

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

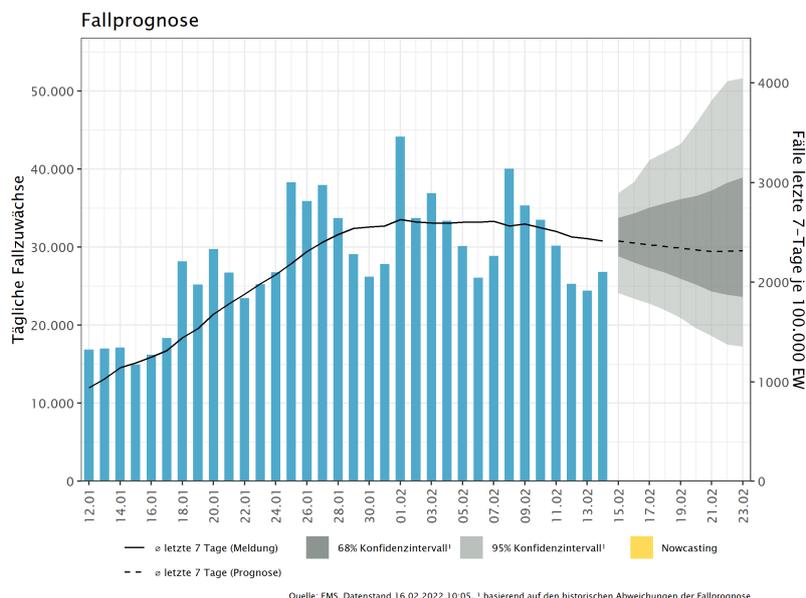
Ausgangslage

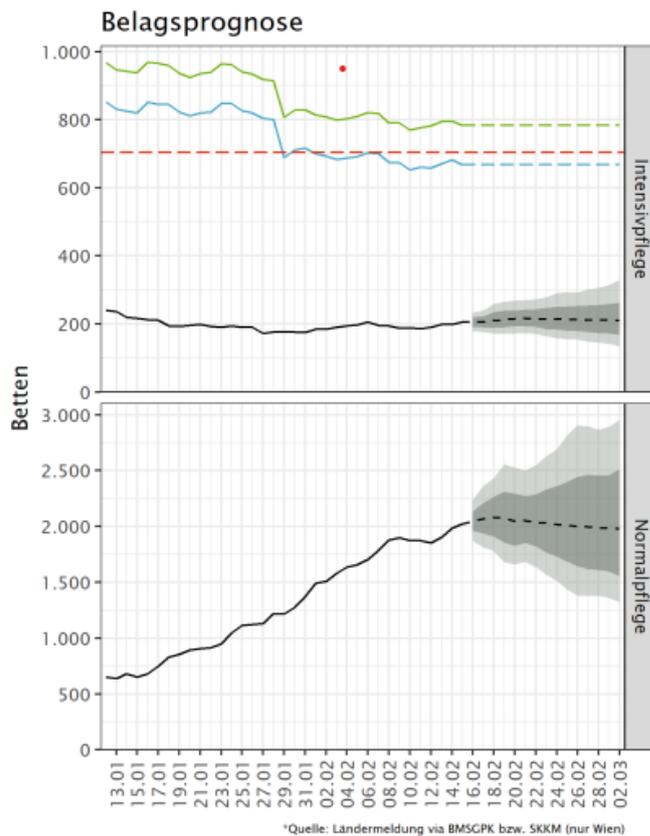
Die Bundesländer meldeten am 18.2. 2022 28.901 neue Fälle an das Gesundheits- und das Innenministerium.

2.057 Personen (+20) befinden sich aufgrund des Coronavirus in Spitalsbehandlung, 199 (+2) auf Intensivstationen.

Prognosen

Die Prognose geht weiterhin von einer vorübergehenden Plateau-Phase aus, welche sich aus einem Rückgang des Omikron Subtyps BA.1 und einem Anstieg des Subtyps BA.2 zusammensetzt. Es wird erwartet, dass BA.2 innerhalb der nächsten Woche dominant wird, was in einigen Bundesländern bereits wieder zu moderat steigenden Fallzahlen führt. Im Bereich der Belagsprognose wird ebenfalls von einer annähernd konstanten Entwicklung ausgegangen.





Übersicht unter: [https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-\(2019-nCov\)/COVID-Prognose-Konsortium.html](https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-(2019-nCov)/COVID-Prognose-Konsortium.html)

Aktuelle Themen der GECKO-Kommission

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

VIRUSVARIANTE OMIKRON

Internationale Entwicklung

Insgesamt wurden weltweit am 16.02.2022 2,53 Mio. COVID-19-Neuinfektionen gemeldet. International entfielen die meisten neu gemeldeten Fälle (in absoluten Zahlen) auf Deutschland (219.972), Frankreich (211.540) und Russland (177.823). Weitere europäische Länder mit hohen Fallzahlen sind neben den bereits genannten Ländern die Niederlande (63.871), Italien (59.869), Großbritannien (54.091) und Tschechien (47.849).

Aktuell verbreitet sich die Variante B.1.1.529 (Omikron) weltweit besonders stark. Laut ECDC war in der 5. Kalenderwoche die Omikron-Variante in allen EU/EEA Ländern (die ein entsprechendes Sequenzierungsvolumen aufweisen) dominant.

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

Trotz nach wie vor markanten Anstiegen der Inzidenz in vielen Ländern und dem Erreichen neuer Inzidenz-Höchstwerte, scheint in einigen Staaten der Peak der Infektionen erreicht bzw. bereits überschritten. Berichte zur Situation im stationären Spitalsbereich sind heterogen. Während vielerorts von Entspannung berichtet wird, ist die Lage in einigen Staaten angespannt, was teilweise auch den zunehmenden Personalausfällen geschuldet ist.

Einige Länder wie Irland, Dänemark, Norwegen, Schweden und Großbritannien setzten weitgehende Öffnungsschritte um. Es verbleiben hier nur mehr wenige grundlegende Hygiene- und/oder Schutzmaßnahmen bzw. dahingehende Empfehlungen. Andere Staaten, wie Tschechien, haben eine derartige Öffnung avisiert. In den meisten Staaten kam es zur Lockerung der Einreisebestimmungen.

Einhergehend mit der Zulassung des Impfstoffes für Kinder ab 5 Jahren gibt es flächendeckend Impfangebote für diese Altersgruppe. Einzige Ausnahme ist Schweden, wo beschlossen wurde, dass keine Impfung für 5 - 11- Jährige eingeführt wird.

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

Wie stellt sich die derzeitige Immunisierung in der Bevölkerung im Detail dar?

Knapp 70 % der Österreicher*innen dürften derzeit aufgrund ihrer Immunitätslage gegen Hospitalisierung auf Grund von COVID-19 geschützt sein und zwischen 15 % und 20 % einen gewissen Teilschutz haben, der nicht genau abgeschätzt werden kann. Darüber hinaus kann bzw. wird sich der Immunstatus mit zunehmendem Abstand nach Impfung/Erkrankung reduzieren, diese Zahl ist daher eine Momentaufnahme und nicht statisch.

Der Schutz resultiert aus über 3/4 Geimpften (77 %), 14 % die sowohl geimpft als auch genesen sind, und 9 % die genesen sind aber nicht geimpft. Von den Genesenen wurden mehr als 50 % innerhalb der letzten 7 Wochen also innerhalb der Omikron Welle infiziert. Von den geschützten Geimpften (und nicht genesenen) sind etwa 70 % mindestens dreifach geimpft, etwa 28 % sind doppelt geimpft. Von den geschützten Geboosterten (und nicht genesenen) haben fast die Hälfte (48 %) ihren letzten Stich vor 5 bis 8 Wochen erhalten. Bei knapp einem Drittel (30 %) ist die letzte Impfdosis vor 9 bis 12 Wochen erfolgt, bei ca 15 % ist vor 2 bis 4 Wochen.

Wie ist die Lage – insbesondere die Personalsituation – in den Krankenhäusern?

Die Lage ist zwar teilweise angespannt, aber nicht bedrohlich. Personalausfälle sind dabei das größte Problem. Die Ursachen für die Personalausfälle (Absonderungen, Betreuungspflichten wegen Absonderungen, verschiedene Erkrankungen etc.) werden derzeit erhoben.

Wie ist die Situation in den Pflegeheimen (Infektionen unter Bewohnerinnen und Bewohnern, COVID-bedingte Personalausfälle, generelle Personalsituation, Zugangs- bzw. Besuchsbeschränkungen, Neuaufnahmebeschränkungen)?

Seit Mitte Jänner sind deutliche Anstiege der Fallzahlen bei Personal bzw. Bewohnerinnen und Bewohner zu verzeichnen. Entsprechend angespannt ist zum Teil die Personalsituation, anzahlmäßige Besucherbeschränkung gibt es aktuell jedoch keine. Besucherinnen und Besucher brauchen einen 2G+ Nachweis, in begründeten Fällen gilt auch ein AG-Test. Aufnahmebeschränkungen sind keine bekannt.

Wie ist die Situation in kritischen Versorgungsbereichen?

Zwischenzeitlich kommt es zu personellen Engpässen in der chemischen Industrie und im Pharmabereich. Auch im Lebensmittel-Transportbereich ist die personelle Situation teilweise

angespannt. In Wien müssen aufgrund hoher Ausfälle des Personals aktuell Intervalle bei Straßenbahnen ausgedehnt werden.

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

Wie wird die Wirksamkeit der FFP-2-Masken bewertet?

Methodische Vorbemerkungen

Es liegen aktuell keine internationalen Studien vor, die explizit einen Vergleich der Settings von großen Zusammenkünften mit FFP2-Maskenpflicht und ohne FFP2-Maskenpflicht vergleichen. Eine Einschätzung der Wirksamkeit kann daher nur über eine kombinierte Abschätzung der bekannten Untersuchungen einerseits zu Großveranstaltungen und andererseits zur Maskenpflicht erfolgen.

Inhaltliche Bewertung

Epidemiologisches Risiko von Großveranstaltungen allgemein

Generell zeigen die verfügbaren Studien, dass das Verbot von (Groß-)Veranstaltungen das Ausbreitungsrisiko von SARS-Cov2 erheblich reduziert. Die in den Studien dokumentierten Wirksamkeiten werden im Mittel in einem Bereich einer zwischen 20 und 40 prozentigen Dämpfung auf die effektive Reproduktionszahl angegeben und stellen damit eine hochwirksame Maßnahme dar.

Wirksamkeit von Schutzmasken allgemein

Zwischenzeitlich existiert eine rezente Metaanalyse zu Wirksamkeit von Schutzmaßnahmen (vgl. Anlage 1 mit Verweis auf Talic et al. 2021), in welcher gezeigt wurde, dass das Tragen von Masken mit einer Reduktion der Transmission von COVID-19 um 53% (Risk Ratio: 0,47; 95%-KI: 0,29 bis 0,75; N = 6 Studien) einhergeht. Eine Differenzierung nach Typ der Schutzmaske bzw. Indoor- oder Outdoor-Setting wurde dabei nicht vorgenommen.

Wirksamkeit von Schutzmasken indoor

In einer rezenten Auswertung epidemiologischer Daten aus den USA von Andrejko et al. (2022) wurde festgestellt, dass Personen, die angaben, im öffentlichen Bereich in Innenräumen immer eine Maske zu tragen, ein geringeres Risiko hatten, sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren. Das Risiko war bei Personen, die angegeben hatten, N95 Masken zu tragen, um 83% reduziert und bei Personen mit chirurgischen Mund-Nasen-Schutz hatte sich eine Reduktion um 66% eingestellt.

Überlegungen aus ethischer Sicht

Das Tragen einer Maske ist ein besonders geringfügiger Grundrechtseingriff (gelindes Mittel), die Studien und Literatur zur Wirkung der Maske haben sich grundlegend seit Beginn der Pandemie erweitert und das Tragen einer Maske für signifikant nutzbringend und effektiv bewiesen. Da in der derzeitigen Situation immer Infektionen vermieden werden sollen, um sich selbst und andere vor allem vulnerable Menschen zu schützen, ist weiterhin in das Tragen einer FFP2 Maske zu fordern.

Zusammenfassende Einschätzung

Schutzmasken stellen ein wirksames Instrument zur Reduktion der Ausbreitung von SARS-Cov2 dar. Höherwertige Schutzmasken (wie FFP2/KN95 Masken o.ä.) stellen dabei einen höheren Schutz dar. Vor dem Hintergrund des erhöhten Ausbreitungsrisikos bei (Groß-)Veranstaltungen insbesondere in Innenräumen sowie unter Berücksichtigung der vergleichsweise geringen Einschränkung überwiegen die Vorteile der Maskenpflicht in Innenräumen.

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

IMPfung

Ab wann kann man sinnvollerweise von einem „ausreichenden Immunschutz“ sprechen?

Hier ist zu unterscheiden zwischen:

Immunschutz gegen mittelschwere und schwere Erkrankungen:

Ein guter Schutz gegen mittelschwere und schwere Erkrankungen ist mit den derzeit zur Verfügung stehenden Mitteln – also der Impfung – realisierbar und gleicht der derzeitigen Influenza-Bekämpfungsstrategie. Die Hauptsäule dieser Strategie ist die Schutzimpfung gegen COVID-19, die mit entsprechend adaptierten Impfstoffen vermutlich alljährlich vor Saisonbeginn angeboten werden muss. Alle Impfstoffe haben bisher gezeigt, dass vor allem durch das Bestehenbleiben der zellvermittelten Immunität, die wenig mutationsanfällig ist und länger anhält, der Schutz vor schweren Krankheitsverläufen auch beim Auftreten neuerer Varianten möglich ist. Wir nähern uns damit einem Zustand, den wir von der saisonalen Influenza bereits gut kennen, d.h. wir müssen jedes Jahr vor der „Saison“, sprich der kühlen Jahreszeit, bei Vorliegen entsprechender Virusaktivität gegen die jeweils zirkulierende Variante immunisieren. Die jetzt verwendeten Technologien geben uns aber gegenüber den sehr traditionellen Influenzaimpfstoffproduktionsmethoden den enormen Vorteil, recht kurzfristig und zielgenau (bei mock-up Impfstofflizenzen z.B. für mRNA-Impfstoffe) innerhalb von 2-3 Monaten variantenadaptierte Vakzinen zu produzieren.

Immunschutz gegen Infektion und damit auch gegen Weitergabe der Infektion:

Nach allen bisherigen wissenschaftlichen Ergebnissen schützt weder eine oder mehrere durchgemachte Infektionen noch einer der Impfstoffe auch nach mehrmaliger Verabreichung eine bestimmte, einzelne Person zuverlässig und langfristig gegen Infektion und Transmission des Virus. Die in Studien gezeigte Reduktion der Wahrscheinlichkeit einer Reinfektion für Impfkohorten ist zu Beginn relativ hoch und geht über den Zeitverlauf teilweise stark zurück. Dazu kommt, dass die einzelnen Varianten, die bisher aufgetreten sind, unterschiedliche Grade der Immunevasion zeigen und anzunehmen ist, dass die weitere Evolution des SARS-CoV-2 Virus darauf abzielen wird, sich bestehender Immunität aus welcher Quelle auch immer zu entziehen. Gut zu sehen war das am Wechsel von Delta zu Omikron. Zu einer Reduktion der Transmission durch Immunschutz gegen Infektion kommt es bisher nur temporär innerhalb der einzelnen Wellen, z.B. in der Delta Welle, der danach wieder durch Zeit und Variantenwechsel verloren geht. Demnach erscheint es zum gegenwärtigen Zeitpunkt sehr unwahrscheinlich, dass eine transmissionsrelevante Immunität auf Dauer erzielbar ist und dass damit durch einen kollektiven Schutz es auch tatsächlich gelingen könnte, die Infektion zu eliminieren. Eine echte Eliminationsstrategie wäre hingegen nur bei Entwicklung von Impfstoffen möglich, die primär durch Antikörper gegen hochkonservierte Strukturen des SARS-CoV-2 Virus wirken und dieser Schutz dann auch für mehrere Jahre anhält.

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

Was sagt die Anzahl und die Art der Kontakte mit dem Virus (Impfung, Ansteckung) über den tatsächlichen Immunschutz aus im Hinblick auf die Gefahr einer Ansteckung, der Verbreitung oder der schweren Erkrankung?

Der Aufbau einer belastbaren Immunität vor schwerer Erkrankung ist nach bisheriger Erkenntnis von zwei Faktoren abhängig:

1. Auftreten neuer Varianten und damit verbundenen Immunevasionsmechanismen

Dies ist nicht prognostizierbar, zumindest aber in der Wahrscheinlichkeit teilweise abhängig von der Zahl der weltweiten Neuinfektionen. Je höher diese ist, desto wahrscheinlicher ist das Auftreten einer neuen Variante. Bei entsprechend hohem Grad an Immunevasion ist auch ein nahezu totaler Verlust bisher aufgebauter Immunitäten, ob durch Impfung oder durch Erkrankung, möglich. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Influenza, wo es im Falle eines ausgeprägten Antigen-shifts zum Auftreten immunologisch völlig anders gearteter Varianten kommen kann. Nur eine konsequente, weltweite und umfassende Variantensurveillance (wie sie z.B. derzeit bereits für COVID etabliert ist) kann hier die Daten bereitstellen, die eine rasche Reaktion auf sich neu etablierende Virusvarianten ermöglichen.

2. Immunitätsaufbau gegenüber vorherrschenden Varianten

Im Falle von SARS-CoV-2 scheint mit der Anzahl der Kontakte, sei es durch Impfung oder Genesung, die Immunitätslage sukzessive besser zu werden. Der Immunitätsaufbau folgt damit allgemein gültigen immunologischen Grundgesetzen, wobei die Zahl der „immunologischen Ereignisse“ relevant ist, nicht so sehr deren Natur. Damit ist gemeint, dass eine COVID-Infektion zum Immunitätsaufbau ähnlich beiträgt wie eine Teilimpfung, was auch jetzt schon in den Anwendungsempfehlungen für COVID-Impfungen des NIG zusammengefasst ist. Die Abstände dieser immunologischen Ereignisse sind ebenfalls relevant: während die ersten beiden Ereignisse im Abstand von wenigen Wochen zueinander ideal sind, sollte bis zum dritten Ereignis eine Mindestzeit von 4 Monaten verstreichen (Affinitätsreifung des B-Zell-Pools), um den gewünschten „Boostereffekt“ zu induzieren. Mit diesem Boostereffekt geht nicht nur eine Verbesserung des Schutzes einher, sondern auch eine Verlängerung der Dauer, wobei hier zwischen Antikörperantwort (eher kurzdauernd über wenigen Monate) und zellvermittelter Immunität (zumindest bis zu einem Jahr) zu unterscheiden ist. Numerisch sind es also wenigstens 3 immunologische Ereignisse, die zu einer guten Immunität vor schweren Erkrankungen führen.

Noch nicht klar ist, in welchem Abstand diese Immunität aufzufrischen ist. Hier werden die in der vorherigen Frage geschilderten Szenarien schlagend: Vor schweren Erkrankungen/Hospitalisierungen/Todesfällen wird eine regelmäßige, variantenadaptierte Impfung einmal jährlich vor Saisonbeginn als Auffrischung vorbestehender Immunität durch Impfung oder Erkrankung ausreichend sein, weil zumindest alle bisherigen Daten auf ein längerfristiges Bestehenbleiben der zellvermittelten Immunität schließen lassen. Auch legt die derzeitige Datenlage nahe, dass durch die zellvermittelte Immunreaktion eine ausgeprägte Kreuzimmunität auch gegen mutierte Stämme erhalten bleibt. Setzt man diese Auffrischung zeitlich klug an (Ende September, spätestens bis Mitte Oktober), erreicht man einen passageren Nebeneffekt: Für einige Wochen postvakzinal wird durch die besonders hohen Antikörperspiegel auch bei weniger empfindlichen Varianten vorübergehend auch ein partieller Transmissionsschutz und Infektionsschutz erreicht. Dieser Effekt könnte zumindest helfen, die Herbstwellen im November/Dezember deutlich stärker zu dämpfen. Im Jänner/Februar wird dieser Effekt nach gegenwärtigem Kenntnisstand kaum mehr wirksam sein.

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

Ist mit einer Zulassung einer Schutzimpfung für Kinder unter 5 Jahren zu rechnen?

Ja. Eine entsprechende Einreichung bereits abgeschlossener Studien bei der EMA ist in Vorbereitung bzw. erfolgt. Die FDA plant bereits eine Notfallzulassung (www.medscape.com/viewarticle/967791). Das genaue Datum einer Zulassung ist noch nicht bekannt. Für Kinder unter 5 Jahren wird es sowohl eine andere Dosierung (und damit andere Abfüllung) als auch ein anderes Impfschema geben.

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

LONG-COVID

Am 3. Februar fand ein ganztägiges Symposium des New York State Consortiums zum Thema Long Covid (inklusive neuester Forschungsergebnisse) statt <https://coronavirus.health.ny.gov/consortium-long-covid-february-3-2022>. Dabei wurden unter anderem potenzielle Mechanismen besprochen die unter Umständen zu Long COVID beitragen. Es gibt zudem vorläufige Hinweise darauf, dass eine Schädigung des Vagus Nervs den Symptomen von Long-COVID zugrunde liegen könnte. Dies Hinweise tragen zu einem besseren Verständnis der zugrundeliegenden Pathophysiologie von Long-COVID bei, die Datenlage ist derzeit allerdings noch nicht konklusiv.

Welche aktuellen Erkenntnisse gibt es zu Long-COVID und der Impfung?

Antonelli et al. (2022-01-01) berichteten in The Lancet Infectious Diseases, dass in einer Studie mit über einer Million Briten, die mit einem mobilen Health Tracker verfolgt wurden, das Risiko, nach einer Durchbruchinfektion Symptome zu haben die für über 28 Tage bestehen blieben in etwa halbiert war nach 2 Impfdosen. Diese Studie wurde allerdings vor der Omikron-Ära durchgeführt.

Kuodi et al. (2022-01-17) berichten aus Israel, dass Geimpfte ein ca. 50% niedrigeres Risiko haben, an Long Covid zu erkranken. Simon et al. (2021-11-18) aus den USA kommen zu einem ähnlichen Ergebnis, ein schwächerer Effekt wird von Taquet et al. berichtet.

Wie ist der aktuelle Stand zu Long-COVID im Sinne von Langzeitfolgen für das kardiovaskuläre System?

Xie et al. (2022-02-07) bewerten in Nature Medicine in einer landesweiten Kohorte von 153.760 Personen mit COVID-19 und zwei Gruppen von Kontrollpersonen (zeitgenössisch; historisch; jeweils >5 Mio. Menschen; unter Verwendung der elektronischen Gesundheitsdatenbanken des US Department

of Veterans Affairs) die 1-Jahres-Belastung mit einer Reihe von vorab spezifizierten kardiovaskulären Ergebnissen. Sie zeigen, dass Personen nach durchgemachter COVID-19 Infektion ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen in mehreren Kategorien haben, darunter zerebrovaskuläre Störungen, Herzrhythmusstörungen, ischämische und nicht-ischämische Herzerkrankungen, Perikarditis, Myokarditis, Herzinsuffizienz und thromboembolische Erkrankungen. Das Studiendesign ist gut kontrolliert (multivariable Anpassung für mehr als 100 wichtige Kovariablen wie z. B. Komorbiditäten) und die Studie nimmt auch Bezug auf die Impfung (Sensitivitätsanalysen, bei denen die Zählung zum Zeitpunkt der ersten Impfung erfolgte, ergaben ähnliche Ergebnisse, und Vergleiche mit der Zeit nach der Grippeimpfung ergaben nicht diese erhöhten Risiken). Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer Primärprävention von SARS-CoV-2. Anhand dieser Daten muss ein erwarteter Anstieg von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Gesundheitswesen antizipiert und vorbereitet werden.

Welche Studien gibt es zu Long-COVID bei Kindern?

Es gibt mittlerweile neue Erkenntnisse aus mehreren gut kontrollierten Studien, die in ihrer vorläufigen Gesamtheit auf ein geringes Risiko von Long-COVID bei Kindern hinweisen. Molteni et al. (UK) berichten, dass sich 97% aller Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren nach 4 Wochen komplett von Covid-19 erholt hatten. In der kleinen Gruppe von Kindern, die Symptome auch über die 4 Wochen hinaus hatten (meist Geruchsverlust oder Müdigkeit), erholten sich die meisten von ihnen nach 8 Wochen vollständig. In Summe wird geschlossen, dass ein verlängerter Erkrankungsverlauf bei Kindern zwar vorkommt, aber selten (4.4% hatten Symptome für mindestens 4 Wochen, und 1.8% für mindestens 8 Wochen) und jedenfalls niedriger ist als bei Erwachsenen ist (13.3% für mindestens 4 Wochen, sowie 4.5% für mindestens 8 Wochen).

Borch et al. führten in Dänemark eine nationale Kohortenstudie von 37,522 an COVID-19 erkrankten Kindern im Alter von 1 bis 17 Jahren, sowie Kontrollkinder im selben Alter, durch. Die Daten wurden vor März 2021 gesammelt, liegen also noch vor Delta Welle, und alle Kinder waren ungeimpft. Limitierungen dieser Studie sind, dass Komorbiditäten nicht in Betracht gezogen wurden und Symptome selbstberichtet und nicht verifiziert wurden. In Summe zeigt die Studie ein insbesondere bei kleinen, aber auch generell bei allen Kindern niedriges Risiko für Long-COVID.

Radtko et al. finden in einer kleinen Schweizer Studie vom ersten Lockdown (März 2020), dass seropositive Kinder weniger oft (2 %) als seronegative Kinder (4 %) über länger andauernde Symptome berichteten (1+ Symptome >12 Wochen lang). Auch diese Studie hat einige wichtige Limitationen (kleine

Fallzahl; falsch positiv/negative Seroprävalenz, das Fehlen des genauen Datums der erfolgten COVID-19 Infektion usw.).

Stephenson et al. berichten, dass bei 11 bis 17 Jahre alten Kindern, die COVID-19 positiv getestet wurden, nach 3 Monaten ein 1.53-fach (95 %CI, 1.35-1.70) erhöhtes Risiko für multiple (3 oder mehr) Symptome vorlag (29.6%) im Vergleich zu jenen in der Kontrollgruppe, die COVID-19 negativ getestet wurden (19.3%).

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

TESTEN

Besteht bei Einführung einer zielgerichteten Teststrategie (Testen von Verdachtsfällen und Kontaktpersonen, Freitesten, Testen vulnerabler Gruppen, ev. Schultestungen – Abwassermonitoring – Surveillance) die Gefahr, dass der Überblick über das Fallgeschehen verloren geht und/oder neu auftretende Virusvarianten nicht rechtzeitig erkannt werden könnten?

Obwohl Coronaviren nicht direkt mit Influenzaviren zu vergleichen sind, kann man doch auf langjährige nationale und internationale Erfahrungen von Seiten der Influenzasurveillance aufbauen: Bei der Influenza gilt es seit vielen Jahrzehnten, auch international, als ausreichend (und state of the art), über ein landesweites Sentinelsystem, also über stichprobenartig getestete Personen mit symptomatischen respiratorischen Infektionen, die Verbreitung des Virus zu beobachten. Aus diesen Proben werden stichprobenartige Sequenzierungen durchgeführt und die Daten werden international zeitnah ausgetauscht (Gisaïd, Nextstrain, Euroflu/ECDC, WHO European region). Das hat sich als ausreichend erwiesen, um die sich möglicherweise neu entwickelnden Viruspopulationen rasch zu erkennen und zu beobachten.

Aufgrund der Erfahrungen von Seiten der Influenzasurveillance ist also nicht anzunehmen, dass der Überblick über das Fallgeschehen verloren geht und/oder neu auftretende Virusvarianten nicht rechtzeitig erkannt werden könnten, wenn eine hochwertige qualitative Überwachung anstatt einer einzelfallbasierten quantitativen Datenerhebung angewandt wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die in der Frage erwähnte zielgerichtete Teststrategie offenbar ohnehin zusätzlich deutlich mehr Tests vorsehen als die übliche Influenzastrategie, insbesondere auch die vielversprechende Abwassersurveillance.

Bei diesen Ausführungen handelt es sich um eine rein wissenschaftliche Betrachtung, die die umfassenden Aspekte einer Teststrategie nicht abschließend berücksichtigt.

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

*Im Anhang befindet sich eine abweichende Stellungnahme von Herrn Mag. Wolfgang Müller (Stadt Wien)

KOMMUNIKATION

Wie kann eine effiziente öffentliche Kommunikation für Risikogruppen zur Anwendung der COVID-19 Arzneimittel gestaltet werden?

Die vom BMSGPK und der ÖPGK herausgegebenen Qualitätskriterien für gute Gesundheitskommunikation (<https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/11/15-qualitaetskriterien-der-guten-gesundheitsinformation-oesterreich.pdf>) sollten beachtet werden:

1. Identifizierung besonderer Informationsbedürfnisse
2. Systematische Recherche
3. Auswahl der Evidenz
4. Wahl und Darstellung von Ergebnissen (Endpunkte)
5. Wahl und Darstellung von Vergleichen
6. Umgang mit Zahlen und Risikoangaben
7. Berücksichtigung von Alters- und Geschlechterunterschieden
8. Anpassung an die Zielgruppe
9. Sachlich angemessene Darstellung
10. Bewertungen und Empfehlungen
11. Vorgehen bei der Erstellung von Entscheidungshilfen
12. Transparenz über Verantwortliche
13. Darlegung von Interessenkonflikten
14. Beschreibung der Formate und Inhalte
15. Aktualisierung der Inhalte

Darüber hinaus werden folgende Punkte für eine effiziente öffentliche Kommunikation für Risikogruppen zur Anwendung der COVID-19 Arzneimittel als unterstützend erachtet:

Bundeskanzleramt

- Eine transparente und für die Öffentlichkeit auffindbare Definition der Risikogruppe und der Einschlusskriterien für eine Therapie mit diesen Arzneimitteln.
- Linksammlung zu den Portalen der Bundesländer bezüglich des Weges zu einer Therapie mit diesen Arzneimitteln für die Patientinnen und Patienten.
- Eine Informationsoffensive gemeinsam mit der ÖÄK und anderen für niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner weiterhin betreiben und verstärken.
- Einbeziehung der Kommunikationsabteilungen der entsprechenden Pharmaunternehmen, wenn es um spezifische Informationen geht.

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

Folgende Fragestellungen werden von GECKO laufend bearbeitet:

DIAGNOSTIK & MONITORING

Expertinnen und Experten der GECKO beschäftigen sich derzeit mit Fragestellungen rundum die Zukunft der COVID-Diagnostik (Testung) sowie des Monitorings.

MEDIKAMENTE

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

Laufende Evaluierung des Maßnahmenregimes

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

Wien, am 18. Februar 2022

DIE GECKO-KOMMISSION

Die GECKO-Kommission besteht aus Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Disziplinen und wird von Dr. Katharina Reich (Chief Medical Officer im Gesundheitsministerium) und Generalmajor Rudolf Striedinger (Stv. Generalstabschef im Verteidigungsministerium) geleitet.

GECKO berät die Bundesregierung in Fragen der Bekämpfung der Corona-Pandemie. Die Beratung erstreckt sich insbesondere auf folgende Bereiche:

1. Bewertung der aktuellen Covid-19-Situation
2. Impf-, Medikamenten- und Teststrategie
3. Operative Umsetzung
4. Information der Bevölkerung

Die Kommission institutionalisiert und ermöglicht einen laufenden Informationsaustausch.

GECKO berichtet wöchentlich an die Bundesregierung, diese leitet auf Grundlage von GECKO-Empfehlungen politische Entscheidungen ab.

Die Kommission tritt in Form der als Executive Report auf der Website des Bundeskanzleramts veröffentlichten Beurteilungen nach außen hin auf. Darüber hinaus sprechen die beiden Vorsitzenden, sofern sie in ihrer Rolle als Vorsitzende der Kommission auftreten, für die Kommission in ihrer Gesamtheit.

Mitglieder der GECKO-Kommission:

Philipp Abbrederis, Andreas Bergthaler, Manfred Ditto, Christiane Druml, Gerry Foitik, Erich Hechtner, Christoph Klein, Herwig Kollaritsch, Karlheinz Kopf, Markus Müller, Ulrike Mursch-Edlmayr, Herwig Ostermann, Julia Partheymüller, Niki Popper, Elisabeth Puchhammer-Stöckl, Katharina Reich, Eva Schernhammer, Reinhard Schnakl, Volker Schörghofer, Thomas Starlinger, Karl Stöger, Rudolf Striedinger, Thomas Szekeres, Oswald Wagner

ANHANG

Stellungnahme von Mag. Wolfgang Müller (Stadt Wien) zur Frage zum Thema „Testen“:

Ich stimme dem im Entwurf vorliegenden Executive Report der Kommission zur gesamtstaatlichen COVID-Krisenkoordination (GECKO) nicht zu.

Sowohl die Fragestellung als auch die Antwort zum Thema Testen verzerren die tatsächliche Sachlage, indem sie die derzeit grassierende Pandemie auf ein Niveau der saisonalen Influenza reduzieren. SARS-CoV-2 ist auch in seiner aktuellen Ausprägung weder hinsichtlich der Infektiosität noch hinsichtlich der Pathogenität mit der saisonalen Grippe vergleichbar.

Es handelt sich bei der Corona-Epidemie um eine von der WHO zur Pandemie erklärte, weltweite Gesundheitsbedrohung und nicht um eine weitere „Grippe-Welle“. Tritt man der vertretenen dieser Auffassung bei, so bedeutet dies aus meiner Sicht, dass die gesetzlich und sonst getroffenen Maßnahmen bisher gänzlich falsch am Platze waren.

Argumente für breitflächiges Testen sind - Kurzfassung:

- Die Wissenschaft bestätigt die Wirksamkeit des breiten Testens.
- Wien setzt mit seiner Teststrategie die Vorgaben des Bundes um.
- Breites Testen ermöglicht frühzeitiges Erkennen von Mutationen und ihrer Verbreitung.
- Breites Testen ermöglicht frühzeitiges Erkennen von Infektionen und den rechtzeitigen Einsatz von Medikamenten für Personen mit Risikofaktoren.
- Hohe PCR-Testkapazität ermöglicht ein effektives Freitesten aus der Quarantäne, was besonders für den Wirtschaftsstandort relevant ist.
- Die Sicherheit für die Bevölkerung wird durch ausreichende Testmöglichkeiten vor dem Zusammentreffen mit anderen Menschen gewährleistet.
- Eine geringere Dunkelziffer ist ein wichtiger Beitrag für eine treffsichere Ausstellung von Genesungszertifikaten im Zusammenhang mit der Impfpflicht.
- „Flatten the curve“ als Ziel der Pandemiebekämpfung dürfte in Wien besser funktioniert haben als im Österreichschnitt.
- Dadurch konnten in Wien auch negative volkswirtschaftliche Effekte großen Ausmaßes vermieden werden (Krankenstände, Absonderungen, Long-Covid, Produktionsausfälle, usw.)

≡ Bundeskanzleramt

- In der derzeitigen Diskussion werden nur hohe Kosten der Tests angeführt ohne dass eine klare Abrechnung der Kosten für die verschiedenen Testprogramme und ihre Komponenten (inkl. Personal und Logistik) vorliegen. Fakt ist, dass ein PCR-Test in Wien deutlich günstiger ist als im Rest Österreichs und auch deutlich billiger als Antigen-Tests.

(HINWEIS: Diese Stellungnahme spiegelt nicht die Meinung der Kommission wieder, sondern ausschließlich jene des genannten Mitglieds.)