

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

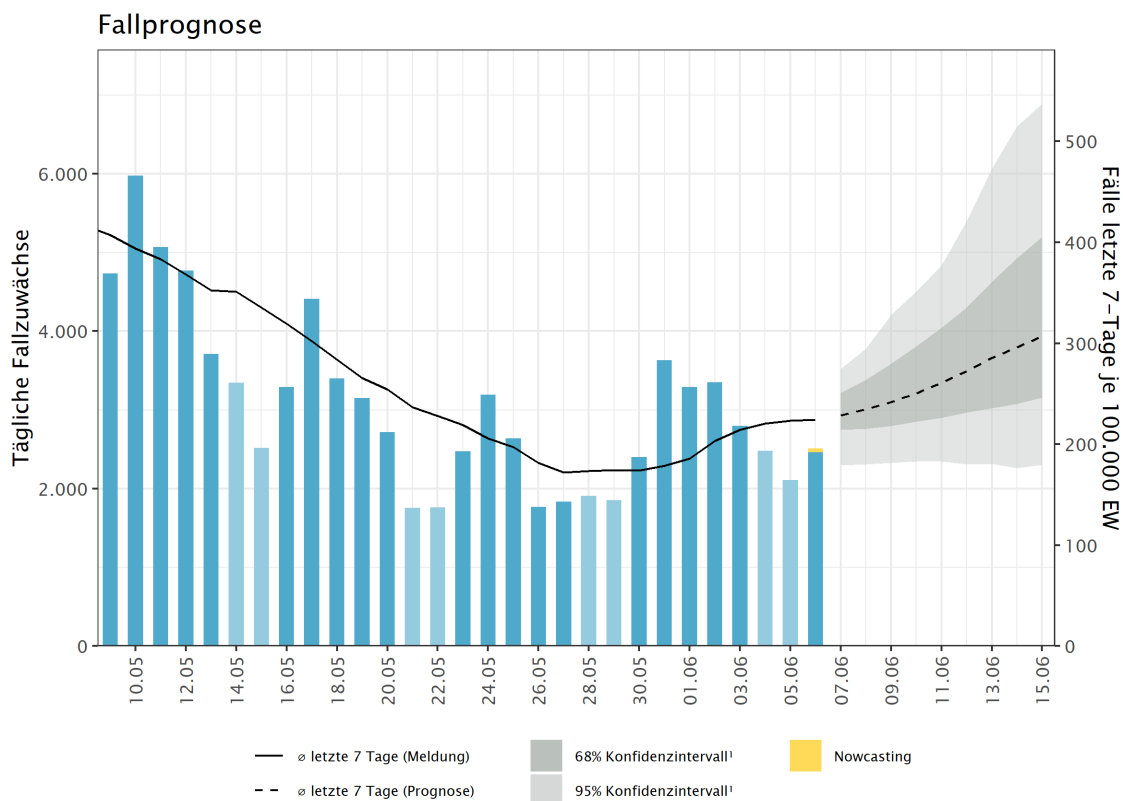
Ausgangslage

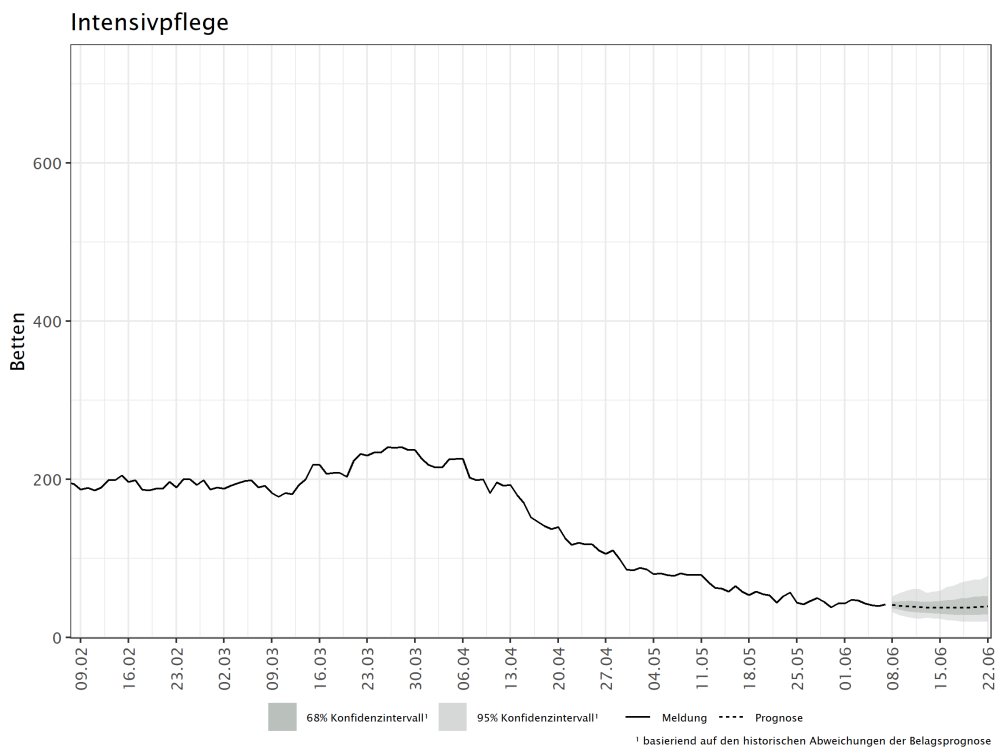
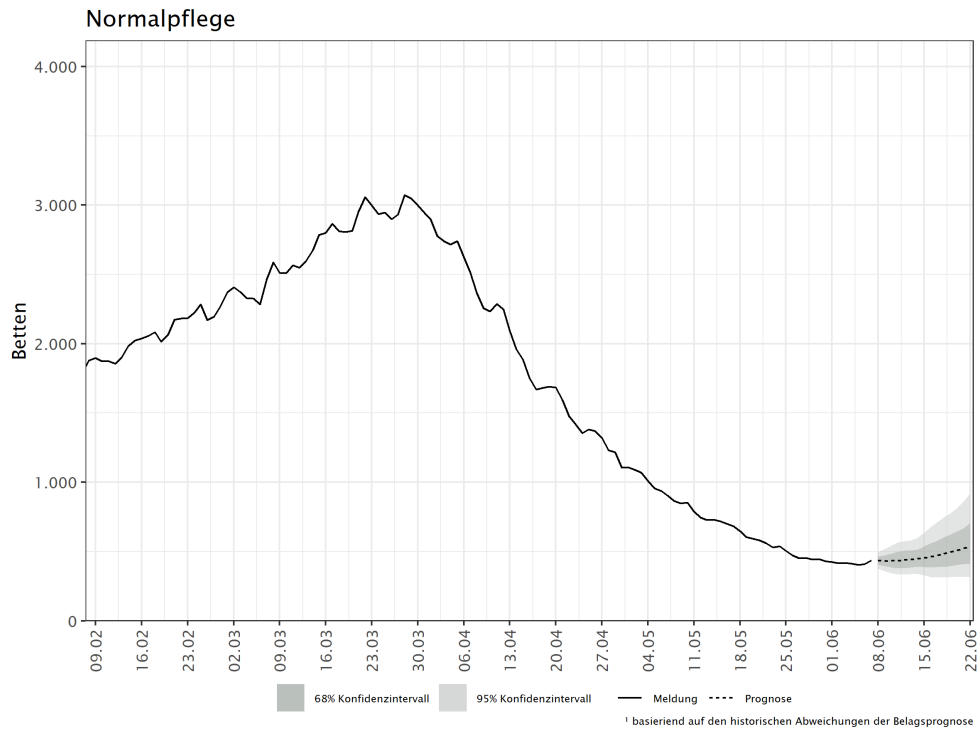
Die Bundesländer meldeten am 13. Juni 2022 2.905 neue Fälle an das Gesundheits- und das Innenministerium.

494 Personen (+24) befinden sich aufgrund des Coronavirus in Spitalsbehandlung, 36 (+3) davon auf Intensivstationen.

Prognosen

Derzeit kommt es wieder zu einem Anstieg der epidemiologischen Kurve, vor allem getrieben durch die nahezu wöchentliche Verdoppelung der Anteile von BA.5/BA.4 bei den Neuinfektionen. Die Prognose geht von einem weiteren Anstieg der Fallzahlen aus. Dieselbe Entwicklung wird auch bei den Belagszahlen der Normal- und der Intensivstationen prognostiziert.





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

Aktuelle Themen der GECKO-Kommission

Die GECKO-Kommission tagte am 13. Juni 2022 unter der Leitung von Dr. Katharina Reich und Generalleutnant Norbert Gehart. Folgende Fragestellungen wurden von den Expert:innen diskutiert und die hier dargestellten Einschätzungen der Bundesregierung übermittelt:

VIRUSVARIANTE OMIKRON

Laufende Evaluierung der Faktenlage zu Omikron national/international

In fast allen europäischen Ländern ist ein rückläufiger Trend bei der Anzahl der COVID-19 Neuinfektionen zu beobachten. Die durchschnittliche 14-Tages Inzidenz für alle EU-Mitgliedsstaaten liegt in der KW 22 bei 350/100.000 EW und ist damit um 61 Punkte niedriger als in der Vorwoche. Allerdings verzeichnen lt. ECDC Wochenbericht¹ sechs Länder (Island, Irland, Liechtenstein, Luxemburg, Niederlande und Malta) einen steigenden Trend bei den COVID-19 Neuinfektionen.

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

Wie entwickeln sich Varianten weltweit? Welche neuen Varianten treten wo und mit welchen Auswirkungen auf?

International gesehen gibt es neben den Omikron BA.2 Untervarianten BA.4 und BA.5 auch die v.a. in Nordamerika präsente Untervariante 2.12.1. Letztere scheint jedoch, wahrscheinlich aufgrund der fehlenden Spike Mutation F486V und weiterer Mutationen außerhalb des Spike einen weniger großen Wachstumsvorteil gegenüber BA.2 zu besitzen.

Portugal befindet sich derzeit in einer BA.5 getriebenen Welle. Diese Omikron-Subvariante wirkt sich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf die Effektivität bestehender Antikörpertherapien aus, da z.B. Evusheld BA.4/5 8x schlechter zu neutralisieren scheint². In Österreich sehen wir eine nahezu

¹ <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/country-overviews>

² Tuekprakhon A et al. accepted in Cell

wöchentliche Verdoppelung der Anteile von BA.5/BA.4 bei den Neuinfektionen. In KW 23 wurden über das Sentinelsystem der AGES zuletzt 35.9% für BA.4/5 nach 18.4% in der Vorwoche ermittelt.

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

Welchen Schutz bieten Genesungen verschiedener Varianten (v.a. Delta, BA.1 und BA.2) vor BA.4/5?

Derzeit ist die Datenlage zum Schutz durch Genesung (nach Varianten aufgeteilt) noch zu lückenhaft und unübersichtlich um eine eindeutige Stellungnahme abgeben zu können. Die WHO hat am 1. Juni 2022 ein Statement zur Infektions- und Impfung-induzierten sowie zur Hybrid-Immunität³ veröffentlicht. Darin hält sie fest, dass es derzeit nahezu unmöglich ist, in einer gegebenen Population zuverlässig festzustellen woraus sich die vorhandene Populationsimmunität zusammensetzt (hervorgerufen durch Infektion, Impfung, beides). Dazu würde es Spezialtests benötigen und selbst diese könne die gegenwärtige Gemengelage bei Hybridinfektionen nicht vollständig auflösen. Weiters geht die WHO davon aus, dass sowohl Infektion als auch Impfung oder Hybridversionen einen hohen Schutz gegen schwere Verläufe bieten, wobei die Hybrid-Immunität den besten Schutz bietet.

Es gibt nunmehr erste Hinweise dafür, dass eine Infektion mit Omikron BA.1 nur einen begrenzten Schutz gegen symptomatische Erkrankungen bietet, die durch die neuen Unterlinien von Omikron (BA.4 und BA.5) verursacht werden⁴.

Laut ECDC⁵ vom 13. Mai 2022 gibt es begrenzt verfügbare Daten aus in-vitro-Studien, bei denen Seren von ungeimpften Personen untersucht wurden, die zuvor eine BA.1-Infektion durchgemacht haben. Diese Studien deuten darauf hin, dass sowohl BA.4 als auch BA.5 in der Lage sind, den durch eine Infektion mit BA.1 induzierten Immunschutz zu umgehen. Konkret handelt es sich um die Studie von Kurhade et al.⁶ vom 7. Juni 2022, die anhand von Seren von 20 Personen die Omikron BA.1 infiziert waren beschreiben, wie gut deren Schutz gegen BA.4/5 ist. Zusammenfassend ist der Schutz vor Infektion mit BA.4/5 nach durchgemachter BA.1 Infektion 17-fach niedriger als es der Schutz vor (neuerlicher) Infektion mit BA.1 wäre.

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

³ <https://www.who.int/news/item/01-06-2022-interim-statement-on-hybrid-immunity-and-increasing-population-seroprevalence-rates>

⁴ <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.04.29.22274477v1.full.pdf>

⁵ <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-sars-cov-2-omicron-sub-lineages-ba4-and-ba5>

⁶ <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.06.05.494889v1.full.pdf>

COVID-19 Mortalität in Wien – Untersuchung der Impfeffektivität

Die Auswertung von vorerst nicht validierten Daten der Landessanitätsdirektion Wien (aufgrund von Datenschutzbedenken konnte die von der AGES vorgesehene, österreichweite Analyse der COVID-19 Impfeffektivität hinsichtlich Hospitalisierung und Tod noch nicht vorgenommen werden) erlaubt einige präliminäre Aussagen zur Frage der COVID-19 Mortalität und zur Impfeffektivität. Für die Auswertung wurden die Infektionszeitpunkte der an und mit COVID-19 Verstorbenen in vier Phasen unterteilt: die Präimpf-, Alpha-, Delta- und Omikron-Phase. Über den Zeitraum vom 26.2.2020 bis 7.4.2022 war die Mortalität bei Ungeimpften konstant. Das heißt, die scheinbar geringere Mortalität der Delta- und Omikronvarianten ist ein Artefakt der Durchimpfung der Bevölkerung.

Die Impfeffektivität hinsichtlich Mortalität ist unter Berücksichtigung der Einhaltung der empfohlenen Impfintervalle vergleichbar hoch wie in anderen Untersuchungen. In der Omikron-Phase war sie jedoch deutlich niedriger. Die Untersuchung der COVID-19 Mortalität in Abhängigkeit vom Abstand zur dritten Impfung ergab für die Omikron-Phase einen Anstieg der Mortalität in der Größenordnung von 30% pro Monat bei Personen 65+. Dabei deutet die in allen Altersgruppen ab 65 bzw. noch deutlicher ab 75 Jahren einheitliche Kinetik auf einen mit der Immunseneszenz im Zusammenhang stehenden Prozess hin. Bei nahezu allen an COVID-19 verstorbenen Personen in diesen Altersgruppen lagen bestehende Vorerkrankungen vor (präliminäre Daten). Nach erfolgter Validierung (die derzeit noch nicht abgeschlossen ist) könnte sich aus diesen präliminären Daten die Empfehlung ergeben, engmaschigere Auffrischung in bestimmten Personengruppen durchzuführen. Diese Ergebnisse werden in der nächsten Sitzung des Nationalen Impfgremiums diskutiert.

(Gastvortrag von Prof. Dr. Michael Kundi, Medizinische Universität Wien, Zentrum für Public Health)

Haben andere europäische Länder ihre Strategie im Umgang mit der Pandemie angesichts der Variante BA.4/5 und vor allem der aktuellen Lageentwicklungen verändert und wenn ja, wie?

Bis 13.06.2022 haben 17 Länder des PHIRI Netzwerks rückgemeldet, wovon 16 haben die Frage mit Nein beantwortet haben, nämlich Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Estland, Finnland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Vereinigtes Königreich, Zypern.

Aus Malta wurde rückgemeldet, dass aufgrund der neuen Varianten ein Stopp der weiteren Lockerungsschritte und Beibehaltung der Maskenpflicht in vulnerablen Bereichen und der 3G-Regel zur Einreise beschlossen wurde.

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

GESUNDHEITSDATEN UND REPORTINGS

Welche inhaltlichen Schwerpunkte werden derzeit vorrangig von der Organisationseinheit AGES Knowledge Management Center (bisher bekannt unter dem Namen „Data Fusion Center“) bearbeitet?

Das AGES Knowledge Management Center ist derzeit im Aufbau begriffen und besteht vorerst aus drei Personen. Hauptziel der Einheit ist die Generierung von Wissen für unterschiedliche Adressaten wie etwa GECKO, andere Stakeholder oder die Bevölkerung.

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

Vorstellung der neuen Prognoseergebnisse „Szenarien zum Immunitätsverlauf bis Jahresende 2022“

Es wurden Szenarien für Herbst mit dem Mikrosimulationsmodell der TU Wien berechnet⁷. Dabei wird zukünftiges Fallgeschehen und Hospitalisierungen auf Basis von Immunisierung, Impfbereitschaft („Auffrischungsimpfung/4. Impfung“) aber auch unterschiedlichen Subvarianten berechnet und analysiert.

Es handelt sich um keine Prognose. Die vorgestellten Szenarien beschreiben unterschiedliche epidemiologisch-plausible Zukünfte. Die Immunisierung wird in dieser Studie auf Basis der genannten dokumentierten Studien und Daten modelliert und stellt eine „Gesamtimmunisierung“ dar, die so real nicht messbar ist⁹, sondern die realen, entscheidenden Effekte auf die Systemdynamik beschreibt. Sie ist nicht mit der datenbasierten Immunisierungsanalyse der AGES zu verwechseln.

⁷ Details unter: <http://dexhelpp.at/de/news/covid-19-szenarienrechnungen-fur-sommer-herbst-winter-2022/>

⁸ die Szenarien bauen auf der am 2 März 2022 Veröffentlichten Auswertung „Dynamik des Immunitätsverlaufes der Österreichischen Bevölkerung gegen SARS-CoV-2 und COVID-19“) auf und verwenden die dort beschriebenen Methoden bzw. Annahmen zu Erwerb und Bestand von Immunisierung. In den dort beschriebenen Szenarien wurde lediglich eine Fortschreibung des Schutzniveaus ohne weitere Impfungen oder Genesungen betrachtet.

⁹ Die Begriffe „x% Immunitätslevel gegen y“ oder „zu x% immun gegen y“ stehen dafür, dass das Risiko für das Outcome y für die beobachtete Kohorte um x% gegenüber der vollständig immunologisch naiven Kohorte reduziert ist. Die Studie kann keine Unterscheidung treffen, ob das dadurch hervorgerufen wird, dass (1) alle Personen der Kohorte zu x% geschützt sind, (2) dass x% der Personen der Kohorte vollständig geschützt sind oder (3) es sich um eine Mischung der beiden Effekte handelt. Weiterst ist insbesondere der Schutz bzw. die „Immunität“ gegen Hospitalisierung zu interpretieren: Zum einen bezeichnen wir mit diesem Begriff den Schutz gegen das Event betrachtet, als COVID-19 Fall in Normal- oder Intensivbett in den jeweiligen Meldungen der Bundesländer aufzuscheinen. Dies ist – sobald bessere Daten zur Verfügung stehen weiter zu verbessern.

In einem hypothetischen Null-Szenario (Fortschreiben des aktuellen Schutzniveaus vom 16.05.2022 ohne jegliche zusätzliche Infektionen und Impfungen), würden die Immunisierung gegen Infektion auf unter 25% bzw. gegen schwere Krankheitsverläufe auf ca. 50% (jeweils gegen Omikron BA.2) sinken. Das bedeutet, dass der aufgebaute Immunschutz gegen Infektion schnell sinkt und entsprechend der Annahmen kein dauerhafter Schutz gegen eine Infektion mit COVID-19 Varianten besteht.

Aus diesem Umstand ergibt sich, dass in allen angenommenen (im Vergleich zum Null-Szenario) realistischen Szenarien Infektionswellen entstehen, die wiederum zu neuerlicher Immunisierung (und damit Peaks) führen¹⁰. Impfszenarien führen entsprechend der angenommenen Wirksamkeit des Schutzes gegen Infektionen zu Reduktion der Ausbreitungsdynamik, die allerdings relativ gering einzuschätzen ist. So können aber z.B. im BA.2 Szenario, wenn 50% aller Grundimmunisierten eine weitere Auffrischungsimpfung erhalten, bis zu 350.000 Fälle (15-25%) verhindert werden und führen daher - entsprechend medizinischen Annahmen - zu einer Reduktion des zu erwartenden Schadens. Mithilfe von zusätzlichen Auffrischungsimpfungen lässt sich die Maximalauslastung im Spitalsbelag stärker (teilweise um ca. 25%) reduzieren.

Je nach definiertem Szenario gibt es die nächste Welle entweder erst im Oktober/November, für Szenarien mit der Ausbreitung von anderen (Sub-) Varianten als BA.2 steigen die Fallzahlen bereits früher (Juni/Juli) an und erzeugen je nach Annahmen bereits einen Peak im August/September. In diesen Szenarien findet die „Herbstwelle“ dann auch ein wenig später und weniger stark ausgeprägt statt, insofern Kreuzimmunität besteht. Bei entsprechend schnellerer Verbreitung anderer (Sub-) Varianten können sich diese Prozesse noch weiter nach vorne verschieben.

Diese zwei beobachteten Kurvenverläufe, also hohe schnelle Welle bzw. niedrigere Doppelwelle, wirken sich entsprechend auf die Anzahl der Spitals- bzw. ICU-pflichtigen SARS-CoV-2 Fälle aus: Nimmt der Kurvenverlauf einen schnellen hohen Peak an, sind über einen kürzeren Zeitraum auch hohe Belagsstände auf ICU und Normalstation möglich. Erhält man jedoch zunächst eine kleinere Welle im Frühherbst und danach eine reduzierte Welle im Winter, ist (je nach Virulenz der neuen dominanten Variante) gemäß Simulation, auch die Momentanbelastung im Spital vor allem auf den Intensivstationen geringer.

(Vortrag von Niki Popper)

¹⁰ Aspekte wie Long Covid, der Schutz vulnerabler Gruppen sowie der Schutz nicht impfbarer Menschen werden in diesen Szenarien nicht betrachtet, stellen aber speziell durch die hier dargestellte Systemdynamik der Ausbreitung neben der Ressourcenplanung im Gesundheitssystem eine konkrete Herausforderung dar und sind gesondert zu bewerten.

SITUATION KRITISCHE INFRASTRUKTUR

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

Die Situation in allen Bereichen der kritischen Infrastruktur ist entspannt. In den diversen Gremien (SKKM, LSD-Konferenz, Corona-Kommission, S4-Runde etc.) wird über keine Probleme berichtet.

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

KOMMUNIKATION

Welche wesentlichen Erkenntnisse brachte die Maibefragung des Austria Corona Panel Project (ACPP) in Bezug auf Impfung und Kommunikation?

Die Befragung Ende Mai zeigte, dass die Impfbereitschaft für Erstimpfungen weiterhin stagnierte. Auch die Impfbereitschaft für (weitere) Auffrischungsimpfungen war in etwa gleichbleibend und lag bei knapp über 45 Prozent. Angesichts des Abflauens der Omikron-Welle nahmen auch Genesungen im Vergleich zu den Vormonaten nur noch in geringem Maße zu. Bei den Einstellungen zur kostenlosen Bereitstellung des Impfstoffs (80% dafür), einer allgemeinen (34%) sowie der berufsgruppenspezifischen Impfpflicht (51%) zeigten sich ebenfalls nur äußerst geringe Veränderungen. Die Unterstützung für nicht-pharmazeutische Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung verringerte sich.

Erstmals erhoben wurde im Mai 2022, inwiefern sich die Bevölkerung ausreichend informiert fühlt darüber, wann welche Impfdosis benötigt wird. Rund 54 Prozent fühlten sich ausreichend gut informiert, weitere 23 Prozent zumindest teilweise informiert. Rund 17 Prozent gaben an nicht ausreichend informiert zu sein. Die verbleibenden 6 Prozent machten keine Angabe. Besonders gut informiert waren Personen, die bereits schon drei (oder mehr) Impfungen erhalten hatten. Personen mit 0 bis 2 Impfungen gaben demgegenüber seltener an, Bescheid zu wissen, wann sie sich wieder impfen lassen sollten.

(AG Kommunikation Partheymüller, Szekeres, Geschäftsstelle)

Wien, am 13. Juni 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, Nobert Gehart (iV Rudolf Striedinger), Thomas Szekeres, Oswald Wagner