

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

## Ausgangslage

Die Bundesländer meldeten am 25. Juli 2022 11.687 neue Fälle an das Gesundheits- und das Innenministerium.

1.636 Personen (+141) befanden sich aufgrund des Coronavirus in Spitalsbehandlung, 88 (+1) davon auf Intensivstationen.

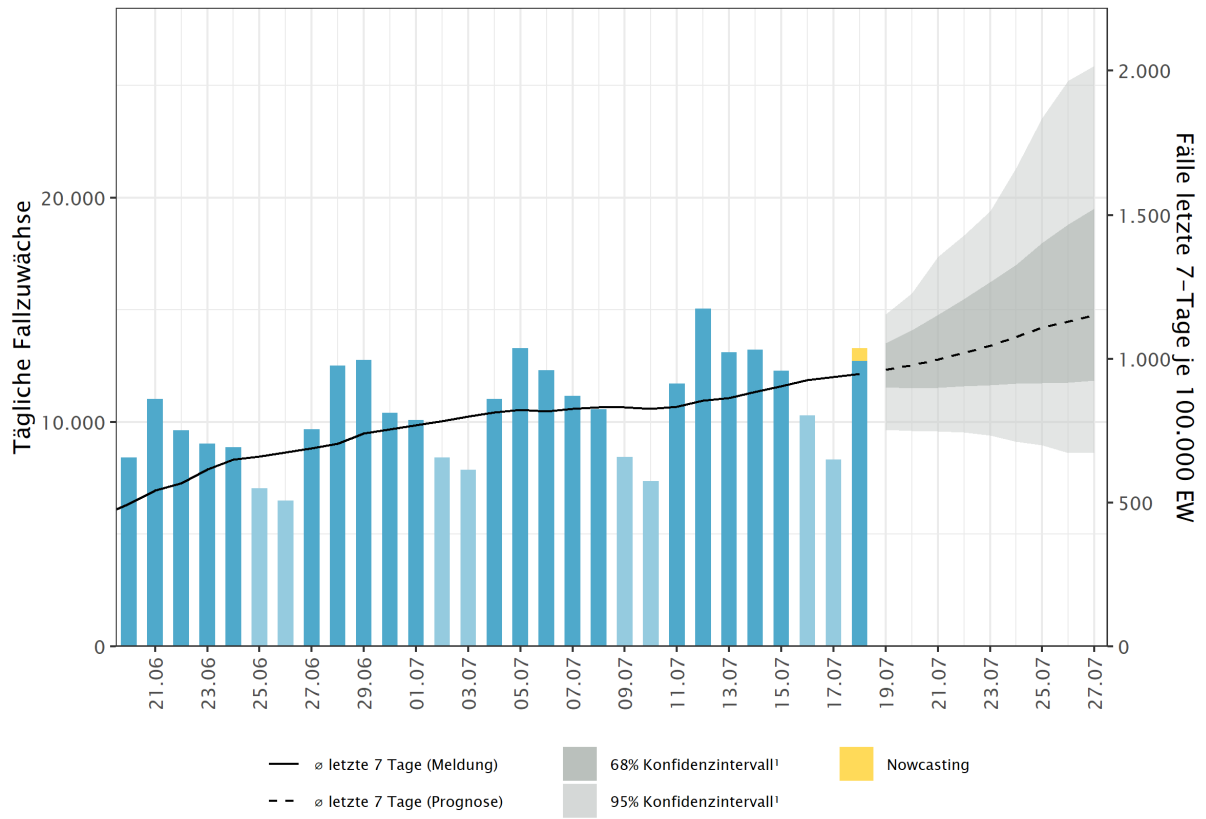
## Prognosen

In Fortsetzung des rezenten Trends geht die gegenwärtige Prognose von einem weiteren leichten Anstieg der gemeldeten Neuinfektionen und des Spitalsbelags aus. In den letzten Wochen konnte eine deutliche Veränderung der Zusammenhänge zwischen den gemeldeten Neuinfektionen und dem Spitalsbelag beobachtet werden. Konkret stieg in Wien der Belag auf der Normalstation zwischen dem 29.6. bis zum 18.7. von 179 auf 312 (+74%), während die 7-Tages-Inzidenz im selben Zeitraum etwa konstant auf dem Niveau von 1.200 verblieb. Ähnlich stieg im selben Zeitraum in Niederösterreich die 7-Tages-Inzidenz um 18%, während der Belag auf der Normalstation ebenso um 74% anstieg. In den vorhergegangenen Pandemiephasen folgten Anstiegen in der gemeldeten Fallzahl hingegen stets entsprechenden Änderungen im Spitalsbelag mit Zeitverzögerung von einigen Tagen.

Die fallbasierte Surveillance (i.e., basierend auf laborbestätigter Infektion) unterliegt zunehmenden Limitationen, wie z.B. unterschiedlichem Testverhalten/Testangebot, sodass die daraus hervorgehenden Messzahlen nicht mehr zuverlässig die Virusverbreitung abbilden. Nachdem der gemeldete Spitalsbelag von Verhaltenseffekten vermutlich nur in geringerem Ausmaß verzerrt wird, ist davon auszugehen, dass der deutliche Anstieg in den Spitalszahlen die rezente epidemiologische Entwicklung von COVID19 besser abbildet als die Anzahl der gemeldeten Fälle einer SARS-CoV2 Infektion.

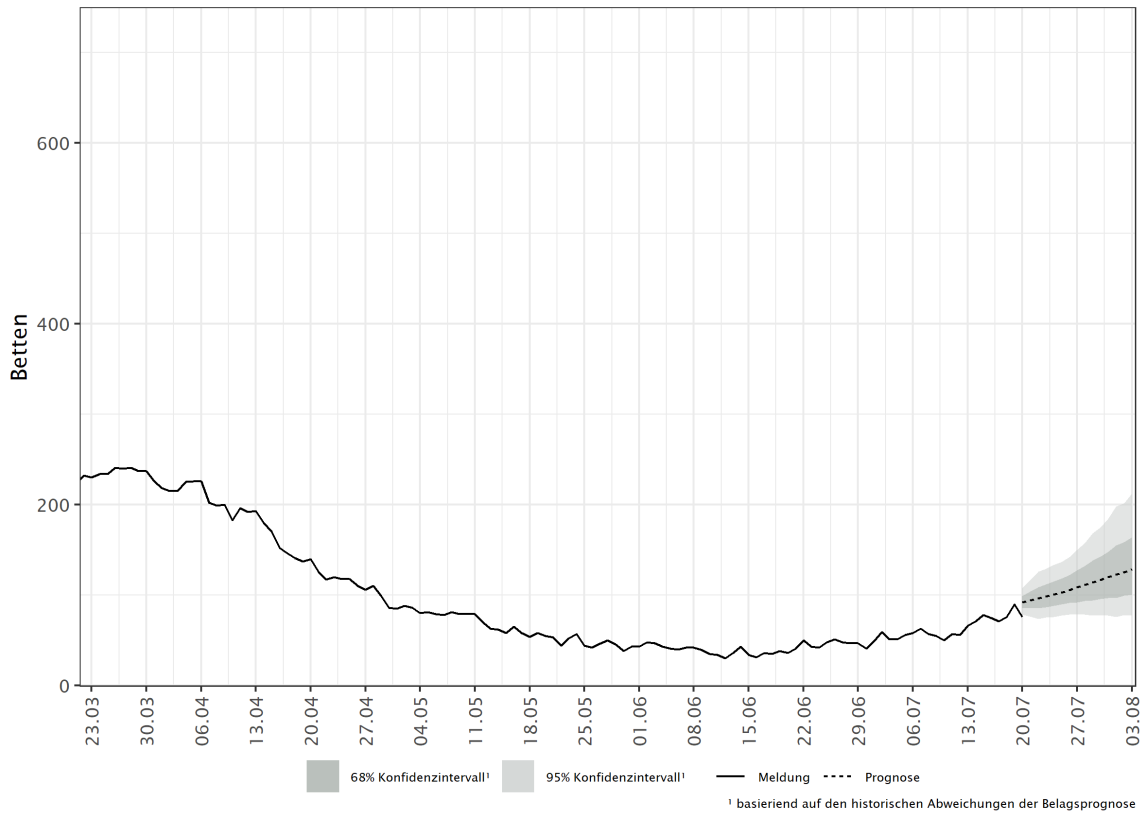
Da gegenwärtig kein alternatives repräsentatives Surveillance-System in geeigneter Form vorliegt, modelliert die gegenwärtige Prognose den zukünftigen Spitalsbelag nach wie vor anhand der gemeldeten Fallzahlen. Sie ist daher unter dem Hinblick der angeführten Unsicherheit zu interpretieren.

# Fallprognose

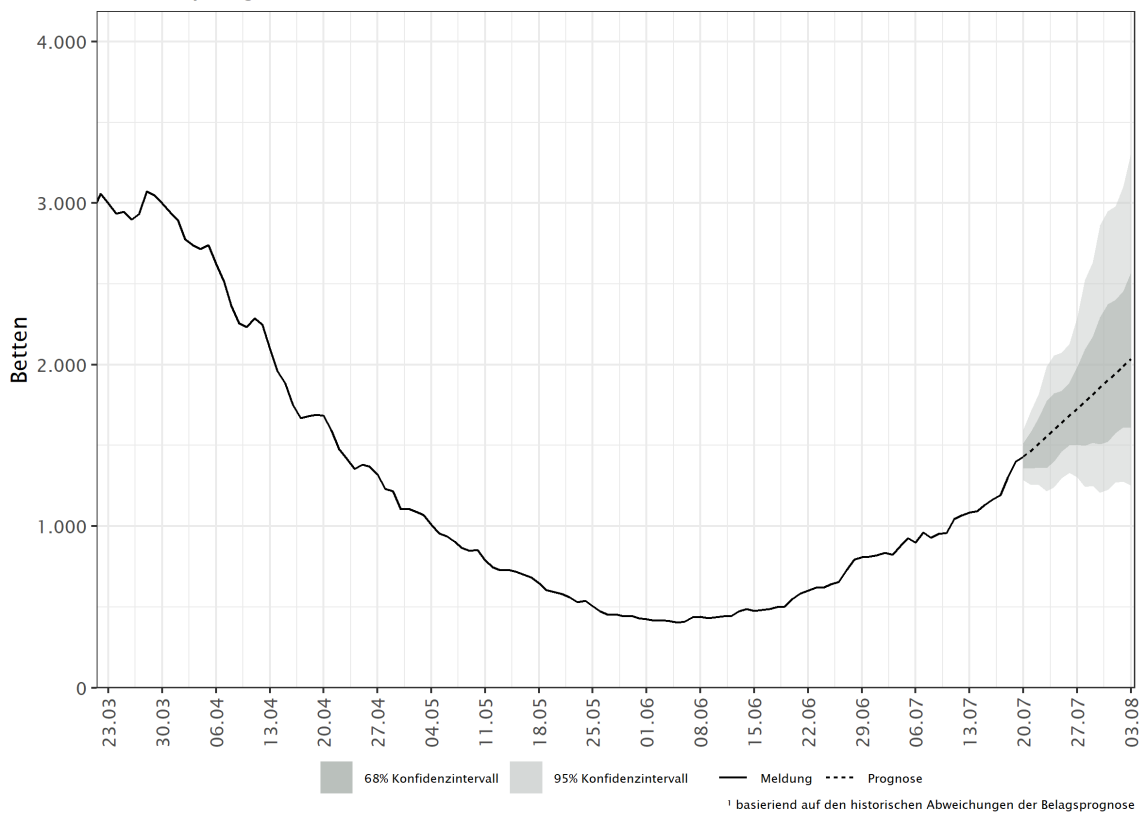


Quelle: EMS, Datenstand 20.07. 10:05,<sup>1</sup> basierend auf den historischen Abweichungen der Fallprognose

## Intensivpflege



## Normalpflege



Übersicht unter: <https://www.sozialministerium.at/Corona/Coronavirus/COVID-Prognose-Konsortium-2022.html#juli-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 25. Juli 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**

### **Laufende Evaluierung der Faktenlage zu Omikron national/international**

Die 14-Tages-Inzidenz in Europa stieg in der KW 28 auf 1.207/100.000 EW, verglichen mit 1.177/100.000 EW in der Vorwoche. Seit sechs Wochen steigt diese Zahl. In der Altersgruppe der über 65-jährigen stieg die Fallzahl in 18 von 27 Ländern an. Verglichen mit der Vorwoche ist das in Europa gesamt ein Anstieg von 13 Prozent. Dieser Anstieg in der höheren Altersgruppe führt zu mehr schweren Verläufen. Von 29 Ländern, die Indikatoren zu Hospitalisierung und Intensivbelegung melden, zeigte sich in 17 eine Zunahme im Vergleich zur Vorwoche. Die Todesrate gerechnet auf die letzten 14 Tage war in der letzten Woche in Europa stabil – von 11,5 Toten/Millionen Einwohner im Zeitraum davor auf 11,3 Tote/Millionen Einwohner<sup>1</sup>.

Die Prognose bis zur Woche 30 geht von steigenden Zahlen bei Fällen, gleichbleibenden Trends bei Hospitalisierungen und steigenden Trends bei Todesfällen aus. ECDC betont, dass besonders die Prognosen zu Fallzahlen aufgrund der veränderten Teststrategien mit Vorsicht zu betrachten sind. Nachdem die weltweiten Fallzahlen fünf Wochen lang steigend waren, blieben sie in der Woche von 11. bis 17. Juli stabil (6,3 Millionen Fälle). Die Zahl der wöchentlichen Todesfälle hat leicht zugenommen, 11.000 Todesfälle wurden gemeldet<sup>2</sup>.

---

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

<sup>2</sup> <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---20-july-2022>

In den 15 europäischen Ländern mit ausreichendem Sequenzierungsvolumen (darunter auch Österreich) lag der Anteil von BA.4/5 bei 90,2 % (20,7-99,9 %). Vor allem BA.5 treibt weltweit das Infektionsgeschehen an, während der prozentuelle Anteil der meisten anderen Varianten zurückgeht.

#### Aktuelle Virussurveillance in Österreich

Repräsentative Einzelfallsequenzierungen und Abwasseranalysen zeigen in der ersten Julihälfte 2022 eine relative Häufigkeit von >80 % für die Omikron-Subvariante BA.5 bei den Neuinfektionen. Die restlichen Fälle verteilen sich auf BA.4, BA.2.12.1 und sonstige.

Die neue Subvariante BA.2.75, welche neun zusätzliche Mutationen im Spikeprotein im Vergleich zu BA.2 besitzt, wurde am 7. Juli 2022 von ECDC als Variante von Interesse eingestuft. BA.2.75 wird zwar in immer mehr Ländern entdeckt, letzte Woche waren aber erst mehr als 200 Fällen festgestellt<sup>3</sup>. BA.2.75 kommt bisher vorwiegend in Indien vor, wo spärliche Daten auf einen Wachstumsvorteil gegenüber BA.5 hinweisen. In UK sind 24 Fälle von BA.2.75 bekannt (aktuelles UKHSA Technical Briefing #44). In Österreich wurden zumindest zwei Fälle bestätigt und in der versorgenden Kläranlage im selben Zeitraum punktuell auch ein Signal von BA.2.75 festgestellt. Dieses war beim nächsten Zeitpunkt nicht mehr messbar (AGES/IMBA, Nationales Abwassermonitoring). Ein aktueller Preprint suggeriert, dass BA.2.75 keine höheren Immunfluchteigenschaften im Vergleich zu BA.5 besitzt<sup>4</sup>. Insgesamt gibt es unterschiedliche wissenschaftliche Einschätzungen, ob/inwieweit BA.2.75 sich international stärker ausbreiten wird.

#### Infektiosität, Hospitalisierung/ICU, Schutz durch Auffrischung

Eine Studie aus USA hat die Wirksamkeit der 2., 3. und 4. Impfung gegen Omikron BA.1 und BA.2 untersucht. Die Autoren Link-Gelles et al.<sup>5</sup> beschreiben die vaccine efficacy (VE) der dritten Impfung (Kriterium: Ambulanzbesuch/Hospitalisierung, nicht Infektion!) nach mindestens vier Monaten bei Dominanz von BA.1 (VE: 85 %; CI 91-93) versus BA.2 (VE: 52 %; CI 44-59), woraus abzulesen ist, dass gegen BA.2 deutlich weniger und kürzer andauernder Schutz besteht.

Auffällig ist, dass die VE nach der dritten Impfung gegen BA.2 bei unter 50-Jährigen nach >120 Tagen nur etwa halb so hoch ist wie bei den über 50-jährigen, wobei hier die Konfidenzintervalle sehr groß sind. Das deutet darauf hin, dass erstens die VE gegen klinisch relevante Verläufe generell gegen BA.2 wesentlich rascher schwindet als gegen BA.1 und zweitens dies bei den Jüngeren um nichts langsamer vorstatten geht. Sie zeigen ferner, dass das Schutzniveau zumindest kurz nach der vierten Impfung bei

---

<sup>3</sup> <https://outbreak.info/>

<sup>4</sup> Sheward DJ et al. bioRxiv 2022 <http://doi.org/10.1101/2022.07.19.500716>

<sup>5</sup> <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7129e1.htm>

den über 50-Jährigen gegen BA.2 wieder auf 80 % angehoben wird, allerdings gibt es noch keine Angaben, wie lange dieser Schutz dann anhält.

Die Autoren befürworten daher eine vierte Impfung ab vier Monaten nach der dritten Impfung bei über 50-Jährigen. Ähnliches könnte für unter 50-Jährige gelten, deren VE nach drei Impfungen und >4 Monaten wie erwähnt durchaus noch schlechter ist; derzeit liegen allerdings noch keine Daten dazu vor, wie sehr das Schutzniveau durch eine vierte Impfung in dieser Altersgruppe wieder angehoben wird.

Aus dieser Studie sind mehrere Folgerungen für Österreich zu ziehen:

1. Dritte Impfung: Noch immer ist ein beträchtlicher Prozentsatz der österreichischen Bevölkerung weniger als dreimal geimpft (die abgeschlossene Grundimmunisierung mit drei Impfungen ist in Österreich mit knapp 56% sehr niedrig und bei einem großen Teil der dreifach Geimpften ist die zweite Impfdosis bereits lange zurückliegend). Diese Gruppe sollte so rasch wie möglich immunisiert werden, um rasch überhaupt einen relevanten Schutz gegen die jetzt zirkulierenden Varianten aufzubauen.

2. Vierte Impfung: Wenn man die bisherigen Daten zur immune escape von BA.4/5 berücksichtigt, die noch ausgeprägter auf ein frühzeitiges Schwinden der Impfmunität hindeuten, muss die vierte Impfung unmittelbar und mit Nachdruck für die ältere Bevölkerung empfohlen werden. Die USA-Daten zeigen auch, dass vielleicht unser derzeitiges Alterslimit von 65+ bei gesunden Immunkompetenten für die Empfehlung zur vierten Impfung zu hoch angesetzt ist und Österreich die vierte Impfung schon bei etwas jüngeren Personen forcieren sollten, wie es auch ein Statement der EU kürzlich angeregt hat (Alterslimit ab 60).

Außerdem ist für Ungeimpfte die Tendenz, bei BA.2 einen Ambulanzbesuch/Spital zu benötigen, offenbar nicht deutlich geringer als bei BA.1. Zieht man das in Betracht und verknüpft es mit der schlechter werdenden Wirksamkeit der Impfung gegen Hospitalisierung bei BA.2, muss man ein sehr wachsames Auge auf die Entwicklung der Situation bei der nun stetig stärker nachlassenden Immunitätslage in der Bevölkerung in unseren Spitälern haben.

3. Unsicherheit in der epidemiologischen Entwicklung: Unklar ist, ob die jetzt dominierenden Varianten BA.4/5 das jetzige Szenario nicht nochmals negativ beeinflussen werden. Die deutlich höhere Infektiosität, die höhere Reproduktionsrate, die erwähnte stärker ausgeprägte Immunflucht und letztlich die Tatsache, dass die klinischen Verläufe bei diesen Varianten nicht milder sind, sprechen durchaus dafür.

4. Weitere Impfungen: Es wird vermutlich – wenn diese Daten noch bekräftigt werden – eine fünfte Impfung im Dezember/Jänner nötig werden. Ob die Variantenimpfstoffe dann die Situation verbessern, bleibt noch offen. Bisherige Daten lassen hier keine wesentliche Entlastung erwarten, da die Impfstoffe auf BA.1 abgestimmt sind.

5. Therapeutische Optionen: In Anbetracht dessen, dass die vierte Impfung zwar angenommen wird (allerdings bei weitem nicht so gut wie es nötig wäre – bis dato haben erst knapp 3% der Bevölkerung eine vierte Impfung bekommen hat), erscheint es besonders wichtig, dass allen älteren Patient:innen eine Therapie im Erkrankungsfall rasch zugänglich gemacht wird, um eine Überlastung unseres Gesundheitssystems im späteren Herbst möglichst zu vermeiden.

Weitere Daten:

Nordström et al.<sup>6</sup> zeigen ihrerseits in einer Studie aus Schweden, dass in einer Gruppe von über 80-jährigen in Langzeitpflegeeinrichtungen, die VE hinsichtlich Mortalität (Gesamtmortalität, also nicht nur COVID-19 spezifischer Tod) von Tag 7-60 nach der 4. Dosis bei 39 % lag (95 % CI, 29-48), und von Tag 61-126 auf 27 % abnahm (95 % CI, -2-48). In der Gruppe aller Personen im Alter von 80+ war die VE von Tag 7-60 71 % (95 % CI, 69-72) und nahm von Tag 61-143 auf 54 % (95 % CI, 48-60) ab. Aus dieser Studie waren jene ausgeschlossen, die eine dokumentierte SARS-CoV-2 Infektion hatten. Bemerkenswert ist, dass unter jenen die die vierte Dosis erhalten hatten, ca. 60 % BNT162b2 erhalten hatten (98 % bei jenen mit der dritten Dosis) und die restlichen mRNA-1273, das heißt ein deutlich höherer Anteil an Moderna in dieser Gruppe der Vierfach-Geimpften.

Weiters ist methodisch anzumerken, dass in der Kohorte der Dreifach-Geimpften, 10.012 (81 %) eine vierte Dosis erhielten und dadurch zensuriert wurden (also aus der Studie rausfielen). Zu hinterfragen ist demnach, wer diejenigen sind die in der Studie verbleiben konnten, weil sie den vierten Stich noch nicht erhalten hatten, sind: waren sie zu krank um geimpft zu werden? Wenn ja, so würde das die Resultate verzerren, was auch die Autoren diskutieren. In Übereinstimmung mit Link-Gelles et al. deuten aber auch die Daten von Nordström et al. darauf hin, dass die VE der dritten Dosis nur von relativ kurzer (etwa vier Monate) Dauer ist. In Summe zeigt die Studie, dass die vierte Dosis die Gesamtmortalität in den ersten zwei Monaten bei den LTCF-Bewohnern um etwa 40 % reduzierte, aber dieser Effekt bereits nach zwei Monaten wieder abzunehmen scheint. Somit spielt das Timing der Impfung eine bedeutsame Rolle. Eines zeigt aber die Studie auch auf, nämlich, dass Impfungen die Todesraten nicht erhöhen.

**Die derzeit zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten zeichnen sich durch eine erhöhte Übertragbarkeit bei verminderter Pathogenität aus. Welche Auswirkungen haben Infektionen mit diesen Virusvarianten im Vergleich zu Infektionen mit den saisonalen Influenzaviren und anderen regelmäßig auftretenden Viruserkrankungen, zum Beispiel hinsichtlich der Zahl der Todesfälle, Hospitalisierungen, Langzeitfolgen? Welche Maßnahmen zur Absonderung infizierter Personen sind bei den verschiedenen Infektionserkrankungen verhältnismäßig? Welche Evidenz (z. B. Modellierungen) gibt es für eine signifikante Reduktion des**

---

<sup>6</sup> [https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(22\)00162-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(22)00162-4/fulltext)

## Infektionsgeschehens durch die Isolation von bestätigten Fällen bei den derzeit zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten?

Ein Vergleich mit anderen epidemisch auftretenden Infektionskrankheiten wie Influenza ist aus epidemiologischer und vakzinologischer Sicht sicherlich unzulässig, da Influenza völlig andere Grundparameter hat (intrinsische Übertragbarkeit, linearer Antigendrift, etc). Auch ein Vergleich mit anderen hochinfektiösen Infektionen wie z.B. Masern o.ä. ist deswegen nicht möglich.

Eine Arbeit von Petersen<sup>7</sup> aus 2020 zeigt für den ancestralen Stamm des SARS-CoV-2 einen Vergleich zur saisonalen und pandemischen Influenza auf und weist schon damals auf die beträchtlichen Unterschiede hin, die einen seriösen Vergleich und vor allen Schlussfolgerungen aus dem Verhalten der Influenza auf SARS-CoV-2 verunmöglichen.

Zudem zeigt die saisonale Influenza, wie schon im Namen enthalten, eine sehr ausgeprägte Saisonalität und die Influenzawellen sind meist monophasisch, wie die Daten des DINÖ<sup>8</sup> zeigen. SARS-CoV-2 hat bei Dominanz der ancestralen Virusvariante und auch noch bei einigen der Folgevarianten ebenfalls ein sehr ausgeprägtes saisonales Verhalten gezeigt (in GECKO berichtet).

Die aktuell dominierenden Varianten lassen dieses Verhalten kaum mehr erkennen, wie die Infektionszahlen der letzten Monate zeigen. Wohl ist ein wellenförmiger Verlauf nach wie vor erkennbar<sup>9</sup>, nicht jedoch das massive Absinken während der warmen Jahreszeit, was zum Teil auf die erhöhte Übertragbarkeit der BA.4/5 Varianten in Verbindung mit dem geänderten Verhalten und weniger nicht-pharmazeutischen Maßnahmen (unbeschränkte Großveranstaltungen und Diskotheken, keine Masken) zurückgeführt werden kann.

### Fazit und Interpretation

Aus den geschilderten Fakten ist mit einer sehr labilen Ausgangssituation für den Spätsommer/Frühherbst in Österreich zu rechnen. Eine präzise Prognose des weiteren Verlaufes der Pandemie ist noch zu unsicher, was auch Niederschlag in den Prognoserechnungen der letzten Zeit gefunden hat. Zahlreiche Variablen lassen sich noch nicht genauer definieren (z.B. Dauer und Effizienz des Impfschutzes gegen BA.4/5, fragliches Impftake durch die Bevölkerung in den nächsten Wochen). Auch sind die biologischen Eigenschaften der jetzt dominierenden Varianten noch zu ungenau definiert um abschätzen zu können, wie sich diese Gemengelage letztlich auswirken wird.

---

<sup>7</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32628905/>

<sup>8</sup> <https://www.virologie.meduniwien.ac.at/wissenschaft-forschung/virus-epidemiologie/influenza-projekt-diagnostisches-influenzanezwerk-oesterreich-dinoe/vorhergehende-saisonen/>

<sup>9</sup> <http://www.dexhelpp.at/de/immunisierungsgrad/> <https://ourworldindata.org/covid-cases>



In einer solchen Situation durch Wegfall von Isolierungsmaßnahmen einen möglicherweise partiellen bis völligen Kontrollverlust über das infektiologische Geschehen in der Bevölkerung bei gleichzeitig steigenden Infektionszahlen in Kauf zu nehmen erscheint doch mit einer Reihe von unkalkulierbaren Risiken verbunden.

Auch ein Vergleich mit anderen Staaten, die sich zu einer Lockerung der Isolierungsmaßnahmen entschlossen haben, erscheint mangels vergleichbarer Ausgangssituation nicht sinnvoll, da wesentliche Voraussetzungen differieren:

1) Unterschiedliche Teststrategien

2) Durchimpfungsraten (z.B. Spanien, Dänemark sehr hoch)

3) Art der verwendeten Impfung (Moderna in der Schweiz, versus Biontech oder AZ in den anderen Ländern)

4) Einfluss der Saisonalität (in Spanien war es aufgrund der Temperaturen schon viel früher möglich, im Freien zu sein versus alle anderen Länder)

5) Nach Abschaffung der verpflichtenden Isolation blieben unterschiedliche Folgemaßnahmen erhalten (z.B. in UK weiterhin auch nach dem 24.2. starke Empfehlung, in Isolation zu bleiben) Die Bewertbarkeit oder Kontrollierbarkeit dieser Maßnahmen ist jedenfalls fraglich.

6) Unterschiedliche Varianten und unterschiedliche Höhepunkte der jeweiligen Wellen (Dänemark hatte etwa eine viel frühere BA.2 Welle)

7) Außerdem ist wichtig zu erwähnen, **wann** die jeweilige Abschaffung der Isolierpflicht stattfand, nämlich eigentlich immer, wenn die Kurve der Neuinfektionen steil nach **unten** verlief. Das sollte man in Österreich auch berücksichtigen bei etwaigen Entscheidungen und grundsätzlich nicht dann Maßnahmen reduzieren, wenn die Kurve gerade ansteigt oder sich seitwärts auf hohem Niveau bewegt.

Darüber hinaus gibt es eine Studie aus UK<sup>10</sup> die aufzeigt, dass selbst in England die Compliance mit restringierenden Maßnahmen sofort nach Wegfall der Verpflichtung sehr deutlich nachgelassen hat.

Umgekehrt kann – und das sei ausdrücklich betont – nicht präzise angegeben werden, wie sich die Isolierungsmaßnahmen quantitativ auf die infektiologische Gesamtsituation auswirken werden. Es ist zudem klar belegt, dass der Effekt auf das Infektionsgeschehen multifaktoriell ist und ein Zusammenwirken aus dem Verhalten der Bevölkerung, den nicht-pharmazeutischen Maßnahmen (Isolierung infizierter Personen, Masken in Innenräumen und öffentlichen Verkehrsmitteln, Belüftung, Raumluftfilter in Schulen, Kindergärten), kombiniert mit der Durchimpfungsrate ist (Schweizer-Käse-

---

<sup>10</sup>

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandwellbeing/bulletins/coronavirusandselfisolationaftertestingpositiveinengland/28marchto4april2022>

Modell). Die WHO European Region weist in der Stellungnahme<sup>11</sup> vom 19. Juli 2022 auf die aktuelle Bedeutung der Maßnahmenkombination zur Eindämmung des Infektionsgeschehens hin.

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

## Kinder

### **Welche neuen Erkenntnisse gibt es in Bezug auf Impfungen für und Krankheitsverlauf bei Kinder?**

Eine weitere Studie zur Wirksamkeit der Pfizer/BNT Impfung bei 5-11 Jährigen Kindern gegen Omikron<sup>12</sup> zeigt sehr deutlich, dass in dieser Altersgruppe die Wirksamkeit gegen Hospitalisierung nach dreimaliger Impfung ganz ausgezeichnet ist und sogar kurzzeitig gegen Infektion wirkt.

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

## GESUNDHEITSDATEN UND REPORTINGS

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

Laut Gesundheitsministerium arbeitet die GÖG derzeit intensiv an einem entsprechenden Reporting für die einmeldenden Bundesländer. Die Bundesländer Burgenland und Vorarlberg haben das Soll der Anmeldungen in das COVID-19 Register erreicht. Von den Bundesländern Kärnten und Tirol melden zumindest einzelne Fondskrankenanstalten schon regelmäßig ein. Die Bundesländer Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Steiermark befinden sich in unterschiedlich weit fortgeschrittenen Vorbereitungsarbeiten in Abstimmung mit GÖG und dem BMSGPK. Einzig beim Bundesland Wien ist dahingehend kein Fortschritt zu vermelden.

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

---

<sup>11</sup> <https://www.who.int/europe/news/item/19-07-2022-rapidly-escalating-covid-19-cases-amid-reduced-virus-surveillance-forecasts-a-challenging-autumn-and-winter-in-the-who-european-region>

<sup>12</sup> <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2203209?articleTools=true>

## SITUATION KRITISCHE INFRASTRUKTUR

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

Die Situation in den versorgungskritischen Bereichen ist derzeit entspannt. In den diversen Gremien (SKKM, LSD-Konferenz, Corona-Kommission, S4-Runde etc.) wird über keine Probleme berichtet. In den Krankenhäusern ist die Lage mittlerweile wieder angespannter, vor allem wegen Absonderungen, Betreuungspflichten, Krankenständen und Urlauben. Vereinzelt müssen elektive Eingriffe verschoben (auch wegen Erkrankung der Patient:innen) oder Betten, Stationen und OPs gesperrt werden.

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

## WIRKSAMKEIT SCHUTZMAßNAHMEN

### **Welche konkreten Maßnahmen gewährleisten gezielt den Schutz vulnerabler Gruppen im Falle einer eventuellen Verkehrsbeschränkung bestätigter Fälle? Gibt es dazu Evidenz bzw. Modellierungen? Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit einer allgemeinen Maskenpflicht für den Zeitraum der Verkehrsbeschränkung sowie ein Zutrittsverbot für Besucher:innen zu Settings wie Spitälern und APHs?**

Eingangs wird festgehalten, dass entsprechende Überlegungen auf Basis der damals vorhandenen Informationen auch zu strategischen Annahmen, im VMP (Varianten Management Plan) dargestellt wurden. Diese müssten bei Bedarf entsprechend adaptiert werden.

Die Grundfrage, die sich ergibt, um zu analysieren „welche konkreten Maßnahmen den Schutz vulnerabler Gruppen gewährleisten“ ist: mit welcher (Änderung der) Dynamik außerhalb der Bereiche vulnerabler Menschen bzw. deren Kontaktstellen durch die Veränderung (Beendigung der Quarantäne, Einführung von Verkehrsbeschränkungen) zu rechnen ist. Daraus ergibt sich dann möglicherweise ein entsprechend erhöhter Bedarf zum Schutz vulnerabler Personen im Vergleich zu den bisherigen gesetzten Maßnahmen, unter der Annahme bzw. dem Einverständnis, dass diese bisher ausreichend sind/waren.

Die Wirksamkeit eines Monitorings (und Isolation) von Infizierten als ein Baustein einer Strategie wurde beispielhaft in einer aktuellen Studie<sup>13</sup> gezeigt. Dabei geht es vor allem darum, dass die „Grundlast“ der Epidemiedynamik gesenkt werden kann. Dazu gibt es (wie schon früher zitiert) Studien zur Wirksamkeit von NPIs (nicht-pharmazeutischen Interventionen) und deren Zusammenwirken. Wie auch in der obigen

---

<sup>13</sup> Bicher Martin, Rippinger Claire, Urach Christoph, Brunmeir Dominik, Siebert Uwe, Popper Niki, 2021, Evaluation of Contact-Tracing Policies against the Spread of SARS-CoV-2 in Austria: An Agent-Based Simulation. Medical Decision Making. 2021;41(8):1017-1032. doi:10.1177/0272989X211013306

Antwort der AG Omikron ist auf die Stellungnahme<sup>14</sup> der WHO European Region hinzuweisen, die sich auf die aktuelle Bedeutung der Maßnahmenkombination zur Eindämmung des Infektionsgeschehens bezieht.

Insofern ist eine Gesamtstrategie (=VMP) notwendig und sinnvoll: Werden entsprechende Maßnahmen, wie etwa die Quarantäne beendet, geht es umso mehr darum – wenn man die Moderation der Epidemie auf gleichem Niveau erhalten möchte – in anderen Bereichen die Anstrengungen zu erhöhen, also konkrete Lebensbereiche Vulnerabler zu schützen. Die Aufhebung einer senkenden Maßnahme muss bei dieser Zielvorgabe zu einer Anhebung gezielter Maßnahmen für Vulnerable führen. Dabei wäre jedenfalls bei einer auf eine Bevölkerungsgruppe fokussierten Anhebung von Maßnahmen darauf zu achten, dass die Belastung dieser Personengruppe nicht unzumutbar steigt und es ist auch auf andere gesundheitliche Aspekte wie die psychische Gesundheit dieser Gruppe zu achten, ohne den Schutz vor COVID-19 zu vernachlässigen. Eine konkrete Maßnahme, die positive Effekte zeigt, ist die Anzahl der Tests in diesen Bereichen zu erhöhen<sup>15</sup>.

Dabei ist in beiden Bereichen (allgemeine Strategie, fokussierte Strategie für Vulnerable) derzeit unklar, was die geplanten Änderungen konkret für die Isolation positiv Getesteter bedeutet bzw. wie konkret Verkehrsbeschränkungen aussehen werden. Grund ist, dass beide genannten Studien dann eine Wirksamkeit zeigen, wenn eine Isolation positiv Getesteter unter bestimmten Annahmen stattfindet. Wie und in welchem Ausmaß das weiterhin passiert ist derzeit nicht klar. Für weiterführende Studien bzw. eine Modellrechnung sind das allerdings entscheidende Aspekte. Derzeit kann nicht präzise angegeben werden, wie sich die Isolierungsmaßnahmen bzw. deren Wegfall quantitativ auf die infektiologische Gesamtsituation auswirken werden.

Ein weiterer, wichtiger Aspekt ist, dass für den Spätsommer/Frühherbst mit einer sehr labilen Ausgangssituation in Österreich zu rechnen ist. Durch Wegfall von Isolierungsmaßnahmen ist ein möglicher Kontrollverlust über das infektiologische Geschehen in der Bevölkerung, bei gleichzeitig steigenden Infektionszahlen in Kauf zu nehmen, die mit einer Reihe von unkalkulierbaren Risiken verbunden ist (siehe dazu obige Antwort AG Omikron).

---

<sup>14</sup> <https://www.who.int/europe/news/item/19-07-2022-rapidly-escalating-covid-19-cases-amid-reduced-virus-surveillance-forecasts-a-challenging-autumn-and-winter-in-the-who-european-region>

<sup>15</sup> Lasser Jana, Zuber Johannes, Sorger Johannes, Dervic Elma, Ledebur Katharina, Lindner Simon David, Klager Elisabeth, Kletečka-Pulker Maria, Willschke Harald, Stangl Katrin, Stadtmann Sarah, Haslinger Christian, Klimek Peter and Wochele-Thoma Thomas , 2021, Agent-based simulations for protecting nursing homes with prevention and vaccination strategies. J. R. Soc. doi.org/10.1098/rsif.2021.0608

Speziell die Surveillance sollte dabei nicht aus dem Auge verloren werden<sup>16 17</sup>. Bei der strategischen Entscheidung, die Situation weiterhin zu monitoren, ist zu beachten, dass eine Reduktion von Maßnahmen bzw. Monitoring auch die Sichtbarkeit der Belastung des Gesundheitssystems bzw. der Ausbreitungsdynamik weiter reduzieren wird. Auch in diesem Zusammenhang ist die gesamtheitliche Sicht des VMP wichtig, d.h. zu wissen, ob entsprechend der Reduktion der flächendeckenden Tests das Surveillance System etabliert wird. Dieses sollte wie im VMP beschrieben aus mehreren Pfeilern bestehen, u.a. Hospitalisierungen (SARI), Überblick Symptomatik extramural ARI/ILI, Abwasseranalysen sowie Sequenzierung möglicherweise erweitert um repräsentative Daten zum Infektionsgeschehen. Hier ist seitens der Entscheider festzulegen, ob der Impact auf das Gesundheitssystem oder auch die Ausbreitungsdynamik (Vorbereitung auf weitere Wellen, Detektion neuer Varianten) im Fokus stehen sollen. Entsprechend ist das Surveillance System aufzusetzen. Die Surveillance ermöglicht eine integrierte Überwachung der Atemwegsviren, dient also nicht nur für die aktuelle Situation, sondern kann weiter genutzt werden. Es ermöglicht dadurch z.B. zeitgleich ein Monitoring anderer respiratorischer Infekte sowie Influenza (ILI). Notwendige Grundvoraussetzungen dafür sind entsprechende Datenprozesse, wie das Hospitalisierungsregister (siehe aktuelle Antwort AG Gesundheitsdaten und Reportings).

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

## KOMMUNIKATION UND PSYCHOSOZIALE FAKTOREN

### **Wie ist die aktuelle Studienlage zur Maßnahmencompliance? Welche Maßnahmen erfahren in der derzeitigen Lage hohe Zustimmung?**

Im internationalen Forschungsstand sind die grundlegenden Ursachen und Korrelate der Maßnahmencompliance inzwischen gut dokumentiert. Zu den Faktoren, die sich negativ auf die Mitwirkung an der Pandemiebekämpfung auswirken, gehören insbesondere: Unterschiede in der Risikowahrnehmung (z.B. geringe Risikowahrnehmung oder Fatalismus bei Überschätzung der Infektiosität), Armut und ökonomische Unsicherheit (z.B. geringer sozioökonomischer Status), die

---

<sup>16</sup> Aus dem Erstvorschlag zum VMP nach GECKO Review vom 18.5.2022: „Ziele der SARS-CoV-2-Surveillance sind die Überwachung der Inzidenz, Morbidität und Mortalität von SARS-CoV-2-Infektionen, die Verfolgung epidemiologischer Veränderungen, das Erkennen von Ausbrüchen neuer SARS-CoV-2-Varianten und die weitere Beobachtung von Trends bei bestehenden und neuen Varianten. Nur auf dieser Grundlage können die Auswirkungen von Bekämpfungsmaßnahmen, einschließlich der Isolierung von Fällen, der Ermittlung von Kontaktpersonen und der Quarantäne von Kontaktpersonen, gesteuert und die Auswirkungen der Pandemie auf die Gesundheitssysteme und die Gesellschaft bewertet werden.“

<sup>17</sup> Zu den Empfehlungen der ECDC siehe „Operational considerations for respiratory virus surveillance in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2022“. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/operational-considerations-respiratory-virus-surveillance-europe> Zitat: „The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), the World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe, and the European surveillance networks for COVID-19 and influenza agree on the urgent need to develop and sustain resilient population- based integrated surveillance systems for influenza, COVID-19, and potentially other respiratory virus infections (such as RSV or new viral diseases of public health concern) in Europe.“

Abwesenheit von gesellschaftlichen Verhaltensnormen (z.B. Erwartung, dass andere abweichendes Verhalten billigen oder nicht billigen) sowie politische und ideologische Grundeinstellungen (z.B. wenig Vertrauen in Politik und/oder Wissenschaft)<sup>18</sup>. Diese Faktoren beeinflussen sowohl die Einhaltung von geltenden gesetzlichen Pandemiemaßnahmen als auch das eigenverantwortliche Präventionsverhalten in der Abwesenheit von gesetzlichen Regelungen. Im Zeitverlauf ist in vielen Ländern darüber hinaus ein genereller Trend zur abnehmenden Maßnahmencompliance bzw. ein abnehmendes eigenverantwortliches Präventionsverhalten zu beobachten („pandemic fatigue“). Der abnehmende Trend wird dabei von einem wellenförmigen Muster überlagert, da in Hochinzidenzphasen die Unterstützung von Präventionsmaßnahmen tendenziell situativ kurzfristig ansteigt.

Für Österreich lassen sich diese grundlegenden Muster anhand der ACPD-Daten bestätigen. Die letzten verfügbaren Daten von Ende Mai/Anfang Juni zeigen, dass viele vormals geltenden Maßnahmen zu diesem Zeitpunkt, zu dem niedrige Inzidenzen herrschten, nur noch wenig Unterstützung fanden. Am höchsten war dabei die Unterstützung für eine Maskenpflicht in Geschäften und öffentlichen Verkehrsmitteln (44 %, Daten: ACPD).

[Mit welchen Auswirkungen ist bei Aufhebung der Quarantänepflicht zu rechnen \(insbesondere Maßnahmencompliance\)?](#)

Die Lockerung von Pandemiemaßnahmen (sowie auch bereits die Ankündigung von Lockerungen) kann als Signal einer geringen epidemiologischen Gefahr interpretiert werden. Dies hat sich bereits bei früheren Lockerungsschritten beobachten lassen. Zu erwarten ist daher, dass bei einer sinkenden Gefahrenwahrnehmung die Maßnahmencompliance sowie das eigenverantwortliche Präventionsverhalten abnimmt.

---

<sup>18</sup> Siehe beispielsweise: Barrios, J. M., & Hochberg, Y. V. (2021). Risk perceptions and politics: Evidence from the COVID-19 pandemic. *Journal of Financial Economics*, 142(2), 862–879.; Akesson, J., Ashworth-Hayes, S., Hahn, R., Metcalfe, R., & Rasooly, I. (2022). Fatalism, beliefs, and behaviors during the COVID-19 pandemic. *Journal of Risk and Uncertainty*, 1–44.; Wright, A. L., Sonin, K., Driscoll, J., & Wilson, J. (2020). Poverty and economic dislocation reduce compliance with COVID-19 shelter-in-place protocols. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 180, 544–554.; Kittel, B., Kalleitner, F., & Schiestl, D. W. (2021). Peers for the fearless: Social norms facilitate preventive behaviour when individuals perceive low COVID-19 health risks. *Plos One*, 16(12), e0260171.; Painter, M., & Qiu, T. (2021). Political beliefs affect compliance with government mandates. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 185, 688–701.; Brzezinski, A., Kecht, V., Van Dijcke, D., & Wright, A. L. (2021). Science skepticism reduced compliance with COVID-19 shelter-in-place policies in the United States. *Nature Human Behaviour*, 5(11), 1519–1527.

## **Wie stärkt man das Vertrauen in Corona-Schutzimpfungen vor dem Hintergrund, dass auch Geimpfte sich infiziert haben?**

Die Impfbereitschaft für weitere Auffrischungsimpfungen liegt bei genesenen Geimpften etwas niedriger (ca. 46%) als bei Geimpften, die bisher noch keine Infektion durchgemacht haben (ca. 58%, Daten: ACPP). Der Anteil der Zögerlichen und Unentschlossen ist in dieser Gruppe demgegenüber erhöht, nicht jedoch der Anteil der Personen, die Impfungen ablehnen. Darüber hinaus ist anzumerken, dass sich die allermeisten der genesenen Geimpften im Zuge der Omikron-Welle infizierten. Daher könnten Impfungen, die einen verbesserten Schutz gegen Omikron versprechen, für diese grundsätzlich impfbereite Gruppe besonders relevant sein.

## **Wie kann die Bevölkerung schon jetzt kommunikativ auf eine Auffrischungsimpfung in den nächsten Monaten vorbereitet werden?**

In Vorbereitung auf eine Auffrischungsimpfung in den nächsten Monaten ist es wichtig, die gesundheitliche Risikoeinschätzung (z.B. Gefahr durch neue Virusvarianten, Risiko von Long Covid) sowie die neuesten Informationen zu Impfstoffen (z.B. angepasste Impfstoffe) angemessen und kontinuierlich zu kommunizieren. Zuletzt war noch ein vergleichsweise hoher Anteil (ca. 27 %, Daten: ACPP) zögerlich oder unentschlossen in Bezug auf die Auffrischungsimpfung. Diese Gruppe sollte gezielt angesprochen werden.

## **Wie kann die Maßnahmencompliance und das eigenverantwortliche Präventionsverhalten durch gezielte Kommunikation im Rahmen der Informationskampagne schnellstmöglich und wie am nachhaltigsten gesteigert werden?**

Auch in Hinblick auf die Maßnahmencompliance und das individuelle Präventionsverhalten ist eine angemessene Kommunikation der gesundheitlichen Risiken zentral. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass sowohl eine zu geringe als auch zu übersteigerte Risikoeinschätzung (z.B. wegen Fatalismus) die Maßnahmencompliance untergraben kann. Daher ist es wichtig, Risiken möglichst akkurat und nuanciert zu kommunizieren und die Handlungsfähigkeit dabei zu betonen. In Bezug auf die Wirksamkeit von Maßnahmen sollte kommuniziert werden, wie verschiedene Maßnahmen (z.B. nicht pharmazeutische Interventionen, Impfungen, Medikamente) zusammenwirken, um die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt sowie bestimmter Gruppen zu schützen. Insbesondere in der derzeitigen Lage mit nur wenigen Maßnahmen und steigenden Infektionszahlen ist es wichtig zu erklären, wie gefährdete Personen geschützt werden.

## **Welche Kommunikationsmaßnahmen können zur Senkung von Aggression bestimmter Gruppen (etwa Impfgegner & Corona-Leugner) z.B. gegenüber Gesundheitsfachkräften oder Menschen, die sich für eine Impfung aussprechen, empfohlen werden?**

Die Einstellungen zum Corona-Thema haben sich verhärtet und es haben sich inzwischen Identitäten (z.B. Impfgegner/-befürworter) herausgebildet. Um diese Fronten nicht weiter zu verhärten, sollte die Kommunikation in Zusammenhang mit Corona-Maßnahmen grundsätzlich möglichst rücksichtsvoll mit der Meinungspluralität umgehen und Gemeinsames betonen. Allerdings sollte dabei auch klare Grenzen aufgezeigt und kommuniziert werden, was in einer demokratischen Auseinandersetzung nicht zu tolerieren ist (z.B. Gewalt, Drohungen etc.), und extreme Fälle müssen durch die Justiz behandelt werden.

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

### **GASTVORTRAG (Doris Wolf, AG Long COVID, BÖP)**

#### **(Long-) COVID: Genesung beginnt im Kopf – über den Impakt der Psyche**

Die COVID-19-Pandemie zeigt enorme Auswirkungen auf die mentale Gesundheit. Seit Pandemiebeginn ist die Anzahl der an Major Depressionen (28%) bzw. Angststörungen (26%) Erkrankten enorm angestiegen<sup>19</sup>. Um mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert zu werden, muss man mit einer infizierten Person Kontakt haben. Das hochansteckende „Angst-Virus“ hingegen ist weltweit über die sozialen Medien, Bilder übertragbar. Klinische Psycholog:innen können professionell bei Anpassungsstörungen, mittels Psychoedukation, Vermittlung von Gesundheitsbezogenem Wissen, Copingstrategien, Erhöhung der Selbstwirksamkeit, Maßnahmen zur Schlafhygiene, Depressions-, Angstbehandlung sowie Stressbewältigung helfen<sup>20</sup>. Der Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP) hat Informationsmaterial in 20 Sprachen zu häuslicher Isolation und Quarantäne online zur Verfügung gestellt<sup>21</sup>. Bezogen auf das richtige Ausmaß angemessener Sozialkontakte, sind viele Klient:innen in einem Dilemma: zu wenige steigert Stress aufgrund von Einsamkeit, Angst, Depression; zu viele erhöht die Stressbelastung wegen erhöhter Ansteckungsgefahr<sup>22</sup>. Im Vergleich zu Menschen mit körperlichen Erkrankungen berichten Menschen mit psychischen Erkrankungen pandemiebedingt höhere Belastungen. Sie klagen speziell über mehr finanzielle Probleme<sup>23</sup>. Dieser besonders vulnerablen Gruppe können Klinische Psycholog:innen im extramuralen Bereich derzeit nur

---

<sup>19</sup> WHO (2022). World mental health report

<sup>20</sup> Salari N al (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis

<sup>21</sup> [https://www.boep.or.at/download/5e71d59d3c15c85df5000028/20200317\\_COVID-19\\_Informationenblatt.PDF](https://www.boep.or.at/download/5e71d59d3c15c85df5000028/20200317_COVID-19_Informationenblatt.PDF)

<sup>22</sup> Haas H G (2020). COVID-19 und Psychologie. Springer. S. 32.

<sup>23</sup> Oppenauer C et al (2021). Psychological distress during the COVID-19 pandemic in patients with mental or physical diseases. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.703488



über Projekte helfen, da diese Leistungen nicht übers ASVG abrechenbar sind, da nicht im Kernteam von Primärversorgungszentren verankert.

Sowohl die Viruslast als auch die individuelle Reaktion des Immunsystems beeinflussen das Ausmaß der SARS-CoV-2-Infektion bzw. von COVID-19<sup>24</sup>. Virale Infektion wie psychischer Stress, können eine endokrine Stressreaktion auslösen, die die Produktion proinflammatorischer Zytokinen fördert<sup>25</sup>. Ob man sich gestresst fühlt oder nicht, hängt von subjektiven Bewertungsprozessen ab. Die Psyche beeinflusst das Immunsystem und vice versa<sup>26</sup>. Gesundheit ist Kompetenz. Gemäß biopsychosozialen Gesundheitsmodell wird zwischen der biologischen Komponente, der Krankheit und der psychosozialen Komponente, dem „Kranksein“ unterschieden<sup>27</sup>.

Menschen mit (Long-) COVID sind häufig davon betroffen, als „gesund“ – ohne Befund – zu gelten, dennoch fühlen sie sich nicht alltagsfit. Bei hospitalisierten COVID-19-Patient:innen wie auch nicht-hospitalisierten können psychische Komponenten Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD), Depressionen, Ängste – sowohl anhaltenden Symptomen, als auch zur Entwicklung neuer Long-COVID-Symptome beitragen<sup>28</sup>. Es gibt eine Beziehung zwischen der Schwere physischer und psychischer Gesundheitsbeeinträchtigungen<sup>29</sup>. Das postvirale-Fatigue-Syndrom (ICD-11; vormals ICD-10: CFS) stellt das häufigste Symptom von Long COVID dar. Die Zustandsverschlechterung nach emotionaler, physischer bzw. psychischer Anstrengung (PEM) stellt ein typisches Fatigue-Symptom dar und wird am stärksten durch Stress getriggert<sup>30</sup>. 65 % aller befragten Patient:innen mit CFS haben schon einmal an Suizid gedacht. CFS-Patient:innen empfinden adaptives Pacing als hilfreich<sup>31</sup>. Neben Stress, Angst, Depressionen zählt das Ausmaß der Krankheitslast zu den stärksten Barrieren, wenn es um adhärentes, gesundheitsförderliches Verhalten geht<sup>32</sup>.

COVID-19 und Long COVID haben die Gesellschaft vor komplett neue Behandlungssituationen gestellt: Vergleichbar mit dem, vor allem zu Beginn der Pandemie, Off-label-use bereits bewährter Medikamente aus der Rheumatologie bei schweren COVID-19-Verläufen (IL-1i, IL-6i, JAKi), können klinische Psycholog:innen auf evidenzbasierte Konzepte aus der Psycho-Rheumatologie sowie Psycho-Onkologie in der klinisch-psychologischen Behandlung von Long-COVID-Patient:innen zurückgreifen und step-by-step gemeinsam mit den Klient:innen lernen, wie man diese Behandlungskonzepte

---

<sup>24</sup> Siddiqi H K & Mehra M R (2020). COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical-therapeutic staging proposal. *J Heart Lung Transplant.* 2020 May; 39(5):405-407.

<sup>25</sup> G M Slavich & M R Irwin (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *APA*

<sup>26</sup> Strienz J (2016). Mit meinem Immunsystem stimmt etwas nicht. *Zuckschwerdt.* S.55.

<sup>27</sup> Egger JW (2008). Theorie der Körper-Seele-Einheit: das erweiterte biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Integrative Therapie*, 33(4): 497-520

<sup>28</sup> Raavendran A V et al (2021). Long COVID. An overview. *Elsevier*

<sup>29</sup> Evans R A et al (2021). Physical, cognitive and mental health impacts of COVID-19 after hospitalisation (PHOSP-COVID): a UK multicentre, prospective cohort study. *Lancet Respir Med* 2021; 9:1275-87

<sup>30</sup> Hannah E Davis et al (2021). Characterizing long COVID in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinicalMedicine* 38 (2021) 101019

<sup>31</sup> ME/CFS-Report Österreich 2021: <https://cfs-hilfe.at>

<sup>32</sup> Sabatè (2003). In *Psychosomatik* (2020): Egle, Heim, Strauß, von Känel. (Hrsg). Kohlhammer. S. 588.

ausbauen und weiter verfeinern kann – intramural wie extramural – um Chronifizierungen, Krankheitsverschlechterungen sowie Suizid vorzubeugen und zu helfen, Long-COVID-Patient:innen schneller wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern. Klinisch-psychologische Behandlung hilft, die Probleme an der Wurzel zu packen (z.B.: Depressionsbehandlung) und damit Kosten im Gesundheitssystem zu sparen. Dies bräuchte jedoch auch die verstärkte Einbindung klinischer Psycholog:innen sowie neue finanzielle Weichenstellungen.

## BILANZ GECKO

### **Kurzbilanz zu den ersten sechs Monaten von GECKO**

Die GECKO wurde Ende Dezember 2021 ins Leben gerufen, um die Bundesregierung in allen Fragen des Corona-Pandemiemanagements zu beraten und auf Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen und Evidenzen Fragen der Bundesregierung zu beantworten und Lösungsvorschläge zu erarbeiten.

Die derzeit 24 Mitglieder der Kommission, Vertreter:innen aus allen Kernbereichen des Pandemiemanagements unter der Leitung von Katharina Reich, BMSGPK, und Rudolf Striedinger, BMLV, haben mittlerweile in 18 Sitzungen über 380 Fragen der Bundesregierung zu den 11 Pandemie-Themenbereichen beantwortet. Die Ergebnisse der Kommission wurden in über 150 Report-Seiten verarbeitet, publiziert und kommuniziert. Die GECKO Leitung und ihre Mitglieder stehen auch regelmäßig den Medien für Fragen und neuesten Erkenntnissen zum Pandemie-Geschehen als kompetente Ansprechpartner zur Verfügung. Top-Themen dabei sind die Entwicklung der Infektions-Zahlen sowie die Entwicklung der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie.

Ziele der GECKO für den Herbst umfassen in erster Linie weiterhin die Beratung der Bundesregierung in allen Fragen der aktuellen COVID-19 Situation, der Impf-, Medikamenten- & Teststrategie, der operative Umsetzung sowie der Maßnahmenkommunikation, insbesondere der Impfkampagne zur breiten Information der Bevölkerung in enger Zusammenarbeit mit dem BMSGPK.

Die Mitarbeit der GECKO-Mitglieder erfolgt unentgeltlich, d.h. sämtliche bisherigen Executive Reports, die kompetente Fragenbeantwortungen, die laufenden Expert:innenkonsultationen etc. haben bisher keine Kosten verursacht.

Wien, am 25. Juli 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 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, Christoph Klein, Herwig Kollaritsch, Karlheinz Kopf, Markus Müller, Ulrike Mursch-Edlmayr, 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