

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

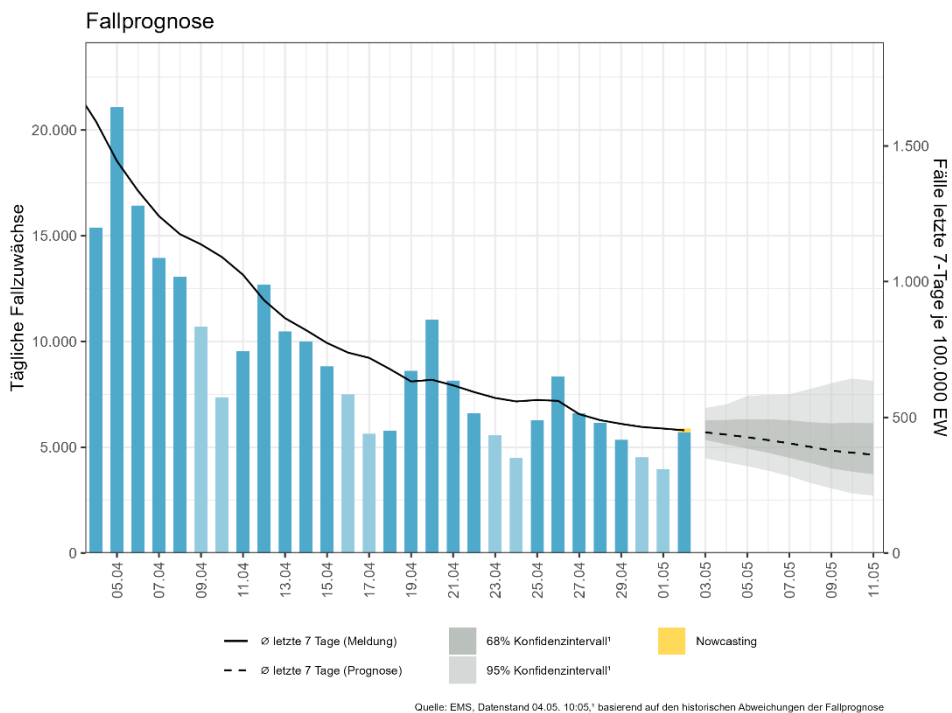
Ausgangslage

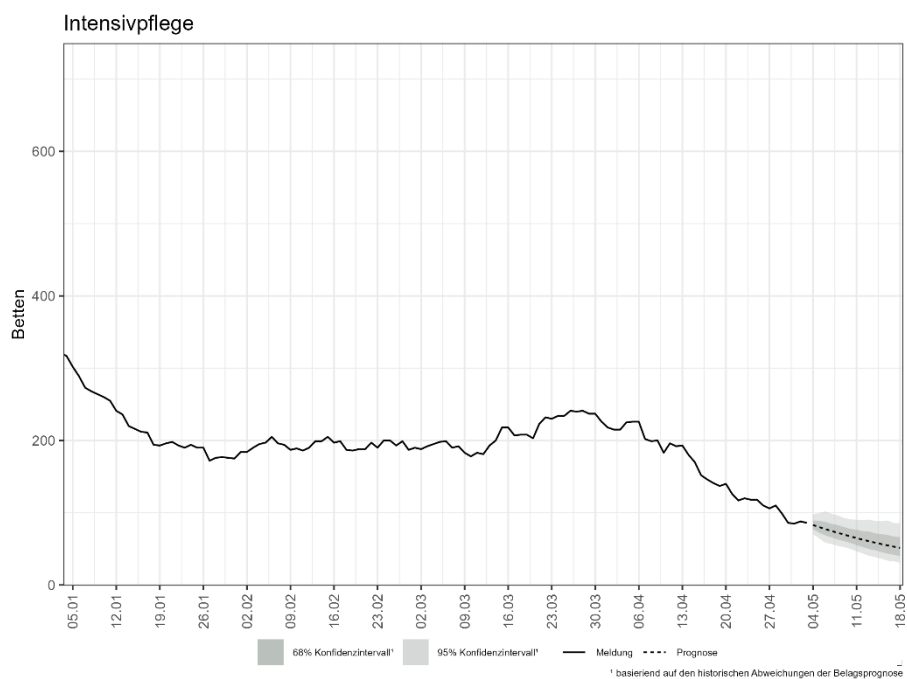
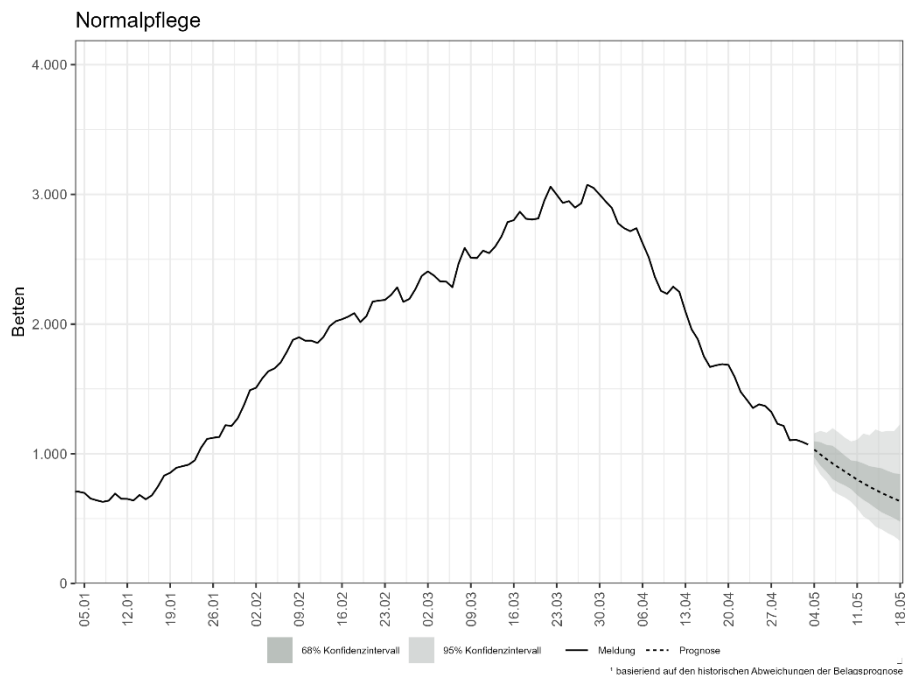
Die Bundesländer meldeten am 6. Mai 2022 6.001 neue Fälle an das Gesundheits- und das Innenministerium.

1.038 Personen (-39) befinden sich aufgrund des Coronavirus in Spitalsbehandlung, 76 (-8) auf Intensivstationen.

Prognosen

Die Fallentwicklung ist weiterhin rückläufig, wobei sich wie zuvor prognostiziert die epidemiologische Kurve mittlerweile abflacht. Die Prognose geht von einem allmählichen Übergang in eine konstante Fallentwicklung aus. Der Rückgang der Fallzahlen der letzten Wochen übersetzt sich nach wie vor in einen abnehmenden Spitalsbelag.





Übersicht unter: <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/COVID-Prognose-Konsortium-2022.html#mai-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 3. Mai 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

Die Omikron-Subvarianten BA.4 und BA.5 stehen zunehmend im internationalen Fokus und sind ein Treiber der begonnenen 5. Welle in Südafrika. BA.4 fand sich am 1. April in Gauteng schon in 60% der Neuinfektionen, und BA.5 am 1. April in KwaZulu-Natal zu 50%. Epidemiologische Daten zu BA.4/BA.5 suggerieren einen klaren Wachstumsvorteil gegenüber BA.2. Spitalsbelegungen steigen teilweise in Südafrika, wobei es noch unklar ist, ob die Entkoppelung von Infektionsgeschehen und Spitalsbelastung ähnlich stark wie bei Omikron BA.1 ist.

Der Ursprung von Omikron BA.4 und BA.5 ist wie bei allen bisherigen Varianten unklar; chronische humane Infektionen bzw. Tierreservoirs werden diskutiert. BA.4/5 unterscheiden sich von BA.2 durch 3

Spikemutationen und eine Deletion. Aktuelle Neutralisationsdaten von Alex Sigal deuten darauf hin, dass eine vorhergehende BA.1 Infektion nicht ausreichend vor einer Infektion mit BA.4./BA.5 schützt.

Das Gesundheitsministerium in Südafrika warnt vor einer neuen Corona-Infektionswelle. Seit zwei Wochen ist ein steigender Trend bei den Neuinfektionen zu beobachten. Die Omikron-Subvarianten BA.4 und BA.5 sind seit April dominant und verdrängen BA.2 zunehmend. Dies lässt sich zum einen vermutlich auf einen Wachstumsvorteil gegenüber BA.2 und BA.1 zurückführen, zum anderen auf die nachlassende Immunität in der Bevölkerung nach der im Dezember durchlaufenen BA.1-Welle.

Die Lage wird weiter beobachtet und eine weitere Einschätzung bzgl. Neuinfektionen, Positivitätsrate und Hospitalisierungen wird in den nächsten Tagen möglich sein.

Außerhalb von Südafrika wurde BA.4 bisher v.a. in Europa detektiert. Eine erhöhte Anzahl von Fällen (zumindest 36 Proben) wurden dabei aus Wien in GISAID hochgeladen. Dies scheint im Zusammenhang mit einem PCR Vorscreening für L452R zu stehen und befindet sich in Abklärung durch die österreichischen Behörden.

Insgesamt lassen BA.1/BA.2 und auch jetzt BA.4/BA.5 vermuten, dass es offenbar nicht mehr zwingend komplett neue Varianten benötigt, um das Infektionsgeschehen zu erhöhen und für neue Infektionswellen zu sorgen.

Darüber hinaus gibt es vermehrt Anzeichen für eine mögliche Relevanz von genetischen Insertionen im Spikeprotein von BA.2 Subvarianten. Dies wird gerade von einem größeren österreichischen Team in Zusammenhang mit den dänischen Behörden und der WHO analysiert.

(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?

Viele Länder haben in den letzten Wochen weitreichende Öffnungsschritte gesetzt und teilweise alle COVID-19 Schutzmaßnahmen zurückgenommen. Umso wichtiger ist eine Beobachtung der Entwicklung der epidemiologischen Lage, um die Auswirkungen der Öffnungsschritte auf das Infektionsgeschehen beurteilen zu können. In keinem der beobachteten europäischen Länder wurden Maßnahmen spezifisch aufgrund der BA.2 Variante eingeführt.

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

Welche Einreiseregime haben die anderen Mitgliedstaaten der EU und vor allem auch die Nachbarländer Österreichs?

In Dänemark, Großbritannien, Irland, Norwegen, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Tschechien und Ungarn bestehen keine Einreisebeschränkungen mehr.

In Deutschland unterscheiden sich die Regelungen je nach Bundesland. Generell gilt bei Einreise aus Virusvariantengebieten eine 14-tägige Quarantäne für alle und bei Einreise aus Hochrisikogebieten eine 10-tägige Quarantäne mit Ausnahme von geimpften und genesenen Personen. Derzeit sind jedoch keine Länder als Virusvarianten- oder Hochrisikogebiet eingestuft.

In Finnland gibt es keine Einschränkungen für Einreise aus EU/Schengen Ländern und aus einer Reihe an „green listed“ Ländern. Bei Einreise aus anderen Ländern ist ein 2G-Nachweis erforderlich (geimpft oder genesen).

In Italien ist für die Einreise ein 3G-Nachweis erforderlich.

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

Welche Länder stufen SARS-Cov-19 nicht mehr als meldepflichtig im Sinne des Seuchenrechts ein? In welchen (europäischen) Ländern gelten noch strengere Maßnahmen als in Österreich (und welche)?

Mit Stand 3. Mai 2022 sind Rückmeldungen aus den folgenden Ländern eingegangen: Albanien, Bulgarien, Deutschland, Estland, Finnland, Griechenland, Irland, Kroatien, Litauen, Malta, Norwegen, Portugal, Rumänien, Schweden, Serbien, Slowakei, Tschechien, UK

In allen diesen Ländern besteht eine Meldepflicht für SARS-CoV-2/COVID-19 (aus Norwegen kam die Zusatzinformation, dass Ergebnisse von Selbsttests nicht gemeldet werden müssen/sollen).

In Deutschland gilt in der Gastronomie und Beherbergung 3G, in Bars und Diskotheken 2G+. Für Veranstaltungen gilt 3G, ab 2001 Teilnehmer:innen 2G+ und in Innenräumen maximale Auslastung von 60% und im Freien maximal 25.000 Teilnehmer:innen.

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

IMPFEN

Welche neuen Erkenntnisse gibt es in Bezug auf Impfungen für Kinder?

In den letzten Wochen sind mehrere Auswertungen zur Effektivität der mRNA-Impfstoffe bei Kindern in verschiedenen Altersgruppen publiziert worden. Alle Studien zeigen übereinstimmend, dass die Effektivität der mRNA-Impfstoffe bei Kindern ab 5 Jahren sich so gut wie gar nicht von der Effektivität dieser Vakzine bei immunkompetenten Erwachsenen unterscheidet, eher sogar eine bessere Wirksamkeit auffällt. Die Wirksamkeit gegen Infektionen und schwere Erkrankungen durch Omikron ist ebenfalls jener bei Erwachsenen ähnlich. Sicherheitsdaten aus USA und Deutschland belegen zudem, dass die einzige seltene schwere Nebenwirkung der mRNA-Impfstoffe, nämlich Myo/Perikarditis bei Kindern zwischen 5 und 11 Jahren wesentlich seltener vorkommt als bei älteren Kindern und v.a. bei jungen Männern, und dass die dritte Teilimpfung insgesamt deutlich seltener mit dieser Nebenwirkung assoziiert sind. Details zur Impfpfempfehlung für Kinder ab 5 Jahren sind auch in den Anwendungsempfehlungen des Nationalen Impfgremiums zusammengefasst, inklusive einer Beurteilung der Sicherheitsaspekte.

Für Kinder zwischen 6 Monaten und 4 Jahren liegt nach wie vor keine Zulassung eines Impfstoffes vor. BNT/Pfizer hat eine spezielle Formulierung für diese Altersgruppe mit 3µg pro dosi bei der FDA zur Emergency Use Authorization eingereicht, mit Ergebnissen ist demnächst zu rechnen.

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

Wie ist der aktuelle Stand der variantenabgestimmten Impfstoffentwicklung? Ab wann sind aktuell variantenabgestimmte Impfstoffe verfügbar?

Es gibt mehrere Entwicklungen auf diesem Gebiet, die aber allesamt noch nicht final auf ihre Wirksamkeit beurteilt werden können:

Variantenimpfstoffe auf Basis der bestehenden mRNA-Vakzinen:

Sowohl BNT/Pfizer als auch Moderna haben monovalente Omikron-Impfstoffe als auch bivalente Impfstoffe aus klassischer Variante plus Omikron oder Beta (Moderna) entwickelt. Die Impfstoffe sind

vor allem als Auffrischungsimpfstoffe gedacht. BNT/Pfizer hat eine Studie im Jänner 2022 gestartet, die mehrarmig ist und eine eventuelle Überlegenheit eines Omikron-Impfstoffes gegenüber der klassischen Vakzine evaluiert. Zuletzt hat Pfizer eine Verzögerung in der Weiterentwicklung angekündigt, die ein Vorliegen von Ergebnissen in nächster Zukunft unwahrscheinlich macht und damit auch eine Zulassung in den nächsten Monaten ungewiss erscheinen lässt. Der CEO von BNT, Ugur Sahin, betont auch, dass die Notwendigkeit des Einsatzes einer speziellen Omikron-Vakzine angesichts der sehr guten Wirksamkeit der konventionellen Vakzine auch gegen schwere Verläufe von Omikron, wie wiederholt auch z.B. vom UKHSA betont, zweifelhaft ist.

Moderna hat einen bivalenten mRNA-Impfstoff entwickelt, der die klassische und die Beta-Variante enthält, und die ersten Ergebnisse als preprint publiziert. Die Ergebnisse dieser Phase 2/3 Studie legen nahe, dass ein bivalenter Impfstoff hinsichtlich Immunogenität Vorteile bringt. Eine weitere Studie mit einem bivalenten klassischen/Omikron Impfstoff ist als Phase 2/3 Studie derzeit im Gange, Ergebnisse werden für den Spätsommer erwartet. Auch bei Moderna sieht man die Entwicklung bivalenter oder multivalenter Impfstoffe als Ergänzung zum derzeitigen Impfstoff an, weist aber wiederholt auf die hohe Wirksamkeit des lizenzierten Impfstoffes auch gegen Omikron hin.

Zusammenfassend kann daraus geschlossen werden, dass die Entwicklung bei bivalenten mRNA-Impfstoffen voranschreitet. Unklar ist, wann derartige Impfstoffe für den Herbst 2022 und in welcher Menge bereitstehen werden. Klar ist jedoch weiterhin, dass die aktuellen Impfstoffe eine hohe Wirksamkeit gegen die derzeit vorherrschenden Varianten aufweisen.

Bivalente RBD-subunit-Impfstoffe:

Eine derzeitige Entwicklung einer spanischen Firma, HIPRA, fußt auf einem völlig anderen Prinzip: Die auf Entwicklung von Veterinärvakzinen spezialisierte Firma hat eine rekombinante Subunit-Proteinvakzine entwickelt, die ein Heterodimer der Beta und Alpha Variante der RBD (Rezeptorbindungsdomäne, 40 µg pro Dosis) enthält, das an ein MF59C.1 Adjuvans (bekannt aus Influenzaimpfstoffen, Squalen - Öl in Wasser Emulsion) adjuviert ist. Der Impfstoff befindet sich seit 29.3.2022 im rolling review der EMA. Produziert wird das Impfantigen in einer traditionellen CHO-Zelllinie.

Derzeit liegen für diesen Impfstoff keine publizierten Daten zur Immunogenität und Effektivität im Menschen vor. Alle Tierversuche ergeben aber ein positives Bild hinsichtlich Immunogenität auf humoraler und zellulärer Ebene. Gegen alle besorgniserregenden Varianten wurden in vitro bessere Neutralisationsergebnisse im Tierversuch erzielt als mit Sera von Moderna-geimpften Tieren als Vergleich. Challenge-Versuche in Mäusen und in Primaten zeigten ebenfalls außergewöhnlich gute Ergebnisse. Im Moment laufen mehrere klinische Studien parallel, die die Wirksamkeit und

Arzneimittelsicherheit beim Menschen im Detail klären sollen, Ergebnisse werden zeitnah erwartet. Alle bisherigen Daten deuten jedenfalls auf eine non-inferiority gegenüber mRNA-Impfstoffen bei gleichzeitig deutlich günstigerer lokaler und systemischer Verträglichkeit hin.

Zusammenfassend scheint diese Kandidatvakzine trotz des noch nicht sehr weit fortgeschrittenen klinischen Entwicklungsstandes im Moment hinsichtlich Verfügbarkeit für das 4.Quartal 2022 am vielversprechendsten: Dieser Impfstoff bedient sich bekannter und bereits erprobter und zugelassener Produktionsmethoden und ist von der Herstellung ebenfalls sehr einfach, was den Zulassungsprozess vereinfacht, da vor allem aus dem Sicherheitsbereich keine Probleme zu erwarten sind. Der Nachweis der klinischen Wirksamkeit ist aber noch zu erbringen.

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

VIRUS-SURVEILLANCE

Welche Prognosemöglichkeiten ergeben sich aus dem Abwassermonitoring? Ist dieses Monitoring sensitiver und liefert schneller Daten (als etwa das bisherige Testregime) um rascher reagieren zu können?

Das Abwassermonitoring ist eine sinnvolle Ergänzung der Coronavirus-Überwachung durch die fallbasierte Virus-Surveillance und unterstützt wesentlich bei der Einschätzung der Inzidenz bzw. der Virusdynamik. Ein Vorteil des Abwassermonitorings ist, dass man die Virusverbreitung über ein Gebiet gut nachverfolgen kann, sofern das Netzwerk der beprobten Kläranlagen dementsprechend angelegt ist. Das Abwassersignal kann Trends im Infektionsgeschehen auch ohne sehr umfangreiche Humantestungen präzise widerspiegeln. So entspricht eine als „Trendindikator Abwasser“ abgeleitete Größe sehr genau der effektiven Reproduktionszahl (R_{eff}).

Ein exakter Rückschluss auf eine absolute Zahl infizierter Personen ist aufgrund zahlreicher dynamischer Variablen (z.B. unterschiedlicher Infektionsgrad, unterschiedliche Ausscheidungsmengen bei Infektion mit unterschiedlichen Varianten) nicht möglich. Allgemein akzeptiert ist jedoch, dass es bereits ab einer Coronavirus-Prävalenz von 0,01-0,02% (10-20 aktive Fälle pro 100.000 Einwohner) zu einem stabilen Detektionssignal in Abwasserproben kommt.

Wenn die Sequenz einer Variante bekannt ist, kann darüber hinaus im Abwasser hochsensitiv gezielt nach den Mutationen gesucht werden. Auch wenn nicht zu erwarten ist, dass die Abwasseruntersuchung schnellere oder sensitivere Daten liefert als eine fallbasierte Virus-Surveillance,

kann diese für gewisse Fragestellungen der Pandemieentwicklung (Trends, regionale Aussagen) besonders hilfreich sein und die fallbasierte Surveillance komplementieren. Die Abwasserdaten geben mit einem vergleichbar geringen Kostenaufwand jedenfalls zusätzliche Informationen, die ergänzend sinnvoll sind.

(AG Diagnostik, Monitoring und Surveillance Puchhammer, Wagner, Kollaritsch, Ditto)

Wie ist die aktuelle Situation in versorgungskritischen Bereichen bzw. in den Krankenhäusern?

Es gibt keine Berichte über Probleme in versorgungskritischen Bereichen wie Energieversorgung, Lebensmittelhandel, öffentlicher Verkehr etc. Auch die Lage in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen hat sich weitgehend entspannt.

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

KOMMUNIKATION

Als der Impfstoff von Novavax auf den Markt kam, waren die Erwartungen hoch, dass sich viele Impfzögerliche impfen lassen werden, die einem mRNA-Impfstoff kritisch gegenüberstanden. Das hat sich nicht erfüllt. Gibt es Anhaltspunkte, warum?

Im November 2021 gaben laut Daten des Austrian Corona Panel Projects rund 41 Prozent der zu diesem Zeitpunkt noch ungeimpften Personen an, sie würden noch auf die Zulassung eines anderen Impfstoffs warten. Kurz vor Weihnachten im Dezember 2021 ließ die Europäische Kommission auf Empfehlung der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) den neuen Impfstoff Nuvaxovid des Unternehmens Novavax zu und die Auslieferung erfolgte ab dem Frühjahr 2022. Allerdings blieb ein Ansturm auf den neuen Impfstoff aus; die Impfquote stagnierte. Drei Gründe lassen sich dafür ausmachen:

(1) Ein Teil der vormals noch Ungeimpften ließ sich bereits im Zeitraum bis Jänner 2022 mit einem der bereits zugelassenen Impfstoffe impfen.

(2) Im Zuge der Omikron-Welle sank die gesundheitliche Gefahrenwahrnehmung bei ungeimpften Personen gegenüber November 2021 erkennbar ab.

(3) Zudem wartete ein kleinerer Teil der Ungeimpften (ca. 11 Prozent) auch im April 2022 noch auf die Zulassung weiterer Impfstoffe.

Gibt es neue Erkenntnisse, welche Maßnahmen bzw. Kommunikationsformate dazu führen könnten, Impfskeptiker zu überzeugen (auch internationale best-practice Beispiele)?

Eine Preprint-Studie von Böhm et al. hat insgesamt 46 unterschiedliche Interventionen in Hinblick auf ihre erwartbare Effektivität und soziale Akzeptanz evaluiert. Dazu wurden Umfragen mit Experten sowie der Bevölkerung in den USA und im Vereinigten Königreich durchgeführt. Positiv bewertet wurden in Hinblick auf Effektivität als auch Akzeptanz von beiden Gruppen die folgenden Maßnahmen: ein freier Tag nach der Impfung, finanzielle Anreize, Steuervorteile, Kampagnen, die über die Vorteile der Impfung informieren, sowie mobile Impfteams.

Ist eine zeitliche Trennung von Beratung und tatsächlichem Impfvorgang sinnvoll?

Grundsätzlich muss eine gute Beratung ergebnisoffen und transparent sein und sich an den Ratsuchenden orientieren. In diesem Sinne erscheint eine prozedurale Trennung sinnvoll; gleichwohl sollte selbstverständlich eine zeitnahe Möglichkeit zur Impfung prinzipiell gegeben sein. Darauf, dass sich durch gute und vertrauensvolle Beratungsangebote die Impfquote erhöhen lässt, gibt es indirekte Hinweise im Forschungsstand. So konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass die Impfung in Ordinationen gegenüber einer Impfung in Impfzentren von einigen Personen bevorzugt wird. Dem Gesundheitspersonal wird in Hinblick auf Beratung grundsätzlich das größte Vertrauen in Bezug auf Impfinformationen entgegengebracht. In diesem Zusammenhang gibt es in manchen Ländern auch eine Diskussion darüber, ob neben Ordinationen ggf. auch Apotheken zusätzlich zu den Beratungsangeboten zur Impfung auch die Impfung selber niederschwellig bereitstellen könnten.

Kann man bei der Ansprache des „nicht impfbereiten“ Teils der Bevölkerung noch Erfolge (im Sinne von Überzeugung) erzielen? Sind alle derzeit noch ungeimpften Personen als „nicht impfbereit“ zu klassifizieren? Ist die weitere Ansprache von Ungeimpften empfohlen?

Die Impfbereitschaft stagniert laut Daten des Austrian Corona Panel Projects seit Jänner 2022. Rund 83 Prozent der Befragten (Wohnbevölkerung über 14 Jahre) sind seither geimpft, weniger als 1 Prozent impfbereit, ca. 5 Prozent zögerlich und ca. 11 Prozent nicht impfbereit. Anzumerken ist jedoch, dass seit der Omikron-Welle die Anzahl der Infektionen deutlich zugenommen hat. Rund 6 Prozent waren zuletzt weder geimpft noch genesen. Zudem ist die gesundheitliche Gefahrenwahrnehmung in der Gruppe der Ungeimpften zurückgegangen, was sich bei sinkenden Infektionszahlen voraussichtlich weiter fortsetzen wird. Die ansprechbare Gruppe ist also sowohl klein, partiell teilimmunisiert durch Genesung und sieht zurzeit wenig Anlass, sich impfen zu lassen. Es ist daher empfohlen, die

Impfkommunikation zunehmend daraufhin auszurichten, den Impfschutz der bereits Geimpften aufrecht zu erhalten.

Gibt es bestimmte Teilgruppen bei „den Zögerlichen“, deren Ansprache sich besonders lohnt, wie beispielsweise Allergiker:innen oder junge Frauen?

Einige (wenige) impfbereite Personen sind derzeit vor allem noch in der jüngsten Altersgruppe (14-25 Jahre), in der Gruppe der (mehrfach) Vorerkrankten sowie bei den Nicht-Erwerbspersonen (z.B. Elternkarenz, arbeitslos) zu finden. Die Geschlechterunterschiede haben sich weitgehend ausnivelliert. Zur Rolle von Allergien liegt derzeit keine Evidenz vor. Allerdings legen frühere Befunde zu Vorerkrankungen nahe, dass die Besorgnis um Interaktionen der Impfung mit bestehenden Gesundheitsproblemen ein Motiv ist, das der Impfbereitschaft entgegensteht.

(AG Kommunikation Partheymüller, Szekeres, Geschäftsstelle)

Wien, am 6. Mai 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