

# **Executive Report der GECKO-Sitzung vom 19. September 2022**



# Überblick

- Neue COVID-19-Subvariante BJ.1
- Bewertung nasaler COVID-19-Impfstoffe
- mRNA-Technologie weiterhin Spitzenreiter bei COVID-19-Impfstoffen
- Impfausblick für 2023
- Aktueller Forschungsstand zu Long COVID
- Aktuelle Falschinformationen zur Corona-Schutzimpfung

## **Inhalt**

|                                                                                            |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Überblick .....</b>                                                                     | <b>2</b>  |
| <b>Ausgangslage .....</b>                                                                  | <b>4</b>  |
| <b>Prognosen.....</b>                                                                      | <b>4</b>  |
| <b>Aktuelle internationale Lage .....</b>                                                  | <b>6</b>  |
| <b>Aktuelle Themen der GECKO-Kommission .....</b>                                          | <b>6</b>  |
| Neue COVID-19-Subvariante BJ.1.....                                                        | 6         |
| COVID-19-Subvariante BA.2.75 .....                                                         | 7         |
| Impfstoffe und Ausblick für 2023 .....                                                     | 8         |
| Long COVID.....                                                                            | 10        |
| Medikamente .....                                                                          | 11        |
| Aktuelle Falschinformationen zu Corona-Schutzimpfungen und COVID-19-<br>Medikamenten ..... | 12        |
| Gesundheitsdaten und Reportings.....                                                       | 14        |
| Aktuelle Lage in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen .....                              | 15        |
| Aktuelles Pandemiemanagement im EU-Vergleich .....                                         | 15        |
| <b>Über die Kommission zur gesamtstaatlichen COVID-Krisenkoordination (GECKO) .....</b>    | <b>17</b> |
| <b>Impressum.....</b>                                                                      | <b>18</b> |

## Ausgangslage

Am 19.09.2022 wurden österreichweit 6.230 COVID-19-Neuinfektionen gemeldet. Die 7-Tage-Inzidenz liegt bei 413,4.

890 Personen befanden sich aufgrund einer COVID-19-Erkankung in Spitalsbehandlung, davon 61 Personen auf Intensivstationen (sämtliche Zahlen laut AGES-Dashboard, Stand 22.9.2022<sup>1</sup>).

## Prognosen

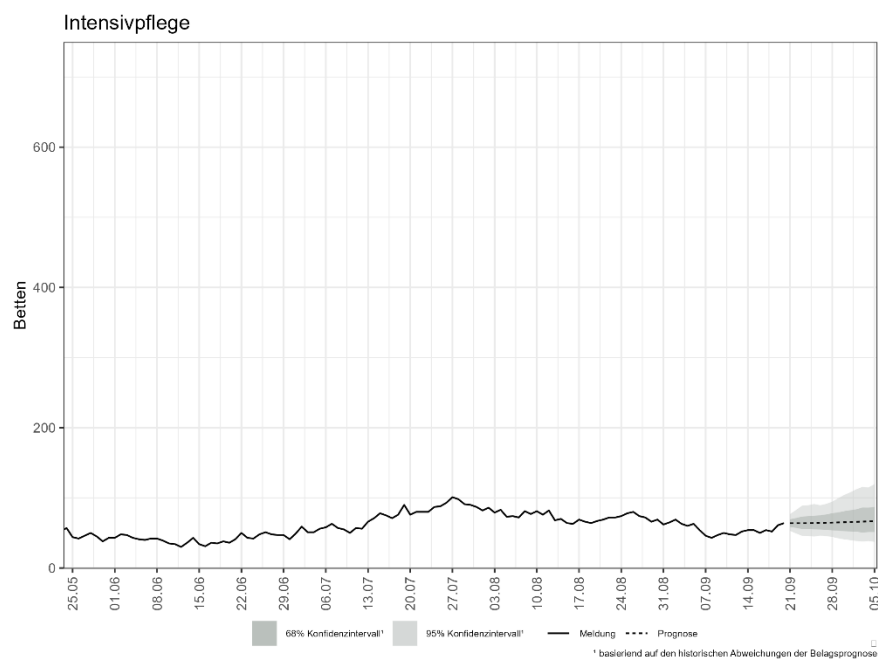
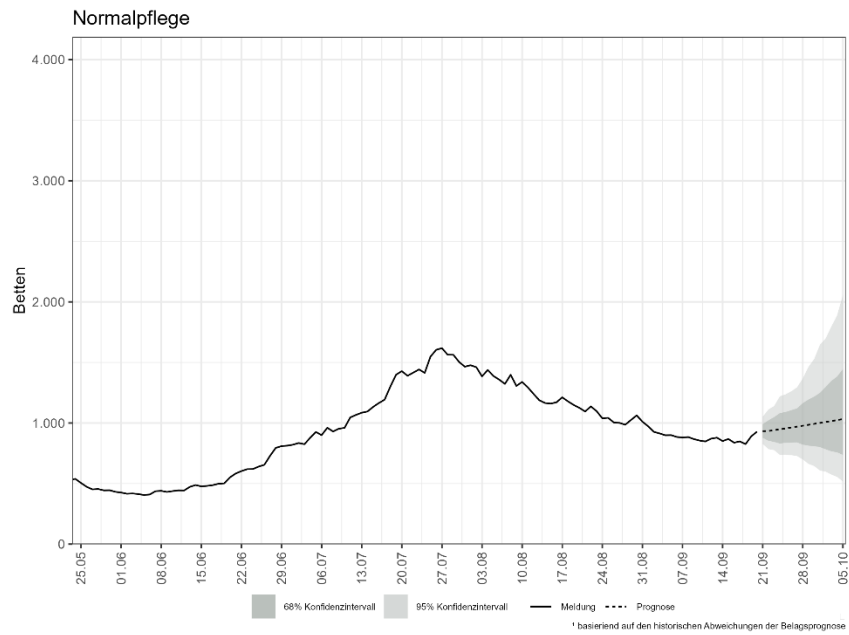
Die aktuell prognostizierten Belagszahlen zeigen österreichweit leichte Aufwärtstrends im Vergleich zu den Vorwochen.

Die vorliegenden Parameter der gemeldeten Fallzahlen weisen in allen Altersgruppen steigende Raten auf. Insbesondere in der Altersgruppe der 5- bis 14-Jährigen kommt es zu Anstiegen. Inwiefern der Anstieg der Fallzahlen auf ein verändertes Testverhalten, das Ferienende oder epidemiologische Gründe zurückgeführt werden kann, ist noch unklar.

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die bisherige Entwicklung und Prognose bis 5. Oktober 2022 für die Bereiche Normal- und Intensivpflege:

---

<sup>1</sup> Aktuelle Situation - AGES Dashboard COVID19: [https:// covid19-dashboard.ages.at](https://covid19-dashboard.ages.at), abgerufen am 22.09.2022



Übersicht auf der Webseite des Sozialministeriums: [COVID-Prognose-Konsortium 2022](#)  
 Datenbestand vom 20. September 2022: [COVID-19 Prognose und Kapazitätsvorschau, Prognose vom 20.09.2022 \(PDF\)](#)

## Aktuelle internationale Lage

Die 14-Tages-Inzidenz in Europa lag in der KW36 bei 281/100.000 EW, verglichen mit 314/100.000 EW in der Vorwoche. Seit acht Wochen sinkt diese Zahl. Der Rückgang findet in allen Altersgruppen statt.

Die Hospitalisierung und die Intensivbelegung bleiben stabil oder gehen leicht zurück. Nur in vier von 27 berichtenden Ländern gab es Anstiege, wobei die Zahlen insgesamt dennoch niedrig blieben. Die Aufnahmen in die Intensivstationen gehen seit einer Woche zurück, die ICU-Belegung seit zwei Wochen.

In den vergangenen 30 Tagen handelte es sich weltweit bei 99,2% aller Sequenzierungsergebnisse um Omikron. Der Omikron-Subtyp BA.5 bleibt dabei dominant, während die Variante BA.4 etwas zurückgeht. Laut WHO liegt der Anteil der Omikron-Subvariante BA.2.75 global zwischen ein und zwei Prozent.

## Aktuelle Themen der GECKO-Kommission

Die GECKO-Kommission tagte am 19. September 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.

### Neue COVID-19-Subvariante BJ.1

(AG Omikron: Schernhammer, Puchhammer, Kollaritsch, Bergthaler, Popper; unter Beiziehung Aberle)

Bei BJ.1 handelt es sich um eine neue Subvariante von Omikron BA.2.10.1. Der neue Omikron-Subtyp weist eine große Zahl zusätzlicher Mutationen am Spike-Protein auf. Die Anzahl und der Ort der Mutationen von BJ.1 deuten auf starke Immunfluchteigenschaften hin. Bisher sind international nur wenige Fälle von BJ.1 aufgetreten.

Folgende Tabelle zeigt die geographische Verteilung von BJ.1 weltweit<sup>2</sup>:

| Country        | Case Counts                    |
|----------------|--------------------------------|
| India          | 59                             |
| Singapore      | 8                              |
| Austria        | 6 (Vienna:4; Lower Austria: 2) |
| United States  | 5                              |
| Bangladesh     | 1                              |
| Netherlands    | 1                              |
| South Korea    | 1                              |
| United Kingdom | 1                              |

Eine Prognose zur weiteren Ausbreitung von BJ.1 ist nach aktuellem Stand schwierig. In Österreich wurde die neue Omikron-Variante BJ.1 Anfang September 2022 erstmals nachgewiesen. Wie sehr BJ.1 aufgrund besonders zahlreicher neuer Mutationen den Immunschutz besser umgehen kann, ist aktuell noch unklar. Derzeit ist in Österreich weiterhin die COVID-19-Variante BA.5 dominant.

## COVID-19-Subvariante BA.2.75

(AG Omikron: Schernhammer, Puchhammer, Kollaritsch, Bergthaler, Popper; unter Beiziehung Aberle)

Die Omikron-Subvariante BA.2.75 hat 13 zusätzliche Aminosäureaustausche und eine Reversion zusätzlich zu den circa 60 Aminosäureaustauschen in BA.2. Die Virusvariante BA.2.75 und seine Untervarianten zeigen einen moderaten Wachstumsvorteil gegenüber anderen zirkulierenden Varianten<sup>3</sup> bei breiter geographischer Verbreitung. Eine erhöhte Immunevasion gegenüber BA.4/5 aufgrund der zusätzlichen Mutationen ist möglich, wobei sowohl die etwas unterschiedlichen Labordaten als auch das wiederholte Auftreten von Untervarianten bei BA.2.75 die Konklusionen erschwert.

---

<sup>2</sup> [nextcladePangoLineage:BJ.1 - World - covSPECTRUM \(cov-spectrum.org\)](#)

<sup>3</sup> [nextcladePangoLineage:BA.2.75\\* - World - covSPECTRUM \(cov-spectrum.org\)](#)

Aktuelle Studienergebnisse zu BA.2.75 sind auch im Executive Report der GECKO-Sitzung vom 5. September 2022<sup>4</sup> zusammengefasst dargestellt.

Die ersten Fälle von BA.2.75 traten ab 27.5.2022 in Indien auf. In Indien stieg daraufhin der Anteil an BA.2.75 bis Ende August auf über 80 Prozent, wenngleich die Anzahl der Sequenzierungen danach deutlich sank. International ist BA.2.75 weit verbreitet, wobei festzuhalten ist, dass diese Virusvariante in den meisten Ländern auf sehr niedrigem Niveau zu finden ist. Abgesehen von Indien wurde eine hohe Prävalenz Ende August in Singapur gefunden (30% der Sequenzen), gefolgt von Australien (268 Sequenzen, 5%) und den USA (612 Sequenzen, 1%). In Europa ist die Prävalenz von BA.2.75 vor allem in UK angestiegen (132 Sequenzen, ca. 1,5% Ende August), aber weiterhin auf niedrigem Level.<sup>5</sup>

In Österreich sind bisher verhältnismäßig viele Fälle von BA.2.75 aufgetreten (171 Sequenzen; 87 in Wien, 13 in Salzburg, 14 in anderen Bundesländern). Im aktuellen nationalen genomischen Surveillance Bericht von SARS-CoV-2 Varianten der AGES (Stand 16.9.2022) wird für Kalenderwoche 36 eine Prävalenz für BA.2.75 von 1,2% geschätzt. Die Fälle scheinen anzusteigen, zeigen sich aber weiterhin eher sporadisch.

## Impfstoffe und Ausblick für 2023

(AG Omikron: Schernhammer, Puchhammer, Kollaritsch, Bergthaler, Popper; unter Beiziehung Aberle)

Das kontinuierliche Sicherheitsmonitoring der Corona-Schutzimpfungen zeigt international die Effektivität der Impfung.<sup>6</sup> Auch wenn der Schutz der Impfung vor Infektionen oder symptomatischen Erkrankungen seit dem Kursieren von Omikron mit der Zeit nachlässt, bleibt der Schutz vor Hospitalisierung durch COVID-19 weiterhin hoch.

Die mRNA-Technologie ist derzeit die für COVID-19-Impfstoffe ausgereifteste Technologie. Dies und auch die enorm rasche Skalierbarkeit großer Impfstoffmengen spricht dafür, dass sie die führende Technologie im Bereich der Corona-Schutzimpfungen bleiben wird. Die technischen Voraussetzungen für rasche Anpassungen an neue Varianten sind ausgereift,

---

<sup>4</sup> [https://www.bundestkanzleramt.gv.at/dam/jcr:3880832d-5e24-444f-aeef-6d34c8a7234c/20220905\\_gecko\\_executive\\_report\\_final\\_korr.pdf](https://www.bundestkanzleramt.gv.at/dam/jcr:3880832d-5e24-444f-aeef-6d34c8a7234c/20220905_gecko_executive_report_final_korr.pdf)

<sup>5</sup> [Tracking BA.2.75 Lineage Over Time | Tableau Public](#)

<sup>6</sup> [COVID-19 vaccine surveillance report: week 35 \(publishing.service.gov.uk\)](#)



sodass im Fall des verstärkten Auftretens neuer Virusvarianten rasch reagiert werden kann.

Sollten nasale Impfstoffe sich in klinischer Entwicklung bewähren, könnten aber auch diese Technologien durchaus als wesentlich eingestuft werden. Im Einzelnen sind nasale Impfstoffe auf Vektorvirusbasis, rekombinanter subunit Basis und sogar attenuierte Lebendimpfstoffe denkbar.<sup>7</sup> Aktuell sind nasale Impfstoffe trotz ersten Zulassungen außerhalb Europas (Indien, China) jedoch noch zu weit von der klinischen Reife entfernt, um ihre Bedeutung einschätzen zu können.

Die Frage, ob die Corona-Schutzimpfung in Zukunft lediglich vor der kalten Jahreszeit für die breite Bevölkerung erforderlich sein wird oder ob mehrere Impfungen pro Person weiterhin nötig sein werden, lässt sich aus heutiger Sicht nicht schlüssig beantworten, da das Auftreten neuer Virusvarianten und sich daraus ergebende Veränderungen der Impfwirksamkeit nicht abschätzen lassen. Das wahrscheinlichste Szenario ist, dass ältere Personen und Risikopatient:innen vermutlich mehr als eine Impfung pro Saison benötigen werden.

Wenn die Akzeptanz der alternativ zu mRNA-Impfstoffen angebotenen Vakzine in Österreich weiterhin gering bleibt, wird es nicht notwendig sein, alle weiteren verfügbaren Impfstoffe großflächig auf Vorrat zu beschaffen. Anzudenken ist aber, dass von staatlicher Seite ein oder zwei besonders gängige und sehr gut erprobte Vakzine zur Verfügung gestellt werden. Die übrigen EMA-zugelassenen Impfstoffe sollten jedoch zusätzlich per Verschreibung besorgt und verabreicht werden können. Ähnliches wird seit vielen Jahren erfolgreich mit Pneumokokken-Konjugatvakzinen in Österreich im Kinderimpfprogramm praktiziert.

---

<sup>7</sup> [https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964\(22\)00025-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(22)00025-1/fulltext),  
<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/21645515.2022.2045853> ,  
[https://journals.asm.org/doi/10.1128/mbio.01822-22?\\_ga=2.95304924.1912642346.1662798718-1981828333.1662798718](https://journals.asm.org/doi/10.1128/mbio.01822-22?_ga=2.95304924.1912642346.1662798718-1981828333.1662798718)

## Long COVID

(AG Omikron: Schernhammer, Puchhammer, Kollaritsch, Bergthaler, Popper; unter Beiziehung Aberle)

Das Risiko für Long COVID bleibt weiterhin bestehen. Eine Studie aus Israel<sup>8</sup> untersuchte im Januar 2022, ob es einen Zusammenhang zwischen Impfstatus und Long COVID-Risiko gibt. Anhand der Studiendaten zeigt sich, dass die Impfung das Risiko für Long COVID deutlich senkt.<sup>9</sup> Die Autor:innen schlossen aus ihrer Untersuchung, dass eine Impfung mit mehr als zwei Dosen mit einem geringeren Risiko verbunden war, die häufigsten postakuten COVID-19-Symptome zu bekommen. Weitere Analysen weisen darauf hin, dass der Schutz der Impfung vor Long COVID bei Personen ab 60 Jahren eventuell besonders ausgeprägt ist.

Ayoubkhani et al.<sup>10</sup> zeigten zudem in einer UK-Studie, dass dennoch circa 10% der Geimpften nach einer COVID-19-Infektion Long COVID bekommen können. Denn auch wenn bei Geimpften das Risiko für anhaltende Symptome um 41% signifikant niedriger war, wurden diese Symptome immerhin von 9,5% der 3.090 Personen mit SARS-CoV-2-Durchbruchsinfektionen, im Vergleich zu 14,6% bei den nicht geimpften Kontrollen, berichtet. Jedoch weist diese Studie einige Limitationen auf. So waren die Infektionen bei Ungeimpften vorwiegend aus der Vor-Delta-Zeit und die Infektionen bei Geimpften aus der Delta-Phase. Dies könnte zu einer Verzerrung der Resultate geführt haben, sollte die Wahrscheinlichkeit für Long COVID je nach Virusvariante unterschiedlich sein.

Al-Aly et al.<sup>11</sup> haben die Frage der Durchbruchsinfektionen bei Geimpften in den USA beleuchtet. Die Untersuchung zeigt: Im Vergleich zu Personen mit COVID-19-Infektion ohne vorangegangene Impfung hatten geimpfte Personen mit einer Durchbruchsinfektion ein signifikant niedrigeres Risiko zu sterben oder an neu aufgetretenen post-akuten COVID-19-Symptomen zu leiden. Somit ist laut dieser Studie das Risiko von Long COVID

---

<sup>8</sup> Association between BNT162b2 vaccination and reported incidence of post-COVID-19 symptoms: cross-sectional study 2020-21, Israel | npj Vaccines (nature.com)

<sup>9</sup> Association between BNT162b2 vaccination and reported incidence of post-COVID-19 symptoms: cross-sectional study 2020-21, Israel | npj Vaccines (nature.com)

<sup>10</sup> Risk of Long Covid in people infected with SARS-CoV-2 after two doses of a COVID-19 vaccine: community-based, matched cohort study | Open Forum Infectious Diseases | Oxford Academic (oup.com)

<sup>11</sup> Long COVID after breakthrough SARS-CoV-2 infection | Nature Medicine

bei jenen, die geimpft waren, nach Durchbruchinfektion um 15% niedriger als bei Ungeimpften, die sich mit SARS-CoV-2 infizierten.

## Medikamente

(AG Medikamente: Mursch-Edlmayr, Müller, Schörghofer, Popper; unter Beiziehung Neiß, Pernsteiner)

In Österreich sind derzeit, unter Berücksichtigung der aktuellen Verbrauchsdaten, ausreichend Arzneimittel zur Behandlung von COVID-19 verfügbar. Weiterhin zeichnet sich in Österreich eine positive Entwicklung beim Einsatz von COVID-19-Medikamenten ab.

Der aktuelle Verbrauch der COVID-19-Arzneimittel (Anzahl der Behandlungen) ist der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

|                                                    | Lieferung<br>nach<br>Österreich | Abruf<br>durch<br>SPOC | Auslieferung<br>an<br>Apotheken | Verab-<br>reichung<br>intramural | Verab-<br>reichung<br>niederge-<br>lassener<br>Ärzte | Restbestand<br>(Lieferung –<br>Verab-<br>reichung) |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Xevudy®<br/>(Sotrovimab,<br/>VIR-7831)</b>      | 28.585                          | 11.765                 |                                 | <b>-8.439</b>                    |                                                      | 20.146                                             |
| <b>Lagevrio®<br/>(Molnupiravir)</b>                | 102.942                         | 22.126                 | 7.277                           | <b>-11.703</b>                   |                                                      | 91.239                                             |
| <b>Regkirona®<br/>(Regdanvimab)</b>                | 60.000                          | 4.072                  |                                 | <b>-109</b>                      |                                                      | 59.891                                             |
| <b>Paxlovid®<br/>(PF-07321332<br/>+ Ritonavir)</b> | 135.743                         | 26.511                 | 24.059                          | <b>-12.174</b>                   | <b>-10.759</b>                                       | 112.810                                            |
| <b>Evusheld®<br/>(AZD7442)</b>                     | 8.640                           | 2.770                  |                                 | <b>-1.883</b>                    |                                                      | 6.757                                              |

Zusatzklärungen:

Lieferungen nach Österreich: mit dem Hersteller vertraglich vereinbarte und bis 13. September gelieferte Menge. Abruf durch SPOC: von den SPOC (single point of contact; 1/Bundesland) Apotheken bis 13. September bestellte und an die Landeskrankenhäuser ausgelieferte Menge. Auslieferung an Apotheken: an öffentliche Apotheken bis 13.

September ausgelieferte Menge. Verabreichung intramural: Anzahl an Behandlungen in den Krankenanstalten bis 13. September. Verabreichung niedergelassene Ärzt:innen: Anzahl an Behandlungen durch niedergelassene Ärzt:innen bis 31. August; bisher nur bei Paxlovid® vorgesehen; seit 1. September auch für Lagevrio® vorgesehen; in weiterer Folge monatliche Aktualisierung. Die Lieferungen nach Österreich sind den jeweiligen Verträgen entnommen, die Auslieferungen und Anzahl der Behandlungen basieren auf Rückmeldungen der Bundesländer.

## **Aktuelle Falschinformationen zu Corona-Schutzimpfungen und COVID-19-Medikamenten**

(AG Kommunikation und psychosoziale Faktoren: Partheymüller, Böhm, Steinhart)

Die Forschung zum Themenkomplex Falschinformationen unterscheidet grundsätzlich zwei unterschiedliche Strategien:

1. Fact-Checking/Debunking
2. Inoculation/Pre-Bunking

Beim Fact-Checking/Debunking werden Falschinformationen überprüft und post hoc richtiggestellt, während bei Inoculation/Pre-Bunking präventiv vor den Strategien und Mustern hinter Falschinformationen gewarnt wird.

Aktuelle Studien zum Fact-Checking/Debunking legen nahe, dass diese Strategie zwar kurzfristig zu akkuraten Perzeptionen beitragen kann, aber keine langanhaltende Wirkung hat.<sup>12</sup> Da immer wieder neue Falschinformationen auftreten und verbreitet werden, ist die Strategie zudem sehr aufwändig und kann nur mit einem konsequenten engmaschigen Monitoring der einschlägigen Kanäle umgesetzt werden. Eine Gefahr beim Fact-Checking/Debunking ist, dass die falsche Information unabsichtlich dadurch noch stärker weiterverbreitet wird. Dies sollte auf jeden Fall vermieden werden. Wenn

---

<sup>12</sup> Carey, J. M., Guess, A. M., Loewen, P. J., Merkley, E., Nyhan, B., Phillips, J. B., & Reifler, J. (2022). The ephemeral effects of fact-checks on COVID-19 misperceptions in the United States, Great Britain and Canada. *Nature Human Behaviour*, 6(2), 236-243.

Falschinformationen noch wenig Verbreitung gefunden haben, kann eine Meldung an die Plattformen zur Löschung erfolgen.

Eine Strategie von Inoculation/Pre-Bunking weist demgegenüber den Vorteil auf, dass nicht jede einzelne Falschinformation einzeln bearbeitet werden muss. Stattdessen wird eine Sensibilisierung der Bevölkerung dadurch erreicht, dass die grundsätzlichen Muster und Strategien hinter Falschinformationen aufgedeckt und zuverlässige Informationsquellen leicht zugänglich bereitgestellt werden.<sup>13 14</sup>

Eine kursorische Sichtung aktueller Falschinformation hat ergeben, dass derzeit vor allem Falschinformationen in Bezug auf die Empfehlungen zu den neuen Auffrischungsimpfungen kursieren. Gleichzeitig sind aber auch weiterhin Themen wie Nebenwirkungen und der Einfluss „mächtiger Interessen“ aktiv. Ein systematisches Monitoring wäre notwendig, um hierzu auch quantitative Aussagen treffen zu können.

Auch zum Thema Corona-Schutzimpfung bei Kindern zirkulieren viele Falschinformationen. Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass eine starke positive Korrelation zwischen der Impfbereitschaft von Eltern und Kindern besteht. Die Impfbereitschaft der Eltern ist der stärkste Prädiktor für die Kinderimpfung.<sup>15</sup> Ein Ansatzpunkt könnte daher darin bestehen, die Informationsgrundlage zum Thema Kinderimpfungen insbesondere bei Eltern zu stärken. Insbesondere scheint Unwissenheit darüber zu herrschen, für welche Altersgruppen die Impfung empfohlen ist. Zudem sollten die gesundheitlichen Gefahren von COVID-19 für Kinder (z.B. Long COVID) und die Effektivität von Impfungen für Kinder klar kommuniziert werden.

---

<sup>13</sup> Roozenbeek, J., van der Linden, S., Goldberg, B., Rathje, S., & Lewandowsky, S. (2022). Psychological inoculation improves resilience against misinformation on social media. *Science advances*, 8(34), eabo6254.

<sup>14</sup> Vivion, M., Anassour Laouan Sidi, E., Betsch, C., Dionne, M., Dubé, E., Driedger, S. M. & Canadian Immunization Research Network (CIRN). (2022). Prebunking messaging to inoculate against COVID-19 vaccine misinformation: An effective strategy for public health. *Journal of Communication in Healthcare*, 1-11.

<sup>15</sup> Rees, F., Geiger, M., Lilleholt, L., Zettler, I., Betsch, C., Böhm, R., & Wilhelm, O. (2022). Measuring parents' readiness to vaccinate themselves and their children against COVID-19. *Vaccine*.

## Gesundheitsdaten und Reportings

(AG Gesundheitsdaten und Reportings: Bergthaler, Popper, Ditto, Kollaritsch, Griebler, Reiter)

### **Update zu Meldesystem und Datenlieferung von Krankenanstalten zum Gesundheitsministerium aufgrund der Registerverordnung:**

Für eine Optimierung im Management der Datenlage hat die GECKO-Arbeitsgruppe Gesundheitsdaten und Reportings Erfahrungswerte und Feedback aus den Bundesländern eingeholt und Rückmeldungen aus 6 Bundesländern erhalten.

Die Weiterentwicklung des Meldeprozesses sowie der Datenauswertungen im Register basiert auf enger Zusammenarbeit zwischen den Krankenanstalten und der GÖG. Im stetigen Austausch werden Anforderungen der Krankenanstalten und der Landeskrisenstäbe kommuniziert, um langfristig ein effizientes und effektives Datenmanagement gewährleisten zu können. Das aktuelle Einmeldeprozedere erweist sich grundsätzlich als sehr praktikabel und bringt in vielen Bereichen auch eine Erleichterung für die Krankenanstalten durch den Wegfall von Mehrfachmeldungen.

Es werden jedoch auch Entwicklungspotentiale identifiziert. Dies betrifft beispielsweise die Optimierung der technischen Voraussetzungen in den Krankenanstalten. Zudem wird die Verfügbarkeit der eingemeldeten Rohdaten auch für Behörden befürwortet. Darüber hinaus wird angeregt, eine einheitliche Definition von jenen hospitalisierten Personen festzulegen, die als COVID-19-Patient:innen zu erfassen sind, da dies von einzelnen Bundesländern verschieden interpretiert oder verstanden wird.

Die GECKO-Arbeitsgruppe Gesundheitsdaten und Reportings regt an, das Feedback aus den Bundesländern zwischen Gesundheitsministerium und Ländervertreter:innen zu besprechen und mögliche Lösungen für eine verbesserte Datenlage im Interesse aller Beteiligten auszuloten und mit hoher Priorität umzusetzen.

## Aktuelle Lage in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

(AG Schutz kritische Infrastruktur: Ditto, Reich, Puchhammer, Kopf, Klein, Hruška-Frank, Popper, Stöger; unter Beiziehung Aberle)

Die Situation in versorgungskritischen Bereichen ist derzeit entspannt. In diversen Gremien (SKKM, LSD-Konferenz, Corona-Kommission, S4-Runde etc.) wird über keine Probleme berichtet.

In den Krankenhäusern ist die Lage derzeit stabil. Es gibt jedoch Ausfälle wegen Betreuungspflichten, Krankenständen und Urlauben. Vereinzelt müssen elektive Eingriffe verschoben oder Betten, Stationen gesperrt und OPs verschoben werden.

## Aktuelles Pandemiemanagement im EU-Vergleich

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

In den im Rahmen des regelmäßigen Maßnahmenmonitorings erfassten 18 Länder (Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, UK, Irland, Italien, Niederlande, Norwegen, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn) wurde eine vollständige Öffnung des wirtschaftlichen und sozialen Lebens weitgehend umgesetzt. Mit August 2022 hat auch Frankreich seinen zweijährigen Gesundheitsnotstand aufgehoben, womit die Aufhebung aller bis dahin noch geltenden Maßnahmen einhergeht.

Der „grüne Pass“ ist überwiegend nicht mehr verpflichtend. Auch die Maskenpflicht wurde weitgehend aufgehoben. In einigen Ländern gilt eine Maskenpflicht spezifisch in vulnerablen Bereichen wie Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen sowie fallweise in öffentlichen Verkehrsmitteln.

Das Testangebot wurde in den meisten Ländern stark eingeschränkt. Abgesehen von Verdachtsfällen und Kontaktpersonen werden in den meisten Ländern nur noch Personen in vulnerablen Bereichen wie Gesundheitseinrichtungen oder Gefängnissen getestet. Kostenfreie Tests stehen in den meisten Ländern für die Allgemeinbevölkerung nicht mehr breitflächig zur Verfügung.

Zunehmend werden konkrete Pläne und Strategien für Herbst und Winter bekanntgegeben, die sich sowohl auf eine geplante Verschärfung der Schutzmaßnahmen (vgl. Deutschland) als auch auf Impfkampagnen (vgl. Niederlande) fokussieren.



## Über die Kommission zur gesamtstaatlichen COVID-Krisenkoordination (GECKO)

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:

- Bewertung der aktuellen COVID-19-Situation
- Impf-, Medikamenten- und Teststrategie
- Operative Umsetzung
- Information der Bevölkerung

Die Kommission institutionalisiert und ermöglicht einen laufenden Informationsaustausch.

GECKO berichtet alle zwei Wochen 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:**

Andreas Bergthaler, Robert Böhm, Manfred Ditto, Christiane Druml, Dietmar Griebler, Silvia Hruška-Frank, Herwig Kollaritsch, Karlheinz Kopf, Markus Müller, Ulrike Mursch-Eldmayr, Herwig Ostermann, Julia Partheymüller, Niki Popper, Elisabeth Puchhammer-Stöckl, Katharina Reich, Ronald Reiter, Eva Schernhammer, Reinhard Schnakl, Volker Schörghofer, Thomas Starlinger, Johannes Steinhart, Karl Stöger, Rudolf Striedinger, Oswald Wagner

## Impressum

Medieninhaber, Verleger und Herausgeber:

Bundeskanzleramt, Geschäftsstelle der GECKO – Gesamtstaatliche COVID-Krisenkoordination, Ballhausplatz 2, 1010 Wien

Autorinnen und Autoren: GECKO – Gesamtstaatliche COVID-Krisenkoordination

Fotonachweis: Cover (iStock/simpson33)

Wien, 2022. Stand: 23. September 2022

### **Copyright und Haftung:**

Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundeskanzleramtes und der Autorin / des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin / des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.