer inzwischen um die Zulassung für die 4. Impfung für Personen >65 angesucht hat.

Besonders fällt die in Hong Kong zu beobachtenden Lage auf. Bei einer Österreich ähnlichen Populationsgröße (>7 Mio) sind während der gegenwärtigen Omikronwelle bereits 4.000 Menschen gestorben, wobei es sich bei den meisten Verstorbenen um ältere Personen handelt. Bei Fallzahlen von 50.000 pro Tag wurden Maßnahmen eingeführt. Mittlerweile sinken die Infektionszahlen wieder. Die Zahlen aus Hong Kong zeigen zudem, dass Omikron bei ungeimpften älteren Menschen nicht mild verläuft. In Hongkong sind $\frac{2}{3}$ der >80-jährigen nicht geimpft. Die Geimpften erhielten wiederum Sinovac, ein Impfstoff der nicht so effektiv gegen Corona schützt.

Einem aktuellen Bericht aus Großbritannien zufolge haben 99.3 % der erwachsenen Bevölkerung nun Antikörper gegen COVID-19 entweder durch eine Infektion oder durch eine Impfung. 36 % erwarben Antikörper nur durch eine Infektion.

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

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

Erneut wurden beim angestellten Vergleich jene Länder betrachtet, die über einen hohen Anteil an BA.2-Fällen am gesamten Fallgeschehen berichten. Gemäß der rezent verfügbaren Auswertung von GISAIID betrifft dies insbesondere die Länder Dänemark, Italien, Norwegen, Schweden und Tschechien.

Aktuell kann weiterhin in keinem der untersuchten Länder eine (durch die Variante BA.2 verursachte) Veränderung des Maßnahmenregimes festgestellt werden. Informationen aus Deutschland deuten darauf hin, dass die Ausbreitung der Variante BA.2 im Zusammenhang mit den geplanten Öffnungsschritten beobachtet wird und diese auch ggf. neu bewertet werden. Konkrete Auswirkungen durch BA.2 sind aber auch hier nach wie vor unklar. Ein rezentes Statement der WHO verweist auf einen Wachstumsvorteil BA.2 gegenüber der anderen Omikron Subtypen, während gleichzeitig die Fallzahlen insgesamt weltweit zurückgehen. BA.2 wird eine höhere Transmissibilität attestiert. Es

wurden Reinfektionen mit BA.2 nach BA.1-Infektion dokumentiert; zumindest für einen begrenzten Zeitraum scheint das Reinfektionsrisiko aber gering. Während in Tiermodellen Hinweise auf schwerere Verläufe durch BA.2 gefunden wurden, kann dies anhand realer Daten zum klinischen Schweregrad derzeit nicht bestätigt werden. Die WHO fordert in ihrem Statement die Länder auf, weiterhin wachsam zu sein, Sequenzen zu überwachen und zu melden sowie unabhängige und vergleichende Analysen der verschiedenen Omikron-Sublinien durchzuführen.

(AG Schutzmaßnahmen: Ostermann, Druml, Popper, Starlinger)

Beurteilung von Absonderungsdauer und Verkehrsbeschränkungen sowie der Wirksamkeit einer Maskenpflicht in Innenräumen

Die GECKO-Kommission wurde auch mit Fragen zu einer möglichen Verkürzung der Absonderungsdauer und insbesondere deren Auswirkungen auf die Personalsituation in Krankenanstalten sowie zu Fragen betreffend die Auswirkungen der Einführung einer Maskenpflicht in Innenräumen befasst. Dahingehend hält die Kommission grundsätzlich fest, dass diese Punkte jeweils nur im Kontext einer Gesamtstrategie und nicht in Einzelbestandteilen zu beantworten sind.

Bei der Beurteilung der Fragen zeigten sich zudem innerhalb der Arbeitsgruppe Omikron unterschiedlichen Einschätzungen. Einzelne Mitglieder vertraten den Standpunkt, dass das Infektionsgeschehen durch pauschale Verkürzungen weiter befeuert werden könnte, da sich Österreich derzeit noch immer in einer ansteigenden Phase der Infektionszahlen befindet. Dem geringer werdenden Ausfall von Gesundheitspersonal stünde dadurch möglicherweise eine höhere Zahl von stationär aufzunehmenden Patienten und Patientinnen durch die höheren Infektionszahlen gegenüber. Eine vorübergehend ausgesprochene Homeoffice-Empfehlung würde die Quarantäne in gewissen Bereichen erleichtern.

Der Standpunkt anderer Mitglieder deckt sich mit der Auffassung des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), einer Behörde des US-amerikanischen Gesundheitsministeriums. Eine Verkürzung der Quarantänedauer ist demnach in Settings, die durch die Personalsituation bedroht werden, unter anderem auch aufgrund des um einen halben Tag verkürzten mittleren seriellen Intervalls von BA.2 vertretbar. Die CDC hält unter anderem fest, dass sie die empfohlene Zeit für die Absonderung von Infizierten angesichts des derzeitigen Wissenstands über die Omikron-Variante verkürzt. Infizierte sollten sich demnach 5 Tage lang isolieren, wenn sie asymptomatisch sind oder ihre Symptome nachlassen (ohne Fieber für 24 Stunden). In den folgenden 5 Tage müssen diese Personen Maske tragen, wenn sie in der Nähe anderer sind, um deren Infektionsrisiko zu minimieren. Diese Änderungen

der CDC sind durch wissenschaftliche Erkenntnisse motiviert, die zeigen, dass die Mehrheit der Übertragung von SARS-CoV-2 früh im Krankheitsverlauf erfolgt, im Allgemeinen in den 1-2 Tagen vor dem Auftreten der Symptome und in den 2-3 Tagen danach (siehe dazu auch UKHSA Technical Briefing 38, Figure 17, Daten mit Bezug auf Omikron).

Betreffend die Eignung der Einführung einer Maskenpflicht, die Zahl der Neuinfizierten früher absinken zu lassen, wird festgehalten, dass die Einführung einer Maskenpflicht die Infektionszahlen deutlich senken kann. Der Nutzen von Masken in Innenräumen ist durch Evidenz sehr gut belegt. Solide wissenschaftliche Studien zeigen eine deutliche Reduktion der Infektionswahrscheinlichkeit und der effektiven Reproduktionszahl durch das Tragen von Masken (z.B. Abaluck et al., Science 2021, Bagheri et al. PNAS 2021, Cheng et al. Science 2021, Howard et al. PNAS 2021). Als Caveat ist zu berücksichtigen, dass die praktische Wirksamkeit von Masken durch mehrere Einflussfaktoren beeinflusst wird (z.B.: wie durchgängig und wie gut die Maske getragen wird, welche Maske verwendet wird, wie gut die Innenräume belüftet sind; siehe Cheng et al. Science 2021 und Su et al. medRxiv 2022). Jedenfalls tragen Masken sowohl aus individueller Sicht als auch gesamtgesellschaftlich zum Schutz vor Infektion bei.

Die Studien von Cheng et al. 2021 und Su et al. 2022 zeigen, dass Masken besonders gut wirken, wenn sie von möglichst vielen Menschen getragen werden (Selbstschutz und Fremdschutz) und mit anderen Maßnahmen kombiniert werden (Lüften, Abstand, Testen etc.). Demnach kann das Tragen von Masken als Einzelmaßnahme die Reproduktionszahl von ca. 3, wie ursprünglich beobachtet, auf <1 senken, wenn mindestens 60 – 70 % der Menschen chirurgische Masken bei allen Kontakten korrekt verwenden. Bei N95/FFP2-Masken wären es etwa 40 %. Bei infektiöseren Varianten von SARS-CoV-2, so wie es jetzt mit der Omikron Variante der Fall ist, müsste die Einhaltung (Compliance) bzw. Nutzungsrate entsprechend höher sein. Durch Kombination mit anderen Maßnahmen (Lüften, Abstand, Testen etc.) kann die Reproduktionszahl aber auch bei geringerer Einhaltung (Compliance) unter Eins gesenkt werden. Die Studie von Su et al. 2022 bietet detaillierte Methoden, Ergebnisse und Illustrationen zur Wirksamkeit von Masken und anderen Schutzmaßnahmen für verschiedene Virusvarianten und Maßnahmenkombinationen.

Durch Messdaten, Modellrechnungen und Populationsstudien ist eindeutig belegt, dass Masken als einfach, kurzfristig und individuell einsetzbare Maßnahme einen wesentlichen Beitrag zur Eindämmung des Infektionsgeschehens leisten können.

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

Die Stadt Wien brachte hinsichtlich der Thematik Absonderungsdauer und Verkehrsbeschränkungen vor, dass sich die Lage weiter verschlechtern würde, wenn die Quarantänedauer für Infizierte auf der Grundlage einer CDC-Empfehlung aus einem Staat, in dem BA.2 nicht dominant sei, reduziert werden würde. Dies könnte zu einer weiteren Erhöhung der Infektionszahlen führen, was die Spitäler in naher Zukunft noch weiter unter Druck bringen könnte.

Welche Vorbereitungen sollen jetzt und über die Sommermonate für eventuell hohe Fallzahlen in der nächsten kalten Jahreszeit (bzw. die nächste gefährliche Variante) getroffen werden?

Gezielte Recherchen bei internationalen Public Health Institute ECDC, RKI, CDC, WHO, NIPH und NHS sowie von internationalen Behörden haben ergeben, dass zum aktuellen Zeitpunkt keine spezifischen Maßnahmen beschrieben werden, die jetzt ergriffen werden sollen, um eine etwaige nächste Welle durch eine Variante bzw. im Herbst oder Winter 2022/23 einzudämmen oder bestenfalls zu verhindern. Generell werden Nicht-pharmazeutische Interventionen (Abstand halten, Maske tragen, auf die Händehygiene achten und lüften) sowohl von den Public Health Instituten wie auch den Ländern Deutschland und der USA als sinnvoll erachtet. Auch eine hohe Durchimpfungsrate soll angestrebt werden. Eine Bevorratung von diesen Materialien wird in den USA empfohlen, wo auch die Einrichtung einer zentralen Stelle, die logistisch und operativ die Beschaffung und Verteilung von Materialien koordiniert, angeraten wird. Um Engpässen in der Gesundheitsversorgung vorzubeugen, wurden hier mehr Arbeitsplätze geschaffen und Gesundheitseinrichtungen finanziell unterstützt.

Weitere präventive Maßnahmen sollen dem Schutz von vulnerablen Gruppen (APHs, Krankenanstalten, Risikopersonen) dienen und hierzu ein Präventionskonzept erarbeitet werden. Eine ausreichend hohe Testkapazität sowie ein Abwasser Surveillance Programm inklusive einer entsprechenden Datenerfassung und -erarbeitung können Varianten frühzeitig detektieren, um frühestmöglich (re)agieren zu können.

Das RKI hat im Herbst 2021 einen Stufenplan entwickelt, an dem die deutsche Bundesregierung bis heute festhält. Je nach Fallgeschehen und Risikoeinschätzung durch das RKI können Maßnahmen verschärft werden.

(AG Schutzmaßnahmen: Ostermann, Druml, Popper, Starlinger)

KINDER

Welche Auswirkungen hat COVID-19 auf Kinder?

Neue Erkenntnisse zeigen, dass eine Erkrankung aufgrund einer Omikron-Infektion bei Kindern unter fünf Jahren in allen untersuchten Parametern deutlich milder verläuft als nach einer Delta-Infektion. So sind Hospitalisierungen auf ein Drittel bei Omikron reduziert und auch zu Aufnahmen in Intensivstationen und der Notwendigkeit mechanischer Beatmung liegen ähnliche Zahlen vor. Weniger groß ist der Unterschied bei der Notwendigkeit einer ambulanten Versorgung. Auch für Kinder zwischen 5 und 18 Jahren zeigt ein Vergleich mit Erwachsenen und bezogen auf ambulante Versorgung und Hospitalisierung, dass die Erkrankungen nach einer Omikron-Infektion deutlich milder verlaufen als nach einer Infektion mit Delta. Außerdem ist evident, dass bei Personen unter 18 auch im Vergleich zu den älteren Altersgruppen die Erkrankung durch Omikron schon an sich milder ist, was sich bei Delta nicht in gleicher Weise nachvollziehen lässt. Ein ähnliches Bild vermitteln die Hospitalisierungsdaten.

(AG Kinder: Schernhammer, Puchhammer, Kollaritsch, Bergthaler, Popper, Druml, Reich)

IMPfung

Aktuelle Erkenntnisse

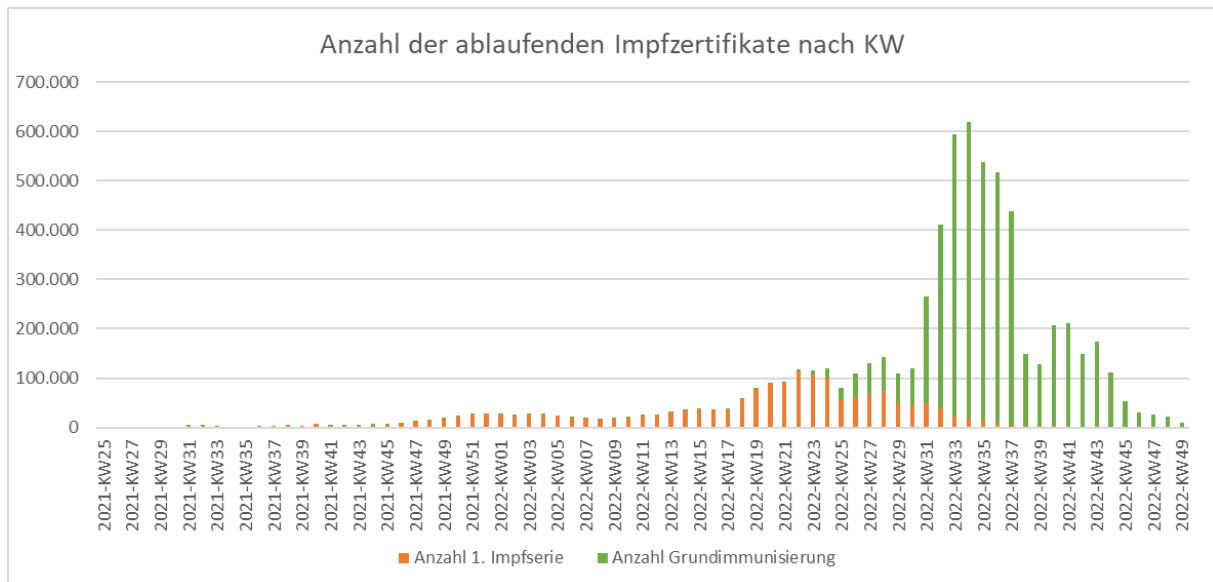
Es liegen Studien zum 2. Booster aus Israel vor, denen zu entnehmen ist, dass die Immunität nach einem 2. Booster wieder stark zunimmt. So zeigen sich eine 8-fach höhere Zahl an Antikörpern und auf ein Viertel reduzierte Hospitalisierung wegen schwerer Erkrankung bei 60+ jährigen Personen (Regev-Yochay et al. 2022-02-22). Wie lange die Wirkung anhält, ist derzeit jedoch noch unklar. Noch rezentere Forschungsergebnisse aus Israel zeigen aber, dass eine 4. Impfung in einer Population von Krankenhausangestellten zwar den Antiköperspiegel wiederherstellen konnte, aber immunologisch keine wesentlichen weiteren Vorteile gegenüber dreifach Geimpften brachte, und dass die Effektivität gegenüber Omikron-Infektionen nicht wesentlich verbessert wird (Regev-Yochay et al, 2022-03-16).

(AG Omikron: Schernhammer, Puchhammer, Kollaritsch, Bergthaler, Popper).

Wann verlieren die meisten Impfbzertifikate ihre Gültigkeit?

Aktuelle Zahlen aus dem Gesundheitsministerium zeigen, dass im Juni 2022 die meisten Impfbzertifikate für Personen, die die 1. Impfbserie abgeschlossen haben (2 Impfbungen oder Genesung + Impfbung), ihre

Gültigkeit verlieren. Die meisten Impfbzertifikate jener Personengruppe, die über eine Grundimmunisierung verfügen (3 Impfungen oder Genesung + 2 Impfungen) laufen im August und September 2022 ab.



(AG Rechtliche/technische Fragen: Stöger, BMSGPK, Abbrederis, Hechtner, Schnakl, Kopf, Klein, Ditto)

Mit wie vielen verabreichten Impfungen pro Monat ist insgesamt, unberücksichtigt der Empfehlung für eine weitere 4. Impfung, bis Herbst zu rechnen? Für wie viele Impfungen müssen die Impfstoffvorräte über den Sommer reichen?

Unter realistischen Annahmen ist damit zu rechnen, dass bis 1. Oktober insgesamt zwischen 2,325 Mio und 3 Mio. Impfstoffdosen, also im Monat durchschnittlich etwa 300.000 – 400.000 Impfstoffdosen, verabreicht werden. Dabei handelt es sich zu 70-80% um Drittimpfungen. Zu beachten ist allerdings, dass diese angenommenen Zahlen abhängig von der Lageentwicklung auch stark unterschritten werden können.

In Summe sind daher bis 1. Oktober maximal 6,25 Mio Dosen notwendig, wobei allenfalls zu verimpfende vierte (oder auch fünfte) Impfdosen nicht berücksichtigt sind. Das sind durchschnittlich im Monat maximal 800.000 Dosen.

(AG Gesundheitsdaten und Reportings: Bergthaler, Popper, Ditto, Kollaritsch, Striedinger, Hechtner, Abbrederis)

SCHUTZ KRITISCHER INFRASTRUKTUR

Update zur Lage und insbesondere Personalsituation in den Krankenhäusern

Zwar liegen derzeit keine gravierenden Probleme in versorgungskritischen Bereichen vor. Allerdings wird die Lage in den Krankenhäusern als mittlerweile sehr angespannt beschrieben. Personalausfälle im Bereich von ungefähr 10 % wegen Absonderungen und Betreuungspflichten verursachen große Probleme (tlw. Verschiebung von elektiven Eingriffen oder Sperrungen von Betten oder Stationen). Dazu herrscht beim Personal mitunter große Müdigkeit und Erschöpfung.

(AG Schutz kritische Infrastruktur: Ditto, Nikolai, Reich, Puchhammer, Kopf, Klein, Popper, Stöger)

KOMMUNIKATION

Aus Sicht einer effektiven (Krisen-)Kommunikation ist vor allem die Stringenz und Konvergenz aller kommunikativen Maßnahmen im weiteren Sinne wiederherzustellen. Die politische Kommunikation, die Kampagnen-Kommunikation, die verordneten bzw. gesetzlichen Maßnahmen, die wissenschaftliche Kommunikation und die Vorbildwirkung öffentlicher Akteure und Institutionen müssen aufeinander und auf die Strategie der Pandemiebekämpfung abgestimmt sein.

Da der mögliche Start einer etwaigen Auffrischkampagne in die Sommerurlaubszeit fällt, sollte die Kommunikation nach Auftakt für die Dauer der Impfkampagne durchgehend aufrechterhalten und kontinuierlich intensiviert werden, um möglichst viele Impfungen kurz vor Beginn der Herbstwelle durchführen zu können. Es ist zudem dabei davon auszugehen, dass die Impfbereitschaft zunimmt, je näher die kalte Jahreszeit heranrückt. Es ist auch damit zu rechnen, dass sich einige „Nachzügler“ erst nach Mitte Oktober impfen lassen möchten, die ggf. noch einmal vor Beginn der Herbstwelle erinnert werden müssten.

Welche kommunikativen Maßnahmen sind notwendig, um die Rate an 3. Impfungen weiter zu erhöhen?

Eine kürzlich veröffentlichte Studie zur Booster-Impfbereitschaft aus Dänemark zeigt, dass vor allem bei jüngeren Personen (18-39 Jahre) die Booster-Impfbereitschaft gering ausfiel. Der stärkste Prädiktor der Booster-Bereitschaft der jüngeren war dabei die „response efficacy“, also das Vertrauen auf die Empfehlungen der Gesundheitsbehörden, dass die Impfung einen Unterschied macht, in Hinblick auf den eigenen Schutz gegen das Coronavirus als auch mit Blick auf den Schutz anderer Personen.

Weiters korrelierten auch die wahrgenommene Gefahr des Coronavirus für die Gesellschaft („societal threat“), die Selbstwirksamkeit („self-efficacy“) und die empfunden sozialen Kosten („response costs“) mit der Booster-Impfbereitschaft. Das Papier kommt zu der Schlussfolgerung, dass zur Erhöhung der Boosterrate insbesondere die jüngeren Alterskohorten näher betrachtet werden sollten. Es müsse erklärt werden, inwiefern insbesondere die Ausbreitung von Omikron eine Gefahr für die Gesellschaft bedeutet und inwiefern der/die Einzelne durch Booster-Impfungen einen Beitrag zur Pandemiebekämpfung leisten kann.

Für Österreich lässt sich anhand der Daten des Dashboards des Gesundheitsministeriums sowie auch der ACPP-Daten bestätigen, dass auch hier die jüngeren Kohorten seltener geboostert sind, aber in dieser Gruppe auch noch am ehesten Booster-bereite Personen zu finden sind. Es ist zu erwarten, dass ähnliche Gründe, wie die oben genannten, hierbei eine Rolle spielen. Zu beachten ist dabei, dass in diesen Altersgruppen auch besonders viele Genesene zu finden sind, wodurch sich komplexe Muster von Impfung und Genesung ergeben können, die eine personalisierte Impfempfehlung erforderlich machen könnte.

Welche kommunikativen Maßnahmen wären, besonders im Lichte des Aussetzens der Strafbarkeit der Impfpflicht, wichtig, um die Bereitschaft für Impfungen weiterhin hoch zu halten?

Es ist vorab anzumerken, dass es – unabhängig von der Impfpflicht – insgesamt sehr herausfordernd ist, die Impfbereitschaft weiter hochzuhalten, da die allermeisten Impf- und Booster-bereiten Personen bereits geimpft sind und die warme Jahreszeit naht. Bei den Erstimpfungen könnte eventuell noch die Zulassung von weiteren neuen Impfstoffen eine Rolle spielen (z.B. Valneva ab April), wobei die Nachfrage von Novavax gering ausfiel, so dass es als unsicher gelten muss, wie relevant weitere neue Impfstoffe noch sein können.

Bei den Booster-Impfungen könnten noch einmal spezielle Zielgruppen näher in den Blick genommen werden. Es sollte zudem evidenzbasiert ermittelt werden, inwiefern in Anbetracht der Aussetzung der Impfpflicht positive Anreize (und in welcher Form) ggf. noch einen Beitrag leisten können.

(AG Kommunikation: Partheymüller, Foitik, Szekeres, Geschäftsstelle)

Folgende Fragestellungen werden von GECKO laufend bearbeitet:

MEDIKAMENTE

Update Verfügbarkeit und Einsatz von Medikationen bei der Therapie von COVID-19 infizierten Personen

Die neuen COVID-19-Arzneimittel sollen bei Patientinnen und Patienten, die positiv auf das Coronavirus getestet wurden und ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben, zur Anwendung kommen. Im extramuralen Bereich soll die Versorgung der Bevölkerung mit diesen Arzneimitteln sinnvollerweise über die bewährte Struktur der niedergelassenen Ärzte und öffentlichen Apotheken nach Vorliegen eines positiven Antigen- oder PCR-Testergebnisses ohne bürokratische oder sonstige Hürden erfolgen.

Wie viele der derzeit in Österreich verfügbaren COVID-19-Arzneimittel wurden bereits bei Therapien verabreicht und wie viele Patientinnen und Patienten konnten damit behandelt werden?

In der nachstehenden Auflistung werden die derzeit in Österreich verabreichten Medikamente angeführt, wobei sowohl die Anzahl der bisher nach Österreich gelieferten Dosen, die Zahl der an Behandlungseinrichtungen ausgelieferten Dosen, sowie die verabreichten Dosen mit Stichtag 15. März 2022 aufgelistet sind.

	Lieferung nach Ö	Auslieferung	Behandlung
Xevudy® (Sotrovimab, VIR-7831)	15.048	9.032	4.950
Lagevrio® (Molnupiravir)	40.966	13.429	2.507
Regkirona® (Regdanvimab)	60.000	4.072	101
Paxlovid® (PF-07321332 + Ritonavir)	45.038	3.888	185

(AG Medikamente: Müller, Nikolai, Pernsteiner, Schörghofer, Popper, Mursch-Edlmayr)

Im Hinblick auf die enorme Bedeutung, die der Therapie bei der Verhinderung schwerer Erkrankungen zukommt, ist aus Sicht der Kommission höchste Priorität darauf zu legen, die bereits ins Land gelieferten Medikamente rasch und in hoher Zahl zur Anwendung zu bringen.

Laufende Evaluierung des Maßnahmenregimes

Aufgrund der dynamischen Entwicklung wird die Situation laufend beobachtet und eingeschätzt, zu akuten Themen nimmt GECKO auf Anfrage der Regierung auch kurzfristig Stellung.

Wien, am 18. März 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, Gerry Foitik, 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