

Chance und Grenzen diagnostischer Tests im Management einer Pandemie

Lehren aus der Corona-Krise

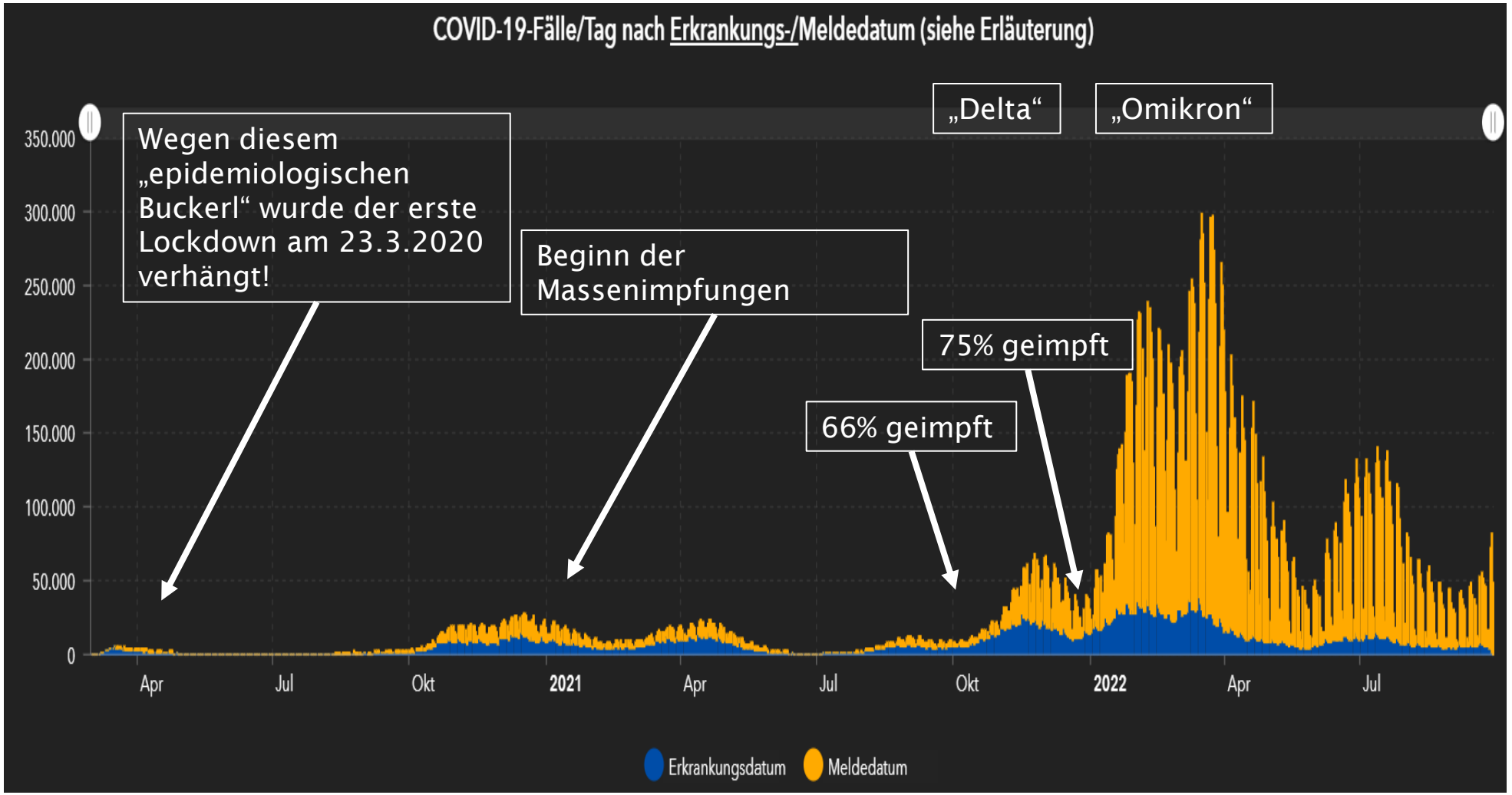
Prof. a.D. Dr. med. Andreas Sönnichsen

Interessenkonflikte und Klarstellung

- Ich bin selbständiger, niedergelassener Arzt für Innere und Allgemeinmedizin ohne Kassenvertrag in Salzburg/Österreich
- Ich bin Mitglied und Obmann der „wissenschaftlichen Initiative Gesundheit für Österreich“
- Ich bin Mitglied der Basisdemokratischen Partei Deutschland

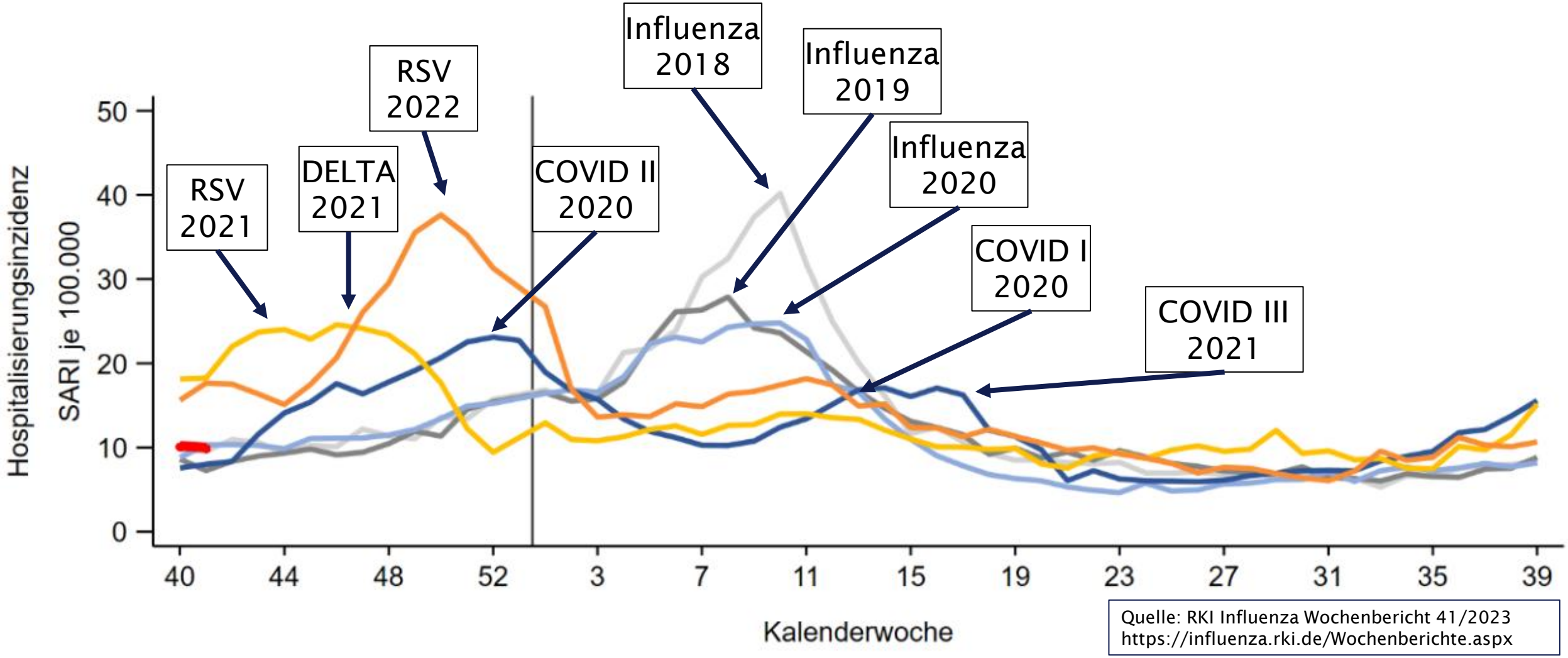
Meine Äußerungen in diesem Vortrag sind wissenschaftlich begründet, sind aber nicht mit irgendeiner der Organisationen, deren Mitglied ich bin, abgestimmt und stellen daher nicht unbedingt die Meinung dieser Organisationen dar.

Die Corona-Pandemie in Deutschland
Neue „Fälle“ (= positiver PCR-Test) pro Tag



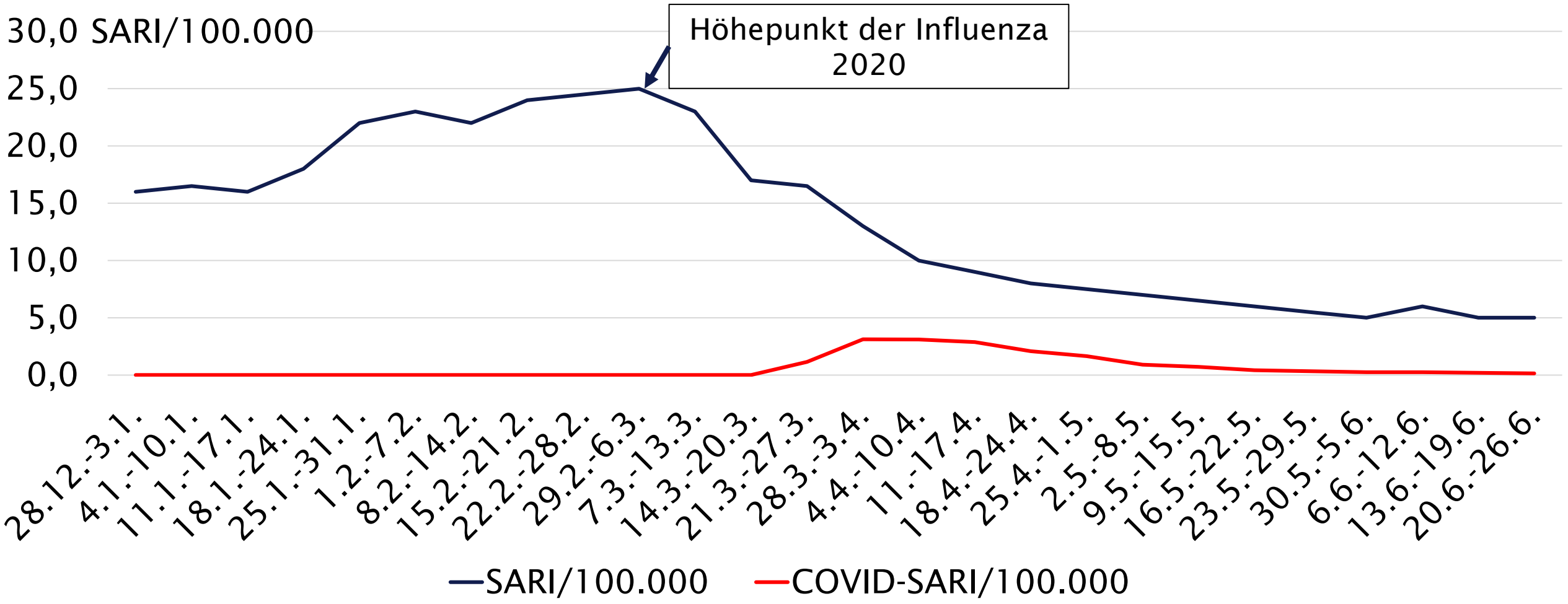
Quelle: RKI Corona-Dashboard

Hospitalisierte „Schwere Akute Respiratorische Infektionen“ (SARI) von 2017-2023 pro 100.000 Einwohner in Deutschland



Quelle: RKI Influenza Wochenbericht 41/2023
https://influenza.rki.de/Wochenberichte.aspx

Hospitalisierte „Schwere Akute Respiratorische Infektionen“ (SARI) von im ersten Halbjahr 2020



Quelle: RKI Influenza Wochenberichte 1-28/2020 - https://influenza.rki.de/Wochenberichte.aspx

Prinzipien medizinscher Diagnostik

	Krank	Gesund		
Test positiv	Richtig positiv	Falsch positiv Fehler 1. Art	Zeilensumme: Alle Testpositiven	Richtig positiv/alle: Positiver prädiktiver Werte
Test negativ	Falsch negativ Fehler 2. Art	Richtig negativ	Zeilensumme: Alle Testnegativen	Richtig negativ/alle: Negativer prädiktiver Wert
	Spaltensumme: Alle Kranken	Spaltensumme: Alle Gesunden	Summe aller vier Felder: Alle Untersuchten	
	Richtig positiv/alle: Sensitivität	Richtig negativ/alle: Spezifität		

Abhängigkeit der prädiktiven Werte von der Prävalenz der gesuchten Erkrankung

	Krank	Gesund		
Test positiv	9	99	Zeilensumme: 108	Richtig positiv/alle: Positiver prädiktiver Werte: **8,3%**
Test negativ	1	891	Zeilensumme: 892	Richtig negativ/alle: Negativer prädiktiver Wert: **99,99%**
	10	990	1000	
	Richtig positiv/alle: Sensitivität 90%	Richtig negativ/alle: Spezifität 90%		Prävalenz 1%

Abhängigkeit der prädiktiven Werte von der Prävalenz der gesuchten Erkrankung

	Krank	Gesund		
Test positiv	90	90	Zeilensumme: 180	Richtig positiv/alle: Positiver prädiktiver Werte: **50%**
Test negativ	10	810	Zeilensumme: 820	Richtig negativ/alle: Negativer prädiktiver Wert: **98,8%**
	100	900	1000	
	Richtig positiv/alle: Sensitivität 90%	Richtig negativ/alle: Spezifität 90%		Prävalenz 10%

Abhängigkeit der prädiktiven Werte von der Prävalenz der gesuchten Erkrankung

	Krank	Gesund		
Test positiv	450	50	Zeilensumme: 500	Richtig positiv/alle: Positiver prädiktiver Werte: **90%**
Test negativ	50	450	Zeilensumme: 500	Richtig negativ/alle: Negativer prädiktiver Wert: **90%**
	500	500	1000	
	Richtig positiv/alle: Sensitivität 90%	Richtig negativ/alle: Spezifität 90%		Prävalenz 50%

Prinzipien medizinscher Diagnostik

- Je höher die Prätestwahrscheinlichkeit (Prävalenz), desto aussagekräftiger ist der Test
- Durch exakte, ausführliche Anamnese und klinische Untersuchung wird die Prätestwahrscheinlichkeit erhöht
- Unspezifische Screeningtests sollten vermieden werden
- Wenn Screening, dann
  - gezielt
  - Konsequenzen vorher festlegen
  - mögliche schädliche Auswirkungen beachten
  - ehrliche Aufklärung über Nutzen und Risiken

Diagnostik in der Pandemie

HEALTHCARE & PHARMA MARCH 16, 2020 / 4:15 PM / UPDATED 3 YEARS AGO

'Test, test, test': WHO chief's coronavirus message to world

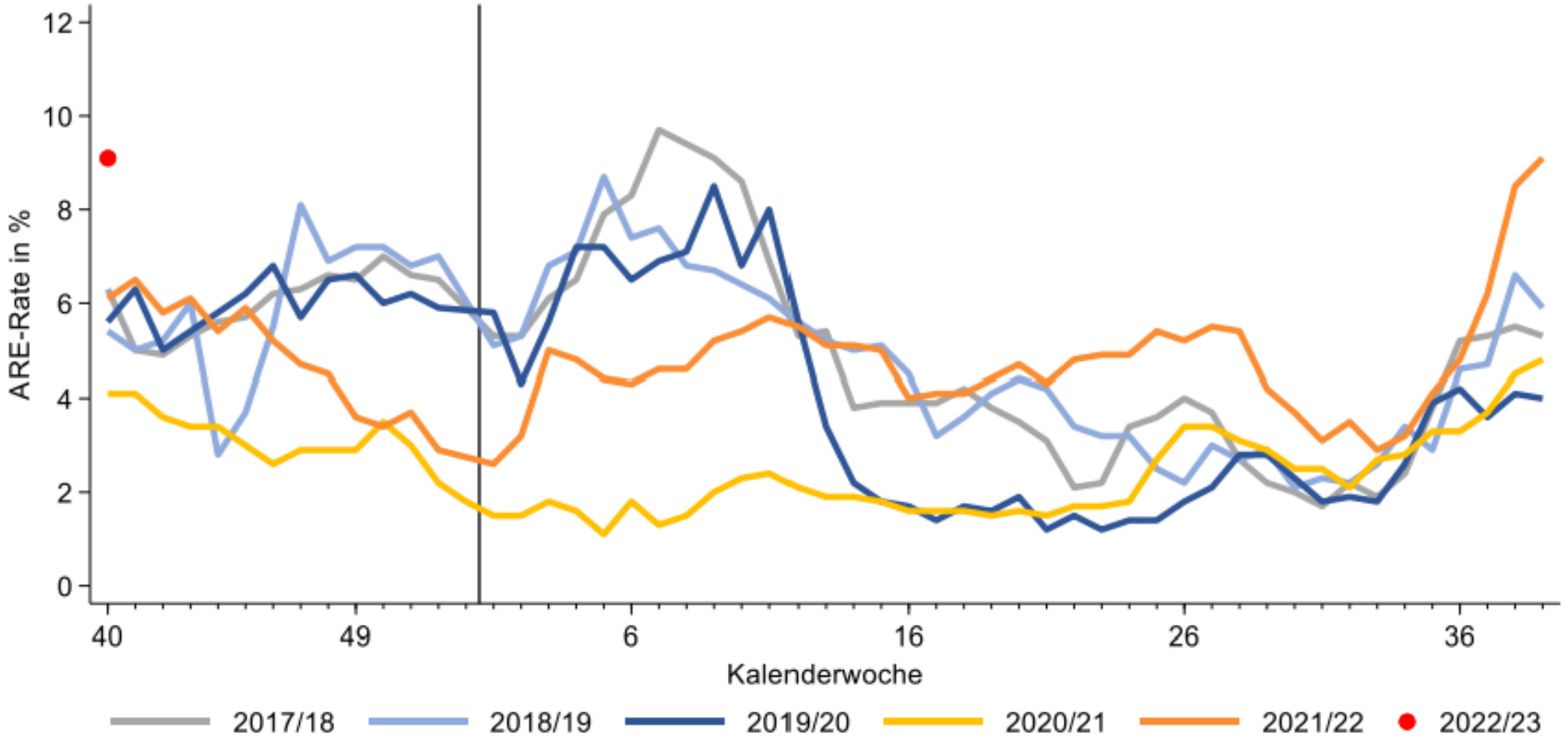
By Emma Farge, John Revill 3 MIN READ

LAUSANNE/ZURICH (Reuters) - The World Health Organization called on all countries on Monday to ramp up their testing programs as the best way to slow the advance of the coronavirus pandemic, and also urged companies to boost production of vital equipment to overcome acute shortages.

https://www.reuters.com/article/us-healthcare-coronavirus-who-idUSKBN2132S4

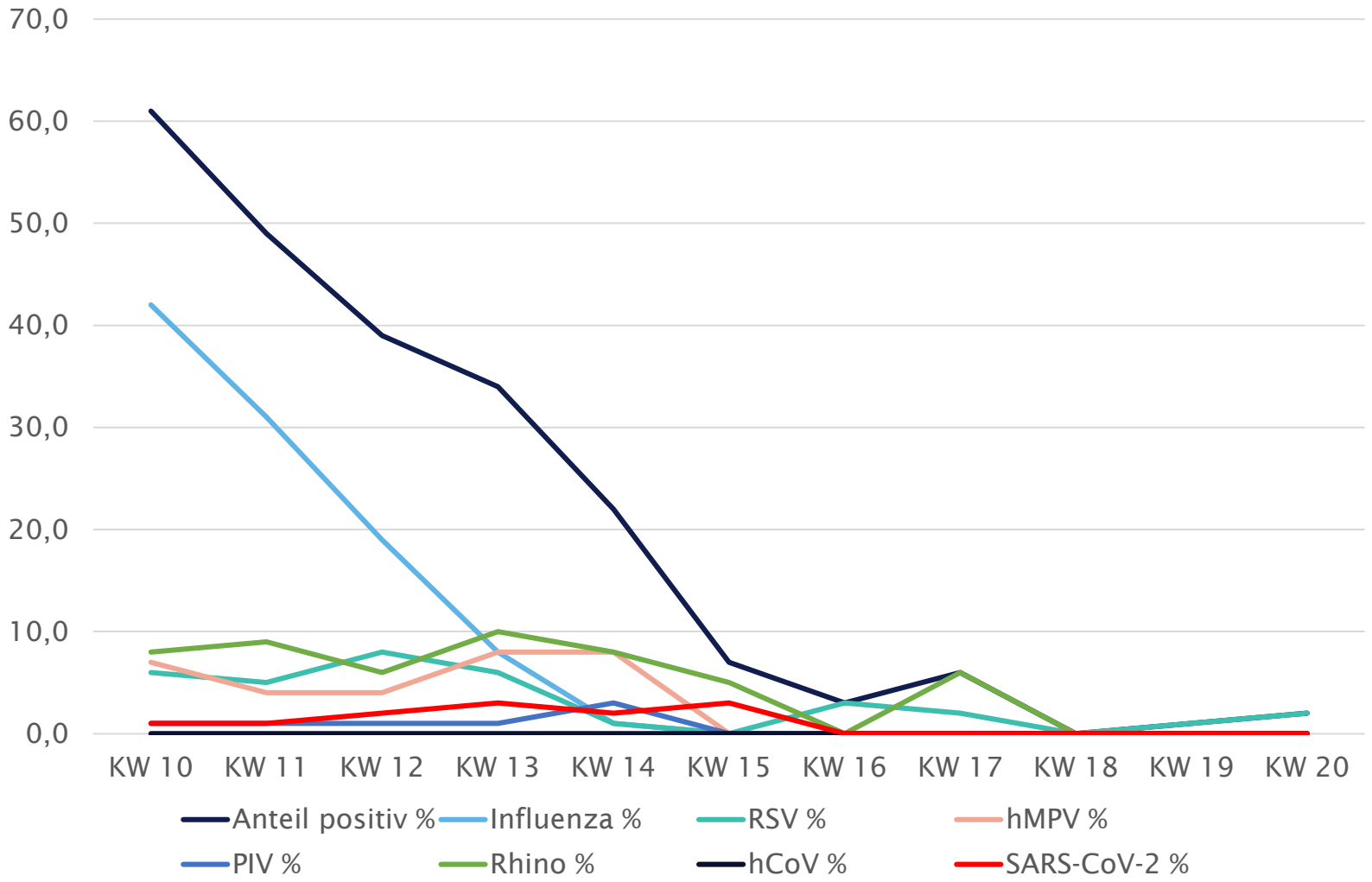
Können Massentests in einer Pandemie funktionieren?

SARS-CoV-2 Endemie:
Bevölkerungsanteil mit „Akuten Respiratorischen Erkrankungen“ (ARE) von 2017-2022



Quelle: RKI Influenza Wochenbericht 40/2022

SARS-CoV-2 Endemie: Anteil der verschiedenen Viren an ARE in % 2020



Quelle: RKI Influenza Wochenberichte 2020

Prävalenz von SARS-CoV-2 zum Höhepunkt der Coronawellen

1. Welle (KW 11/2020): Prävalenz ARE: 8%, davon SARS-CoV-2: 2%	Prävalenz SARS-CoV-2: 0,2%
2. Welle (KW 50/2020) Prävalenz ARE: 4%, davon SARS-CoV-2: 12%	Prävalenz SARS-CoV-2: 0,5%
3. Welle (KW 11/2021) Prävalenz ARE: 2%, davon SARS-CoV-2: 6%	Prävalenz SARS-CoV-2: 0,1%
4. Welle (Delta, KW 41/2021) Prävalenz ARE: 7%, davon SARS-CoV-2: 2%	Prävalenz SARS-CoV-2: 0,2%
5. Welle (Omikron, KW 11/2022) Prävalenz ARE: 6%, davon SARS-CoV-2: 31%	Prävalenz SARS-CoV-2: 1,9%

Quelle: RKI Influenza Wochenberichte 2020

Testen wir mal die ganze Bevölkerung.....

- 8% der Bevölkerung sind erkältet
- 2% der Erkälteten haben COVID
- Die Prävalenz von COVID in der Bevölkerung beträgt 0,2%
- Die Sensitivität des Antigentests beträgt etwa 41%*
- Die Spezifität des Antigentests beträgt etwa 96%*

	COVID	Kein COVID	
Antigentest +	1	40	41
Antigentest -	1	958	959
	2	998	1000

Der positive prädiktive Wert beträgt 2,4%
97,6% der Testpositiven sind falsch positiv!

*https://www.ages.at/ages/presse/news/detail/evaluierung-von-sars-cov-2-antigen-schnelltests-aus-anterioren-nasenabstrichen-im-vergleich-zu-pcr-an-gurgelloesungen-oder-nasopharyngealabstrichen

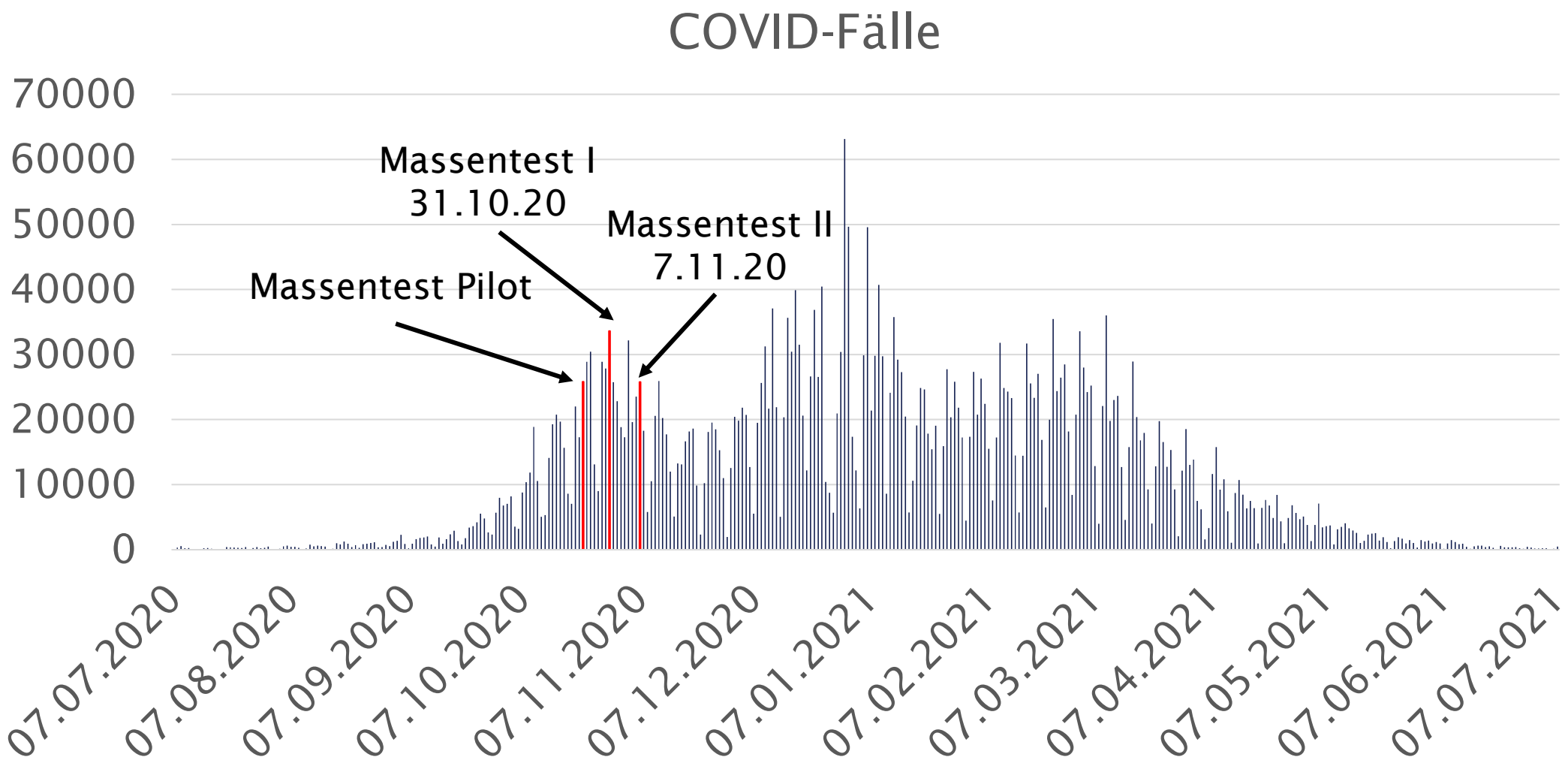
Testen wir lieber nur die Erkälteten.....

- 8% der Bevölkerung sind erkältet
- 2% der Erkälteten haben COVID
- Die Prävalenz von COVID unter den Erkälteten beträgt 2%
- Die Sensitivität des Antigentests beträgt etwa 41%
- Die Spezifität des Antigentests beträgt etwa 96%

	COVID	Kein COVID	
Antigentest +	8	39	47
Antigentest -	12	941	953
	20	980	1000

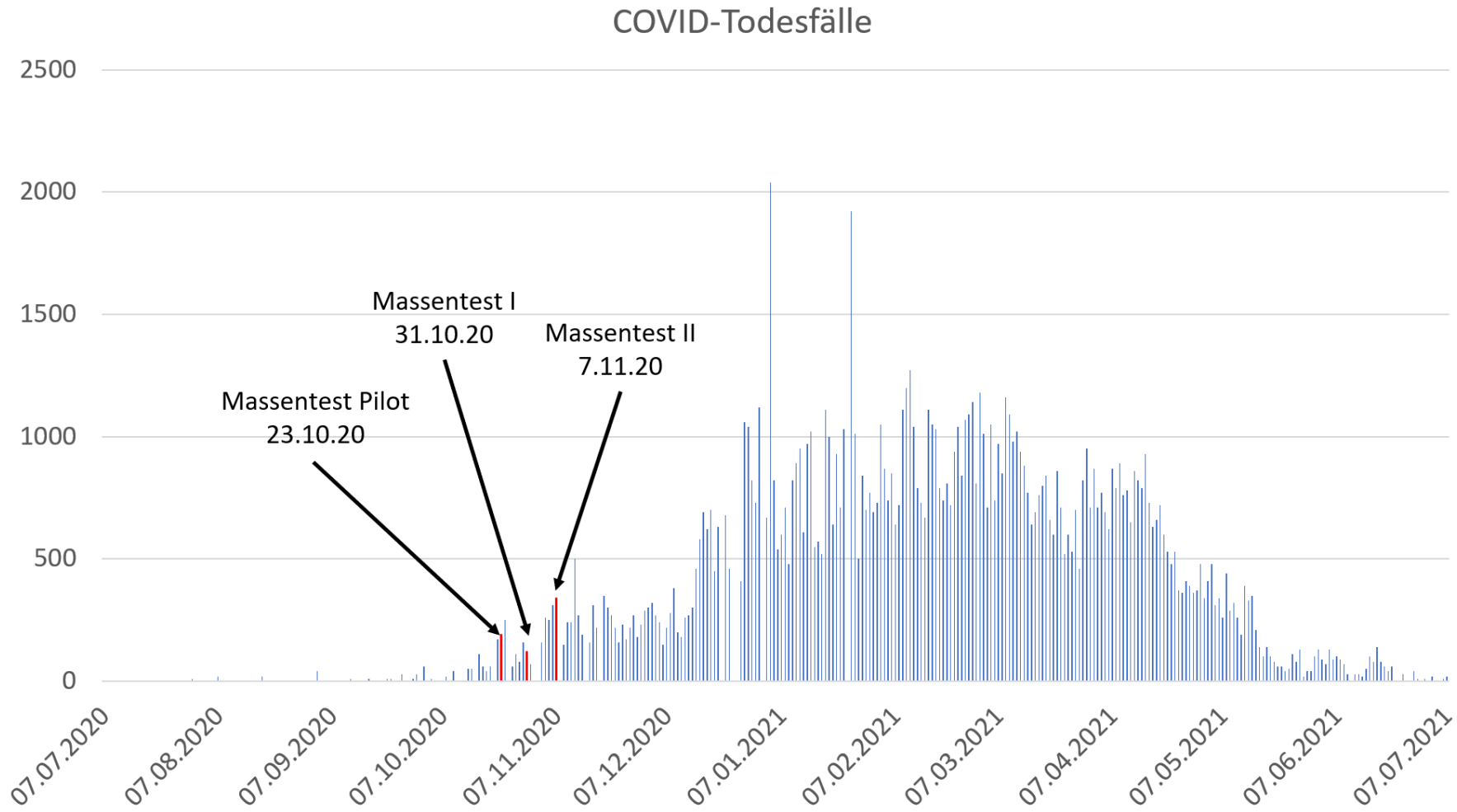
Der positive prädiktive Wert beträgt 17%
83% der Testpositiven sind falsch positiv!

Beispiel: Massentests in der Slowakei



Quelle: Our World in Data und https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8139426/pdf/372_635.pdf

Beispiel: Massentests in der Slowakei



Quelle: Our World in Data und https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8139426/pdf/372_635.pdf

Beispiel: Massentests in Österreich im Dezember 2020

- 2,1 Millionen Tests (23% der Bevölkerung)
- 6.475 Testpositive (Antigentest, 0,3%
- 70% durch PCR-Test bestätigt
- Mindestens 30% Falsch-Positive
- Kein Einfluss auf den epidemiologischen Verlauf

Testgüte des PCR-tests

Bei 26 Zyklen:*

- Sensitivität 98,8%
- Spezifität 98,1%

	Tatsächlich SARS-CoV-2 infiziert	Tatsächlich gesund	
PCR-Test ist positiv	19	190	Positiver Vorhersagewert: 19/209=9,1%
PCR-Test ist negativ	1	9.790	
	20 sind SARS-CoV-2 infiziert (Prävalenz 0,2%)	9.980 sind gesund	10.000 Untersuchte

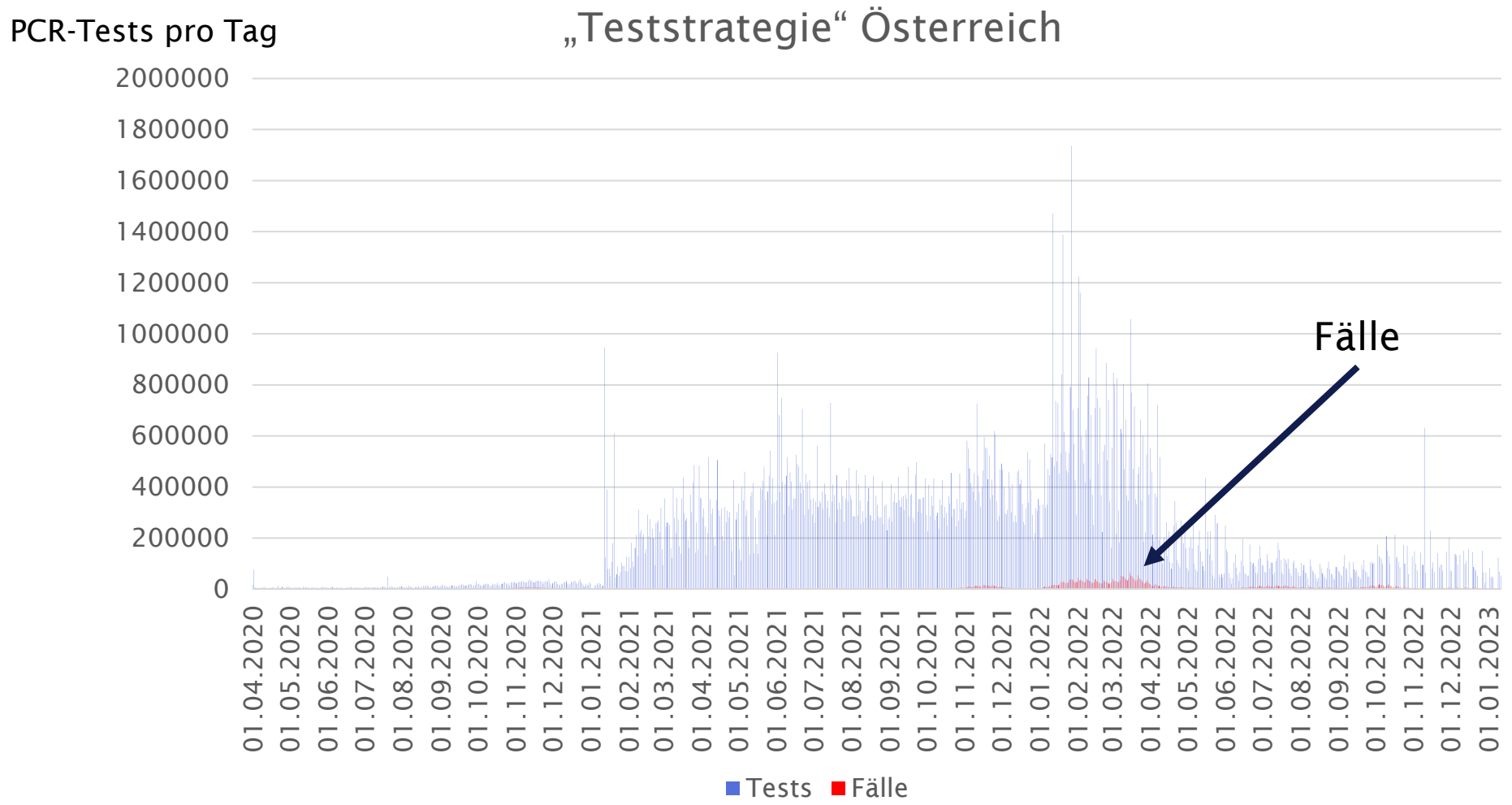
*https://www.instand-ev.de/System/rv-files/340%20DE%20SARS-CoV-2%20Genom%20April%202020%2020200502j.pdf

Fazit: Massentests mit schlechten Tests sind unsinnig

- Eine Prävalenz von 0,1-1,9% COVID in der Bevölkerung ist keine „gefährliche Pandemie“
- Die Massentests produzieren haufenweise falsch positive Befunde
- Wir hatten eine Pandemie der falsch Positiven, nicht der Kranken
- Es gibt nicht eine Spur von Evidenz, dass die Massentests einen Nutzen haben

Schaden die Massentests?

Ressourcenverschwendung: Österreichs „Test-Pandemie“



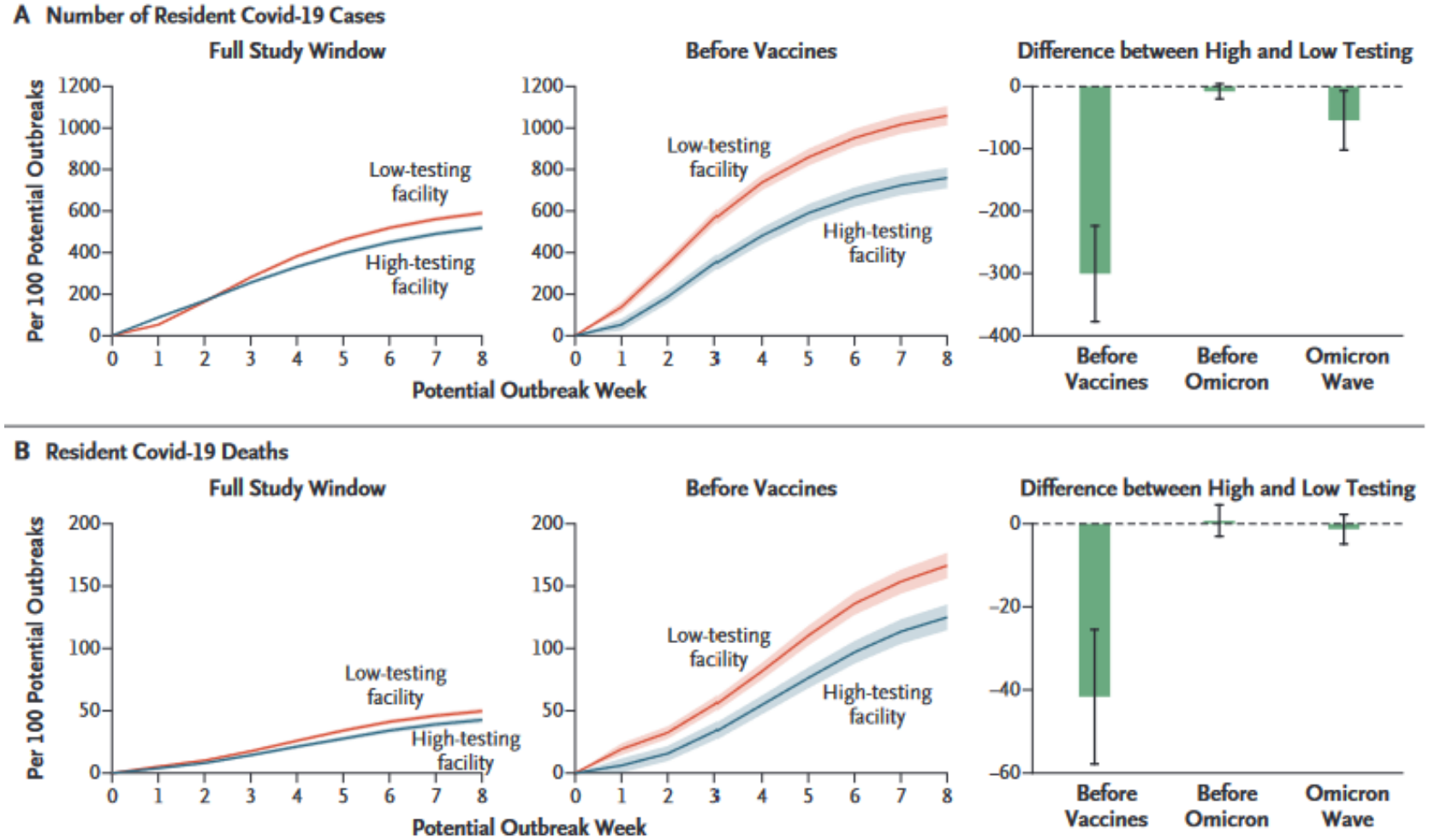
Stand 13.1.23: 207,7 Mio PCR-Tests, 5 Milliarden € Steuerverschwendung, 23 Tests/Bürger, 6,0 Mio testpositiv (2,9%)

Quellen: AGES Dashboard, Österreich, 6.4.2023

Potenzielle Schäden durch Überdiagnostik

- Stigmatisierung der Testpositiven
- Unnötige Quarantäne, Isolierung, Vereinsamung
- Massive „Produktion“ von Arbeitsunfähigkeit
- Tonnen von Plastik- und Chemiemüll
- Exposition gegenüber giftigen Chemikalien
- Angstmache durch vermeintlich steigende Fallzahlen
- Die Lüge von den COVID-Hospitalisierten und COVID-Toten

Mögliches Beispiel für sinnvolles Testen: Personaltesten in Pflegeheimen



McGarry et al. NEJM 2023 https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2210063?articleTools=true

Lernen für die Zukunft

- Gezielte Stichprobentests symptomatischer Personen zur Darstellung der epidemiologischen Situation (z.B. Sentinel-Praxen des RKI) - Seroprävalenzstudien und PCR-Test-Studien
- Seroprävalenzuntersuchungen im Verlauf
- Gezieltes Testen von vulnerablen Gruppen und Betreuern
- Testen von Besuchern und Personal vor Betreten von Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser, Pflegeheime)

Danke für die Bereitschaft zum Diskurs!



Prof. a.D. Dr. med. Andreas Sönnichsen
Facharzt für Innere Medizin, Salzburg
www.acsoe.de

14.10.2022

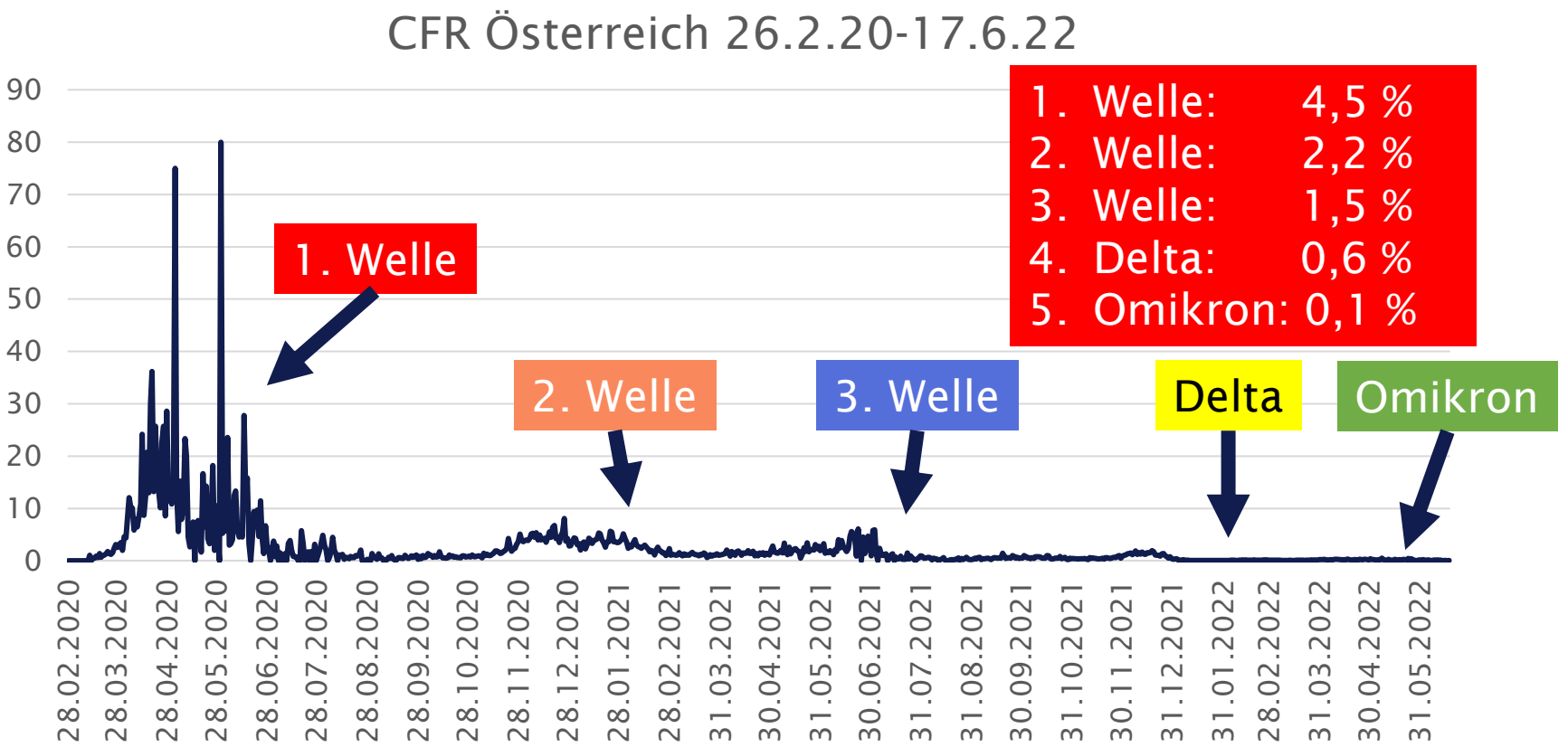
Fazit aus der Datenlage

- Im Moment sind etwa 10% der Bevölkerung erkältet (= 8 Mio)
- Bei jedem 10. ist SARS-CoV-2 nachweisbar (= 800.000)
- Bei einer Erkrankungsdauer von 5 Tagen und 50.000 Testpositiven pro Tag werden etwa 30% der Infizierten „entdeckt“
- Wir messen „Endemie“ ohne Konsequenzen

Bilanz der Corona-Krise

Ist COVID gefährlich und wenn ja, für wen?

Case Fatality Rate (Todesfallrate) im zeitlichen Verlauf



Quelle: Daten der AGES: Todesfälle/Fälle*100

An oder mit COVID verstorben?

Corona-Statistik der Stadt Halle/Saale (Sachsen-Anhalt)

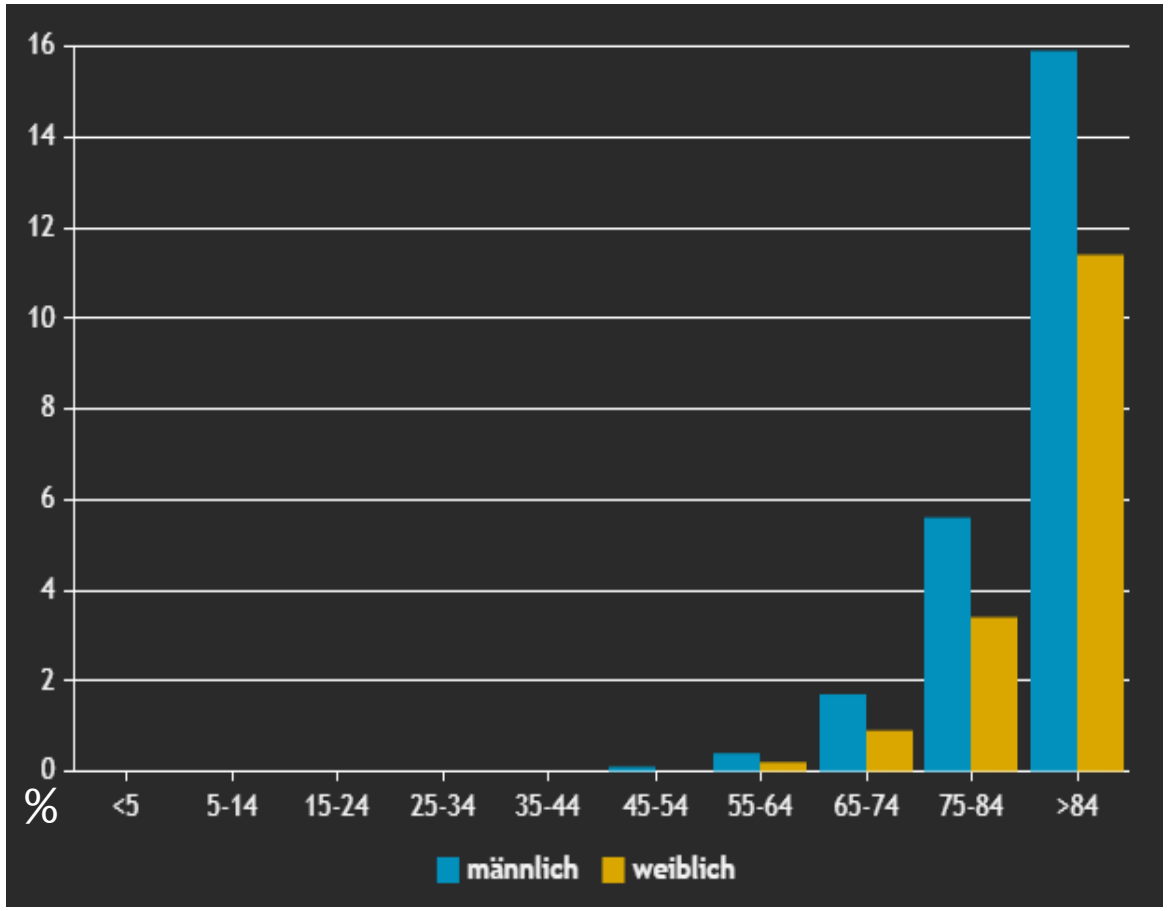
III. Gesamt Infektions- und Krankheitsgeschehen:

Infizierte gesamt	Genesene gesamt	Todesfäl…		Aktuell Infizierte
75.308 (+1…		…0) mit Corona: 320 (+/-0) an Corona: 251 (+/-0)	0,8 %	2.725 (-79)

Nur 44% der Verstorbenen sind an COVID gestorben, mit sinkender Tendenz (Mai bis September 22: 24%)

https://www.halle.de/de/Verwaltung/Presseportal/Nachrichten/?NewsId=48115

Todesfälle in % der Erkrankten (CFR in Altersgruppen)

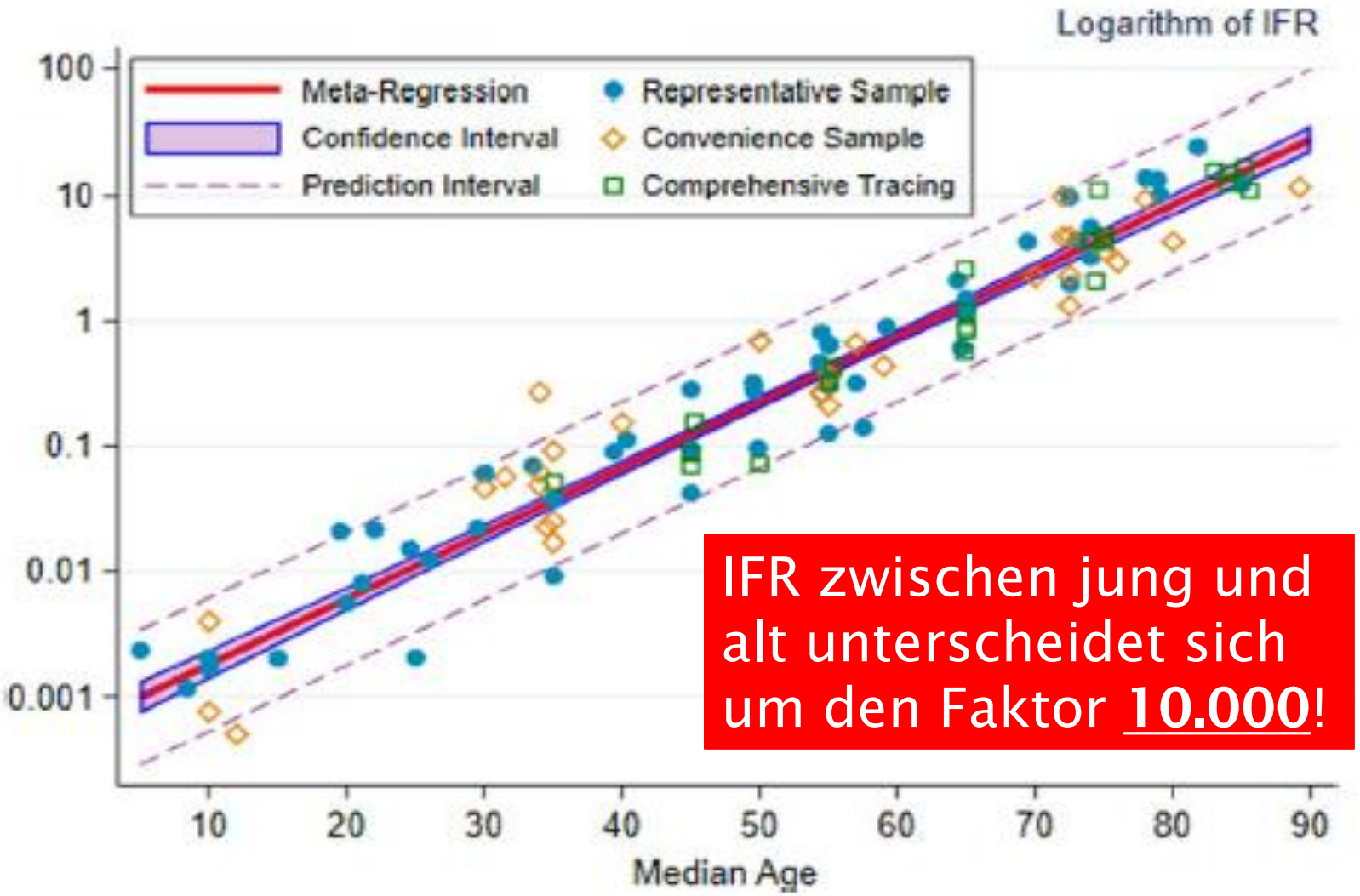


Alters-gruppe	Männlich %	Weiblich %
<5	0,0	0,0
5-14	0,0	0,0
15-24	0,0	0,0
25-34	0,0	0,0
35-44	0,0	0,0
45-54	0,1	0,0
55-64	0,4	0,2
65-74	1,7	0,8
75-84	5,6	3,4
>84	15,9	11,4

Durchschnittsalter der Corona-Toten: 83 Jahre

Quelle: AGES Dashboard (https://covid19-dashboard.ages.at/dashboard_Tod.html) Stand 17.06.2022

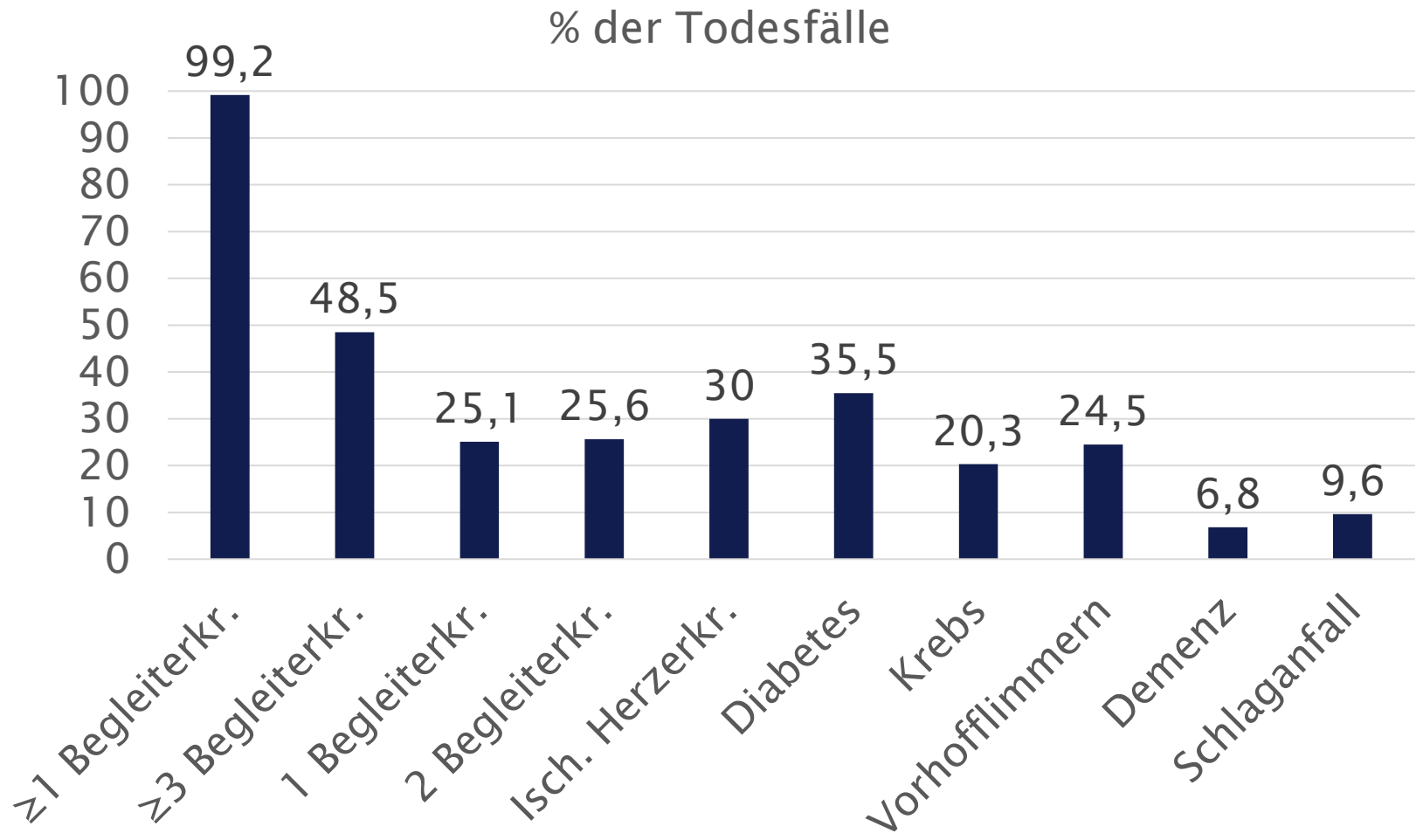
Altersabhängigkeit der Infektionssterblichkeit („Infection Fatality Rate“ [IFR])



IFR zwischen jung und alt unterscheidet sich um den Faktor **10.000**!

Quelle: Levin et al. European J Epidemiology (2020) 35:1123–1138

Begleiterkrankungen als Voraussetzung für COVID-Tod



Quelle: Onder et al, JAMA 2020, 323(18):1775

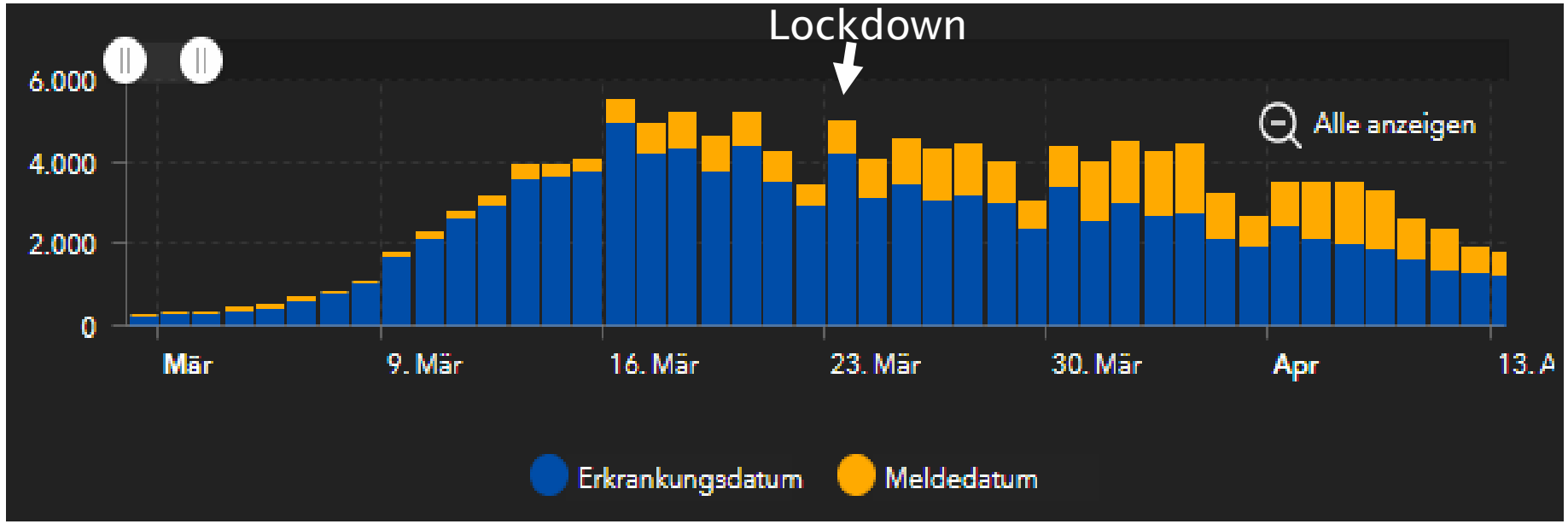
Fazit aus der Datenlage

- COVID ist für den größten Teil der Bevölkerung ungefährlich, jedenfalls nicht gefährlicher als Influenza
- Kinder sind durch COVID deutlich weniger gefährdet als durch Influenza
- Risikopersonen sind alte und kranke Menschen
- Für die meisten von uns gibt es keinen Grund für Angst vor COVID

Waren Lockdown und andere „NPI“ effektiv?

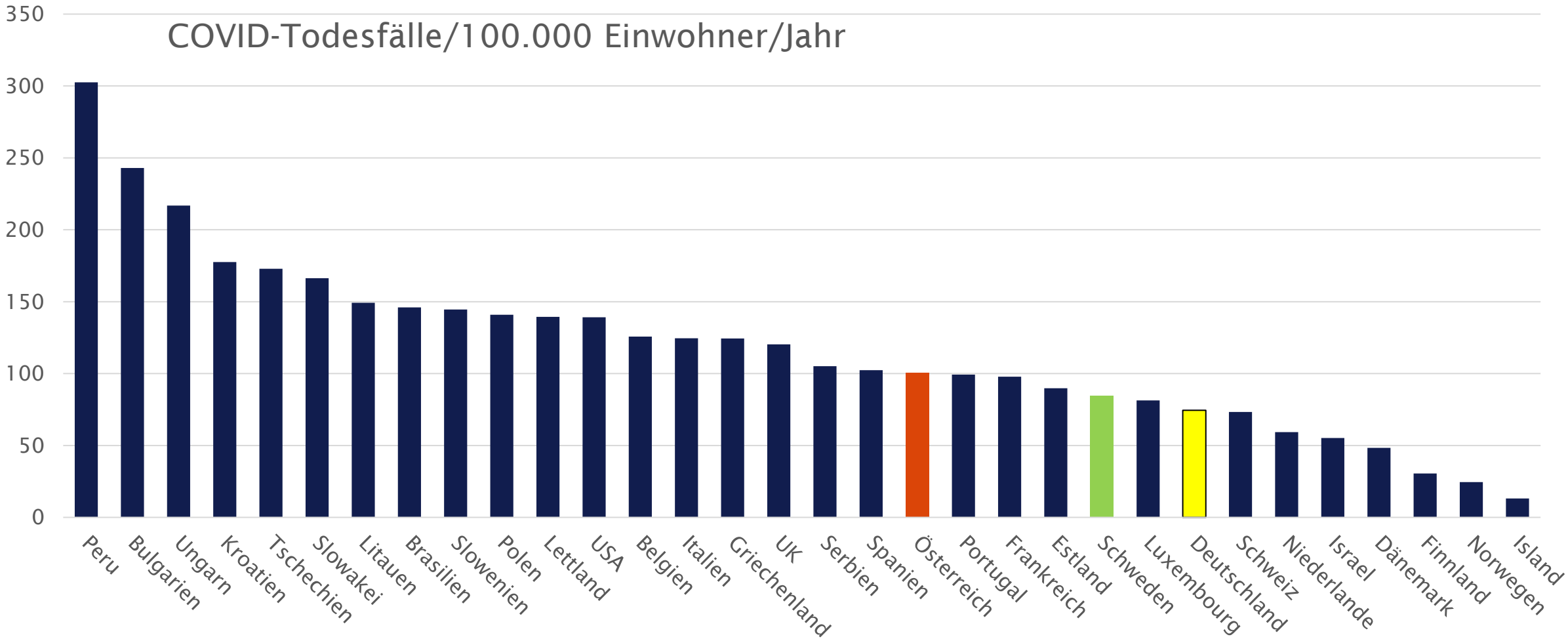
Kein Zusammenhang zwischen Lockdown und epidemiologischer Kurve

Deutschland



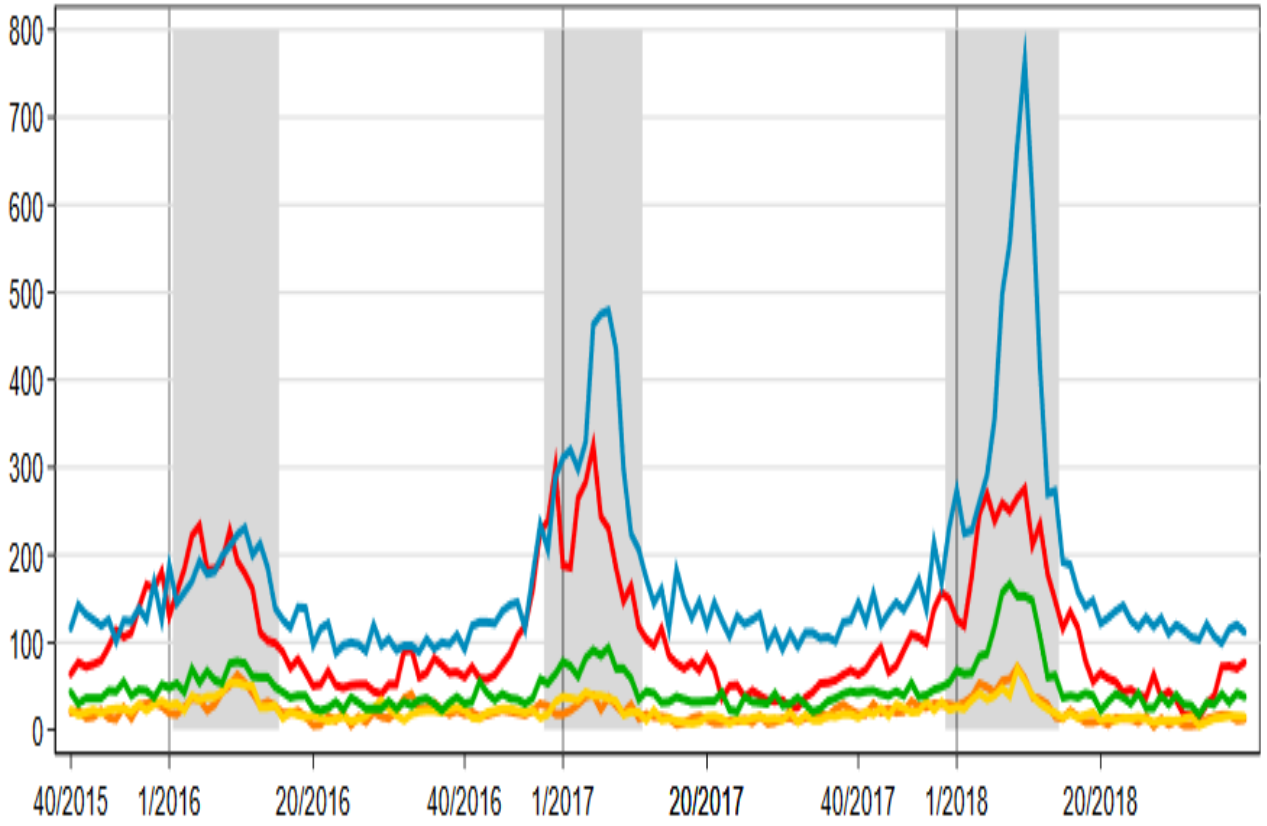
Quellen: RKI-Dashboard

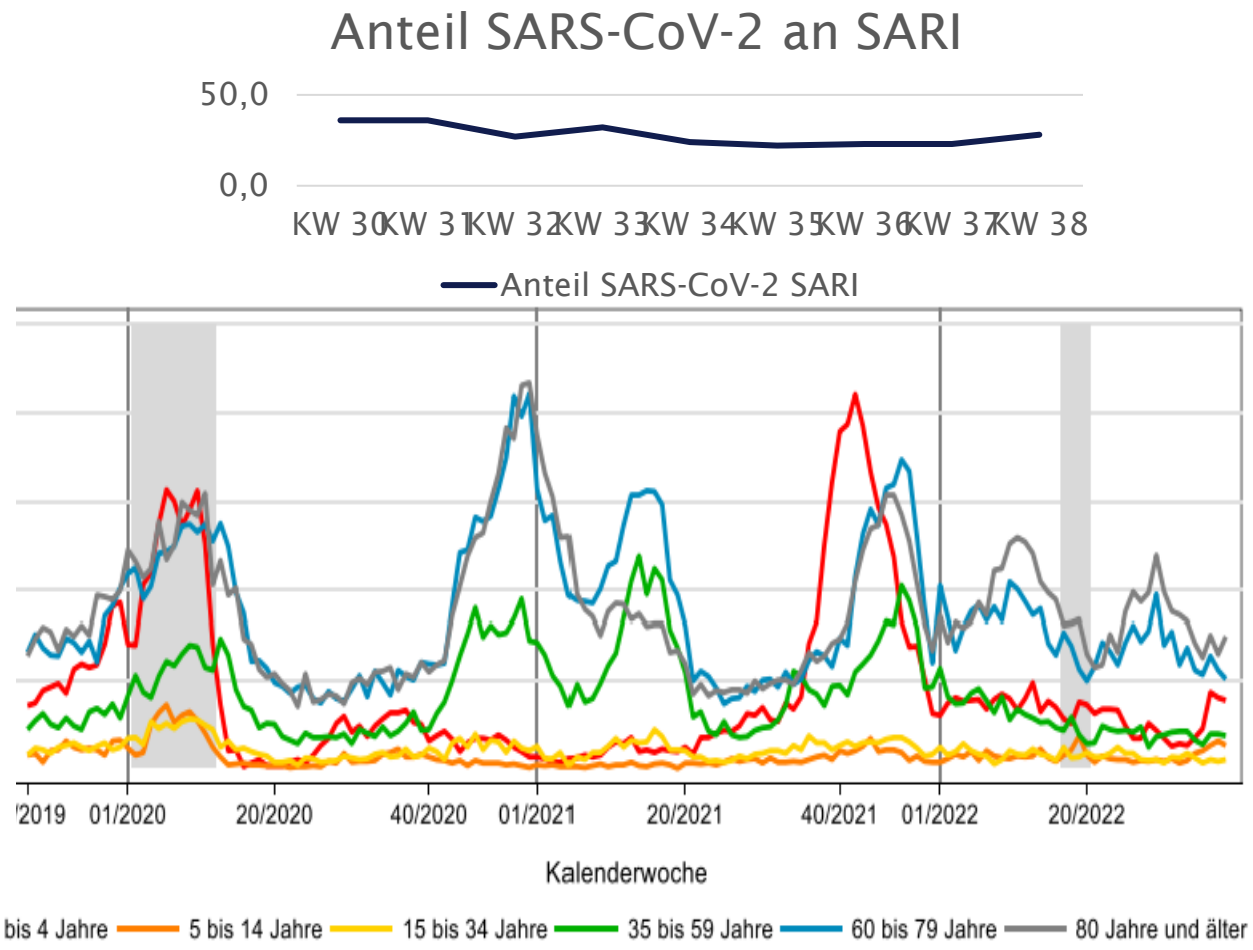
Große Diskrepanz der Todesraten zwischen den Ländern ohne erkennbaren Vorteil durch Lockdown



Quellen: Our World in Data, Stand 23.4.2022

Keine Zunahme, aber Verschiebung der Hospitalisierungen aufgrund von „Severe Acute Respiratory Infections“ (SARI)





Daten des RKI aus 72 Sentinelkliniken

Quelle: RKI Wochenberichte Influenza 39/2018, 1/22, 15/22, 38/22

Kein relevanter Lockdown-Effekt auf COVID-Sterblichkeit und Ausbreitung in Metaanalysen

Studie	Ergebnis
Herby et al, SAE No. 200, 2022	Abnahme der Sterblichkeit um 0,2%
Ioannidis et al, Eur J Clin Invest 2021;51:e13484	Kein Effekt auf Ausbreitung der Erkrankung
Kerpen et al, Nat Bur Econ Res, WP 29928	Kein Unterschied zwischen US-Staaten mit und ohne Lockdown

Fazit zur Effektivität der Maßnahmen

- Es gibt keine überzeugenden Daten, welche eine relevante Effektivität der Maßnahmen nachweisen.
- „Modellberechnungen“ basieren auf Annahmen, die nicht der Realität entsprechen.
- Dies wird durch ein Sachverständigengutachten des RKI vom 5.7.2022 bestätigt

Waren Lockdown und andere „NPI“ schädlich?

Staatsverschuldung auf Rekordhoch



Deutschland 2021: 72,5% des BIP

Schweden 2021: 37,3% des BIP

Österreich 2021: 82,8% des BIP

Negative Effekte von Lockdowns und NPIs

	Österreich/Deutschland	Welt
Kosten	70 Milliarden[1] / 1,4 Billionen	???
Arbeitslosigkeit	2019 7,4% 5,0% 2020 9,9% 5,9% 2021 8,0%[2] 5,7%	Massiver Verlust von Arbeitsplätzen in armen Ländern
Armut	Zunahme sozial Benachteiligter[3]	Massive Zunahme in armen Ländern
Körperliche Gesundheit	Zunahme Herzinfarkte, Schlaganfälle, Krebs[4]	Zunahme Hunger, Malaria, Tbc
Bildung	In Ö 152, in D 183 Tage Schulschließung (Schweden 31)	???
Arbeitsausfall - Quarantäne von Gesunden	In D über 100 Mio Arbeitstage[4]	???

[1] Prettner, WU Wien
[2] AMS
[3] BMSGPK, Armutsbetroffene u. Corona-Krise
[4] IAB-Forum (https://www.iab-forum.de/tag/corona-krise/)

Verlorene Lebensjahre durch Schulschließung in den USA (1.-6. Schuljahr) in der ersten Welle 2020

Verlorene Lebensjahre durch Schulschließung	Verlorene Lebensjahre durch COVID	Gewonnene Lebensjahre durch Lockdown	Verlorene Lebensjahre gesamt
13.8 Mio	1.5 Mio	2.9 Mio	10.9 Mio

Quelle: Christakis et al, JAMA Network Open 2020, 3(11):e2028786

Psychische Erkrankungen als Folge von Lockdown, Schulschließungen, Arbeitslosigkeit und Armut

- >50% der Jugendlichen berichten über depressive Symptome
- Deutlicher Zuwachs an depressiven Störungen in der gesamten Bevölkerung
- >30% berichten über reduzierte psychische Lebensqualität
- Nur 30% der Menschen mit psychischen Störungen werden behandelt

Quellen: Simon et al, BMC Public Health 2021;21:314; Braun et al, Mental Health Austria Projektbericht 2021

Verlorene Lebensjahre durch Armut und Arbeitslosigkeit

- Die Ärmsten der Bevölkerung (<60% des mittleren Einkommens) leben im Durchschnitt etwa 10 Jahre kürzer als die Reichsten (>150%)[1]
- Die Lebenserwartung ist in Regionen mit sehr hoher Arbeitslosigkeit um etwa 2,5 Jahre niedriger als in Regionen mit niedriger Arbeitslosigkeit[2]

Quellen: [1] Lampert, Kroll. Armut und gesundheit. RKI, GBE kompakt 5/2010
[2] Kroll, Müters, Lampert. Bundesgesundheitsbl. 2016;59:228

Fazit zum Schaden durch die Maßnahmen

- Die Schäden durch die Maßnahmen sind eklatant, aber es gibt kaum valide Studien, welche die Schäden quantitativ erfassen.
- Auch viele Studien zu Kollateralschäden der Maßnahmen beruhen auf Hochrechnungen und Annahmen.

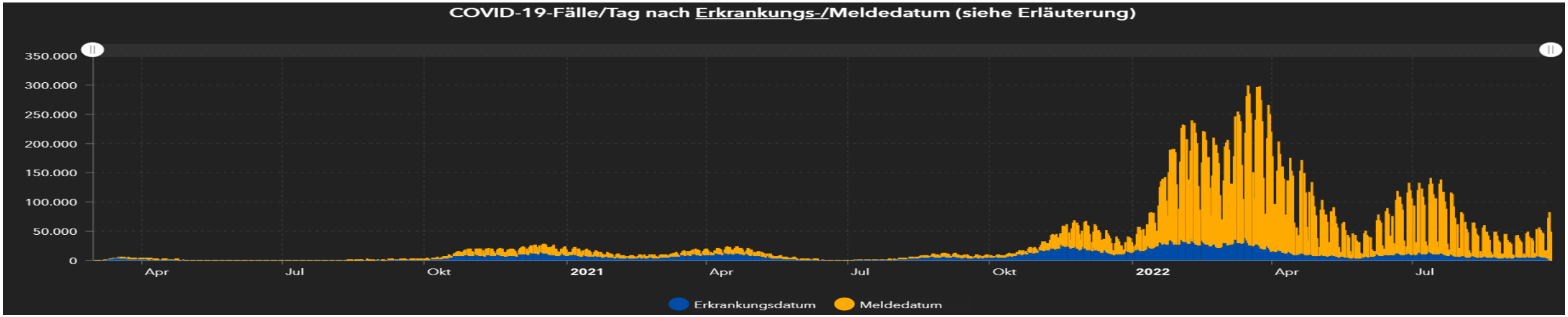
Bilanz der Corona-Krise

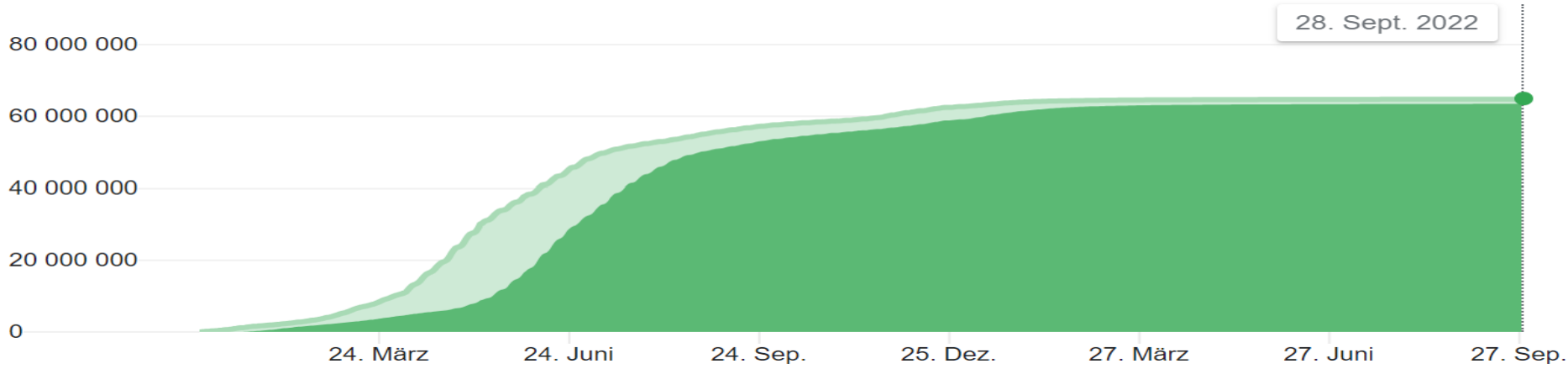
Ist die Impfung wirklich effektiv?

Ist die Impfung gegen COVID wirklich der „Game-Changer“?



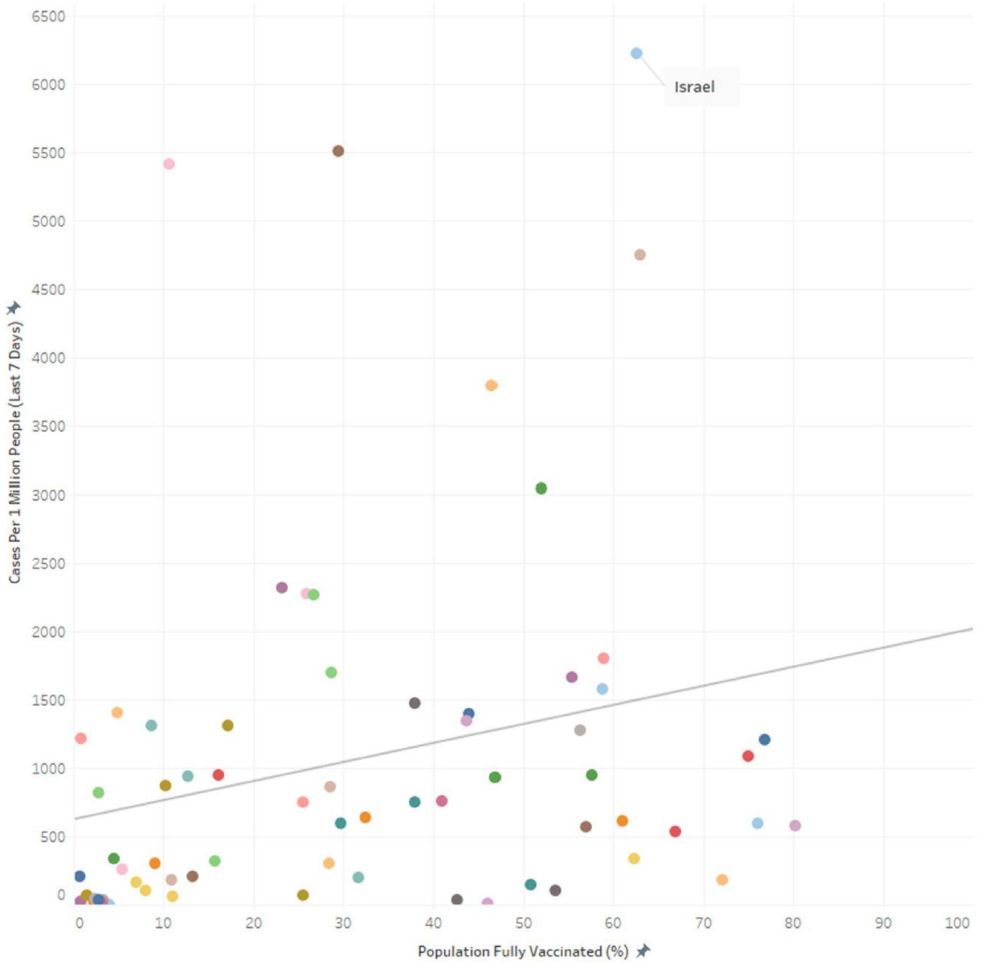
Kein zeitlicher Zusammenhang zwischen Impfquote und COVID-Fallzahlen





Quelle: RKI-Dashboard; Impfdashboard/Our World in Data 29.9.2022

Kein Zusammenhang zwischen Impfquote verschiedener Länder und COVID-Fallzahlen



Quelle: Subramanian et al, 2021, Eur J Epidem, doi.org/10.1007/s10654-021-00808-7

Kann das stimmen?

LEBEN SPORT

KLEINE ZEITUNG

GRAZ & UMGEBUNG

ZAHLEN AUS ÖSTERREICH

73,3 Prozent: Großteil auf den Intensivstationen ist ungeimpft

Eine Auswertung zeigt: Am 23. November hatten von 584 ICU-Patienten 428 keinen Impfschutz. Auch mehr als die Hälfte der Infizierten sind ungeimpft.



Wie Geimpfte zu Ungeimpften gemacht werden.....

- Keine einheitliche Definition von „geimpft“ und „ungeimpft“
- Keine österreichweite Statistik verfügbar – nur Einzelberichte oder unsystematische Datenerfassung
- Geimpfte zählen bis 14 Tage nach der 2. Impfung als „ungeimpft“
- Geimpfte zählen als „ungeimpft“, wenn ihr Impfstatus nicht feststellbar ist (z.B. kein Impfzertifikat vorliegt)
- Geimpfte zählen als „ungeimpft“, wenn ihr Impfzertifikat abgelaufen ist (>6 Monate alt ist)

Was sagen die Studien zu Effektivität und Sicherheit der Impfstoffe?

Zulassungsstudien am Beispiel der BNT162b2-Studien (Comirnaty/Pfizer/BioNTech)

Die BNT162b2 Zulassungsstudie

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine

Fernando P. Polack, M.D., Stephen J. Thomas, M.D., Nicholas Kitchin, M.D., Judith Absalon, M.D., Alejandra Gurtman, M.D., Stephen Lockhart, D.M., John L. Perez, M.D., Gonzalo Pérez Marc, M.D., Edson D. Moreira, M.D., Cristiano Zerbini, M.D., Ruth Bailey, B.Sc., Kena A. Swanson, Ph.D., Satrajit Roychoudhury, Ph.D., Kenneth Koury, Ph.D., Ping Li, Ph.D., Warren V. Kalina, Ph.D., David Cooper, Ph.D., Robert W. Frenck, Jr., M.D., Laura L. Hammitt, M.D., Özlem Türeci, M.D., Haylene Nell, M.D., Axel Schaefer, M.D., Serhat Ünal, M.D., Dina B. Tresnan, D.V.M., Ph.D., Susan Mather, M.D., Philip R. Dormitzer, M.D., Ph.D., Uğur Şahin, M.D., Kathrin U. Jansen, Ph.D., and William C. Gruber, M.D., for the C4591001 Clinical Trial Group*

Polack et al. NEJM 2020: DOI: 10.1056/NEJMoa2034577

Die BNT162b2 Zulassungsstudie
Kritik am primären Zielkriterium

Table 2. Vaccine Efficacy against Covid-19 at Least 7 days after the Second Dose.*

Efficacy End Point	BNT162b2		Placebo		Vaccine Efficacy, % (95% Credible Interval)‡	Posterior Probability (Vaccine Efficacy >30%)§
	No. of Cases	Surveillance Time (n)†	No. of Cases	Surveillance Time (n)†		
		(N=18,198)		(N=18,325)		
Covid-19 occurrence at least 7 days after the second dose in participants without evidence of infection	8	2.214 (1,7411)	162	2.222 (17,511)	95.0 (90.3–97.6)	>0.9999

- Primäres Zielkriterium ohne klinische Relevanz
- Durchschnittliche Beobachtungszeit: 6,6 Wochen
- Aussparung der Zeit zwischen 1. Impfung und 7 Tage nach 2. Impfung
- Nur PCR-Test positive symptomatische Erkrankungen wurden gezählt

Polack et al. NEJM 2020: DOI: 10.1056/NEJMoa2034577

Die BNT162b2 Zulassungsstudie
Zielkriterium: symptomatische Infektion

	BNT162b2 n=20566	Placebo n=20536	Relatives Risiko	Impfeffektivität
Klinischer Verdacht auf COVID-19	1594	1816	0,88 (0,83-0,94)	12%
Innerhalb von 7 Tagen nach der Impfung	409	287	1,44 (1,24-1,67)	Risiko durch Impfung um 44% erhöht!

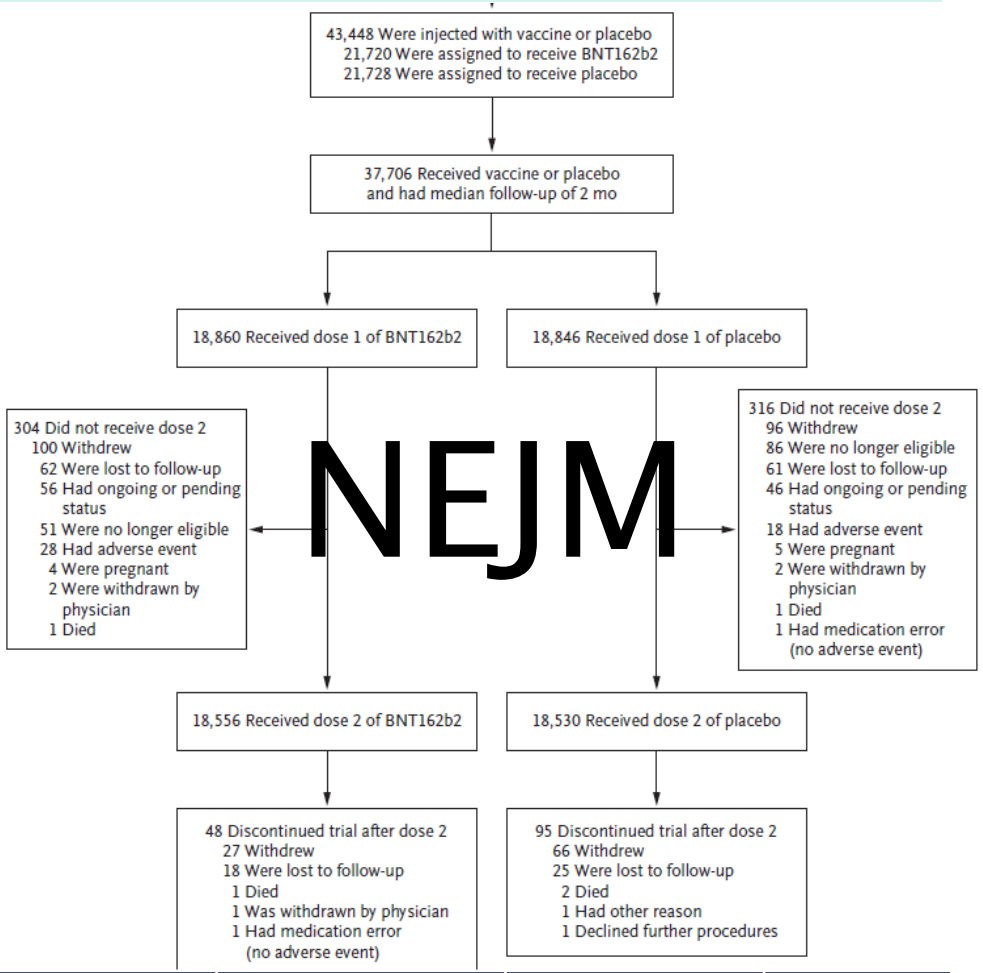
https://www.fda.gov/media/144245/download#page=42

Die BNT162b2 Zulassungsstudie
Intransparente Teilnehmerzahl

Table 2. Efficacy Populations, Treatment Groups as Randomized

	BNT162b2 (30 µg) n[a] (%)	Placebo n[a] (%)	Total n[a] (%)
Randomized[b]	21823 (100.0)	21828 (100.0)	43651 (100.0)
Dose 1 all-available efficacy population	21768 (99.7)	21783 (99.8)	43551 (99.8)
Participants without evidence of infection before Dose 1	20314 (93.1)	20296 (93.0)	40610 (93.0)
Participants excluded from Dose 1 all-available efficacy population	55 (0.3)	45 (0.2)	100 (0.2)
Reason for exclusion[c]			
Did not receive at least 1 vaccination	54 (0.2)	45 (0.2)	99 (0.2)
Did not provide informed consent	1 (0.0)	0	1 (0.0)
Dose 2 all-available efficacy population	20566 (94.2)	20536 (94.1)	41102 (94.2)
Participants without evidence of infection prior to 7 days after Dose 2	18701 (85.7)	18627 (85.3)	37328 (85.5)
Participants without evidence of infection prior to 14 days after Dose 2	18678 (85.6)	18563 (85.0)	37241 (85.3)
Participants excluded from Dose all-available efficacy population	1257 (5.8)	1292 (5.9)	2549 (5.8)
Reason for exclusion[c]			
Did not receive 2 vaccinations	1256 (5.8)	1292 (5.9)	2548 (5.8)
Did not provide informed consent	1 (0.0)	0	1 (0.0)
Evaluable efficacy (7 days) population	20033 (91.8)	20244 (92.7)	40277 (92.3)
Evaluable efficacy (14 days) population	20033 (91.8)	20243 (92.7)	40276 (92.3)
Participants excluded from evaluable efficacy (7 days) population	1790 (8.2)	1584 (7.3)	3374 (7.7)
Participants excluded from evaluable efficacy (14 days) population	1790 (8.2)	1585 (7.3)	3375 (7.7)
Reason for exclusion[c]			
Randomized but did not meet all eligibility criteria	36 (0.2)	26 (0.1)	62 (0.1)
Did not provide informed consent	1 (0.0)	0	1 (0.0)
Did not receive all vaccinations as randomized or did not receive Dose 2 within the predefined window (19-42 days after Dose 1)	1550 (7.1)	1561 (7.2)	3111 (7.1)
Had other important protocol deviations on or prior to 7 days after Dose 2	311 (1.4)	60 (0.3)	371 (0.8)

FDA



NEJM

Tatsächlich evaluiert	**20566**	**20536**		**18198**	**18325**	

Polack et al. NEJM 2020: DOI: 10.1056/NEJMoa2034577 und https://www.fda.gov/media/144245/download#page=42

Die BNT162b2 Zulassungsstudie
Zielkriterien: Hospitalisierung und Tod

	BNT162b2 n=18198	Placebo n=18325	Relatives Risiko	Impfeffektivität
Severe COVID between 1. and 2. dose	39	82	0,48 (0,33-0,70)	52%
Death	0	0	1,0	0%
Death after 6 months	15	14	1,08 (0,52-2,24)	Risiko durch Impfung 8% höher

- Wertung ab 7 Tage nach der zweiten Impfung
- Roh-Daten werden von Pfizer geheim gehalten
- Datenmanipulation in mindestens einem Studienzentrum aufgedeckt
- In der später publizierten 6-Monatsauswertung kein Vorteil der Impfung hinsichtlich Gesamtsterblichkeit
- Seither keine weiteren Auswertungen mehr publiziert

FDA Briefing document;
Polack et al. NEJM 2020: DOI: 10.1056/NEJMoa2034577
Thomas et al. NEJM 2021: DOI: 10.1056/NEJMoa2110345

Die BNT162b2 Zulassungsstudie
Interessenkonflikte

Supported by BioNTech and Pfizer.

Disclosure forms provided by the authors are available with the full text of this article at NEJM.org.

Pfizer was responsible for the design and conduct of the trial, data collection, data analysis, data interpretation, and the writing of the manuscript. BioNTech was the sponsor of the trial, manufactured the BNT162b2 clinical trial material, and contributed to the interpretation of the data and the writing of the manuscript. All the trial data were available to all the authors, who vouch for its accuracy and completeness and for adherence of the trial to the protocol, which is available with the full text of this article at NEJM.org. An independent data and safety monitoring board reviewed efficacy and unblinded safety data.

Fazit zur Effektivität der Impfstoffe

- Die Impfungen verhindern weder die Weitergabe der Infektion noch die Krankheit.
- Ob sie vor schweren Verläufen schützen ist unbekannt, weil die Studien zu viele methodische Fehler aufweisen.

Sind die Impfungen schädlich?

Nebenwirkungen der Impfungen

183 Mio Impfungen durchgeführt (Stand 30.6.2022)
63.4 Mio Personen mindestens einmal geimpft
323684 dem PEI gemeldete Impfnebenwirkungen (AE)
55000 schwere Nebenwirkungen (SAE)
3023 Todesfälle

5.1	AE/1000 Geimpfte
0.9	SAE/1000 Geimpfte
0.04	Todesfälle/1000 Geimpfte

Einer von 25000 Geimpften wird im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung versterben.

- **Die SAE-Rate ist etwa 60mal so hoch wie bei allen anderen Impfungen**
- **Die Todesfallrate ist etwa 20mal so hoch wie bei allen anderen Impfungen**

Quelle: PEI Sicherheitsbericht vom 30.6.2022

Propaganda für die COVID-Kinderimpfung



Corona-Impfaktion im Sommer für Jugendliche und Studierende

Salzburgs erklärtes Ziel ist es, mit so vielen vollständig Geimpften wie möglich in das neue Schuljahr und Semester zu starten. Im Sommer wird es daher eine Schwerpunktaktion für alle ab 12 Jahren geben.

Warum ist die Impfung für junge Menschen wichtig?

- Kinder und Jugendliche sind auch von der Pandemie betroffen. Es gibt bei den Kindern in Österreich mehr schwere Covid-Verläufe als FSME-Erkrankungen.

Familien gemeinsam impfen

Falls auch die Familienmitglieder der Jugendlichen eine Impfung wünschen, können in den Impfpraxen auch Eltern und Geschwister mitimmunisiert werden beziehungsweise eine gemeinsame Terminbuchung mit der Ordination vereinbaren.

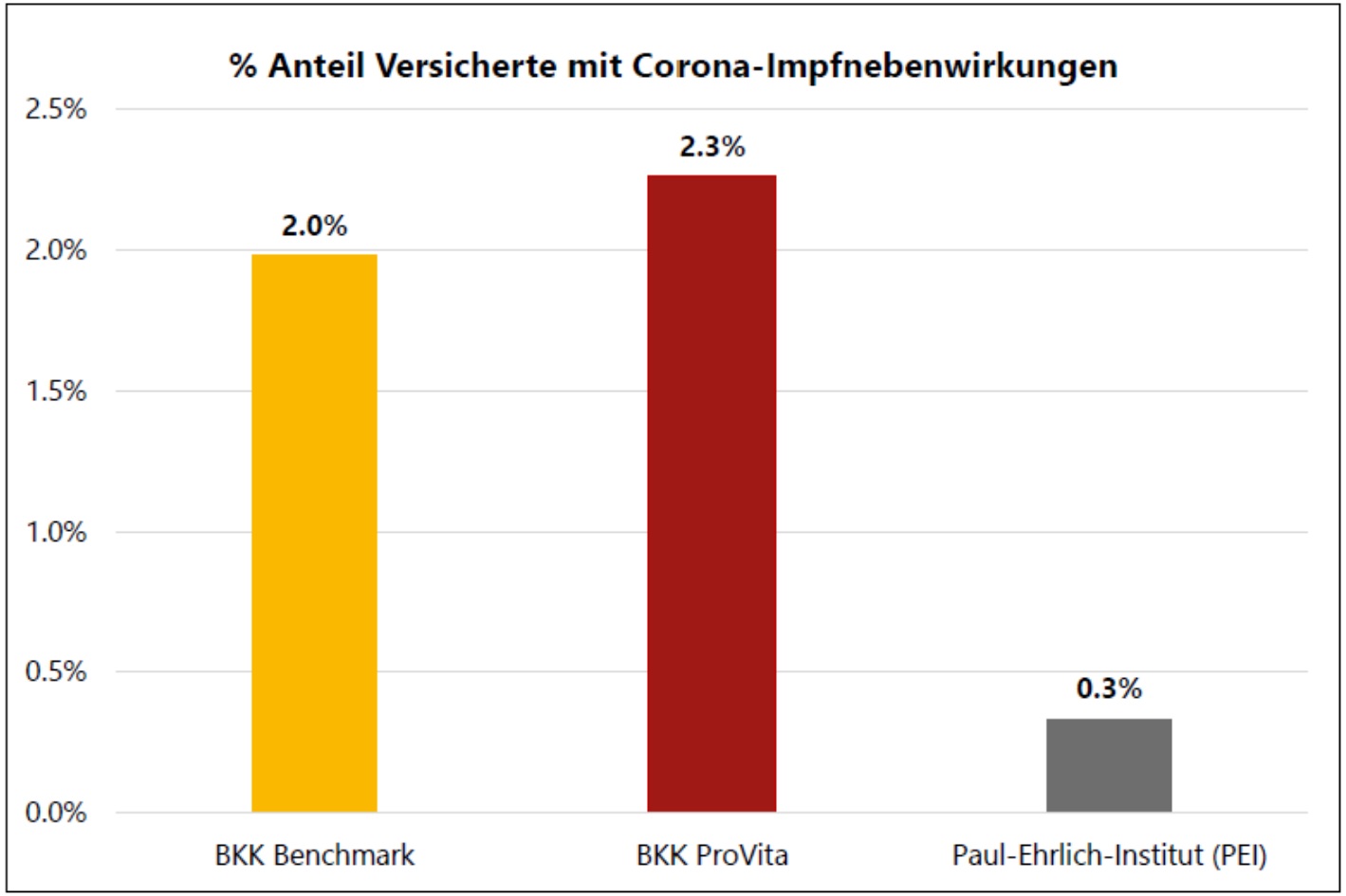
Landeshauptstadt
München
Gesundheitsreferat

Mehr Sicherheit für den Herbst und Winter

Die Corona-Impfung für Kinder und Erwachsene/Eltern



Nebenwirkungen der Impfungen laut BKK ProVita in Deutschland



Die Anzahl der Impfnebenwirkungen wird durch Underreporting mindestens um den Faktor 7-8 unterschätzt!

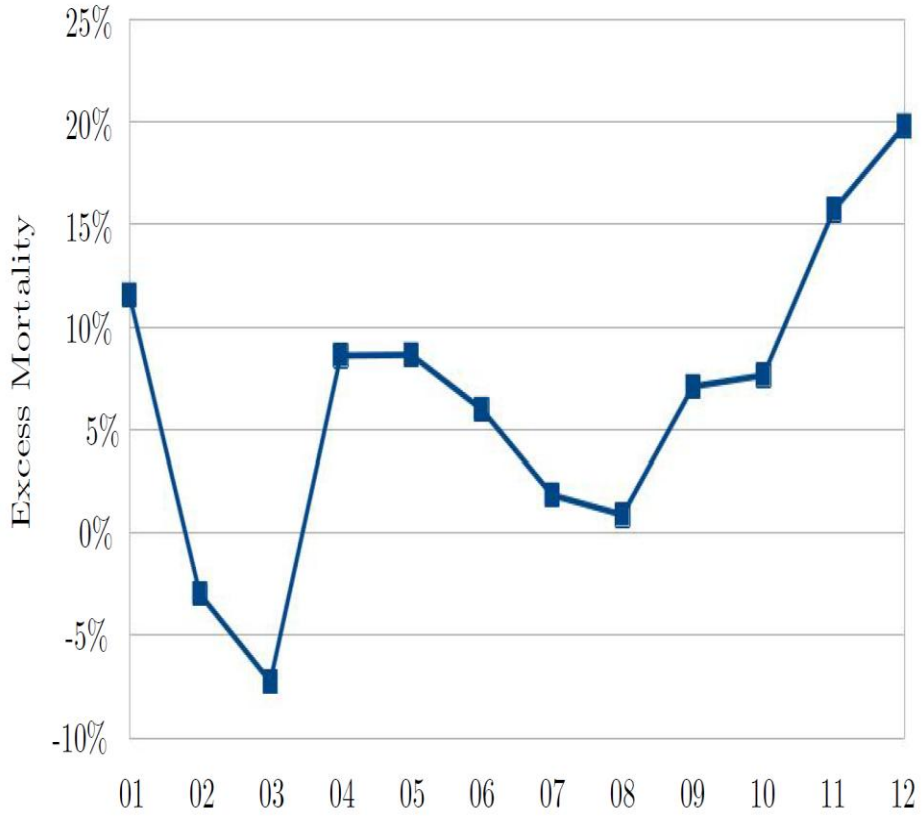
Quelle: BKK ProVita, Bericht vom 16.2.22

Bestätigung der hohen Nebenwirkungsrate durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung

- 2,5 Mio abgerechnete, ärztlich behandelte Impfnebenwirkungen 2021
- 10 Mal so viel wie PEI Meldungen!
- Jeder 25. Geimpfte ist betroffen
- Bei allen anderen Impfungen zusammengenommen nur 1 von 350

Quelle: KBV, Bericht vom 16.6.22 https://www.epochtimes.de/assets/uploads/2022/06/2022-06-16_Anfrage-_codierte-Impfnebenwirkungen-Covid-19.pdf

Übersterblichkeit 2021 – Impfeffekt?



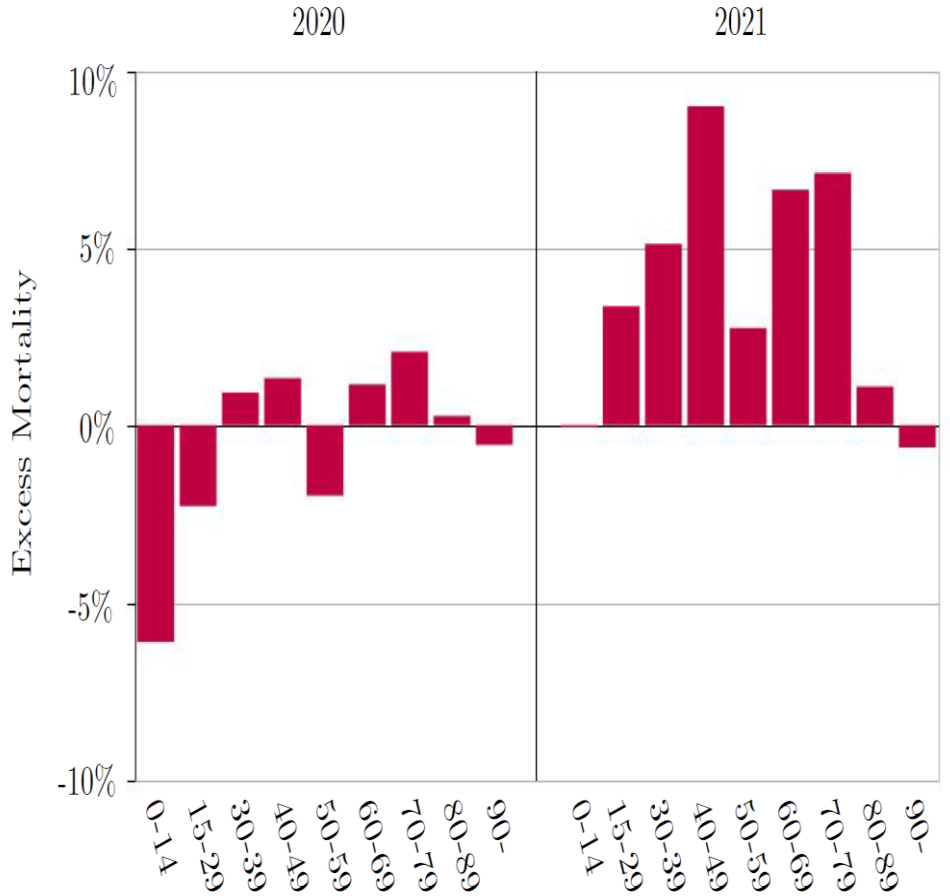
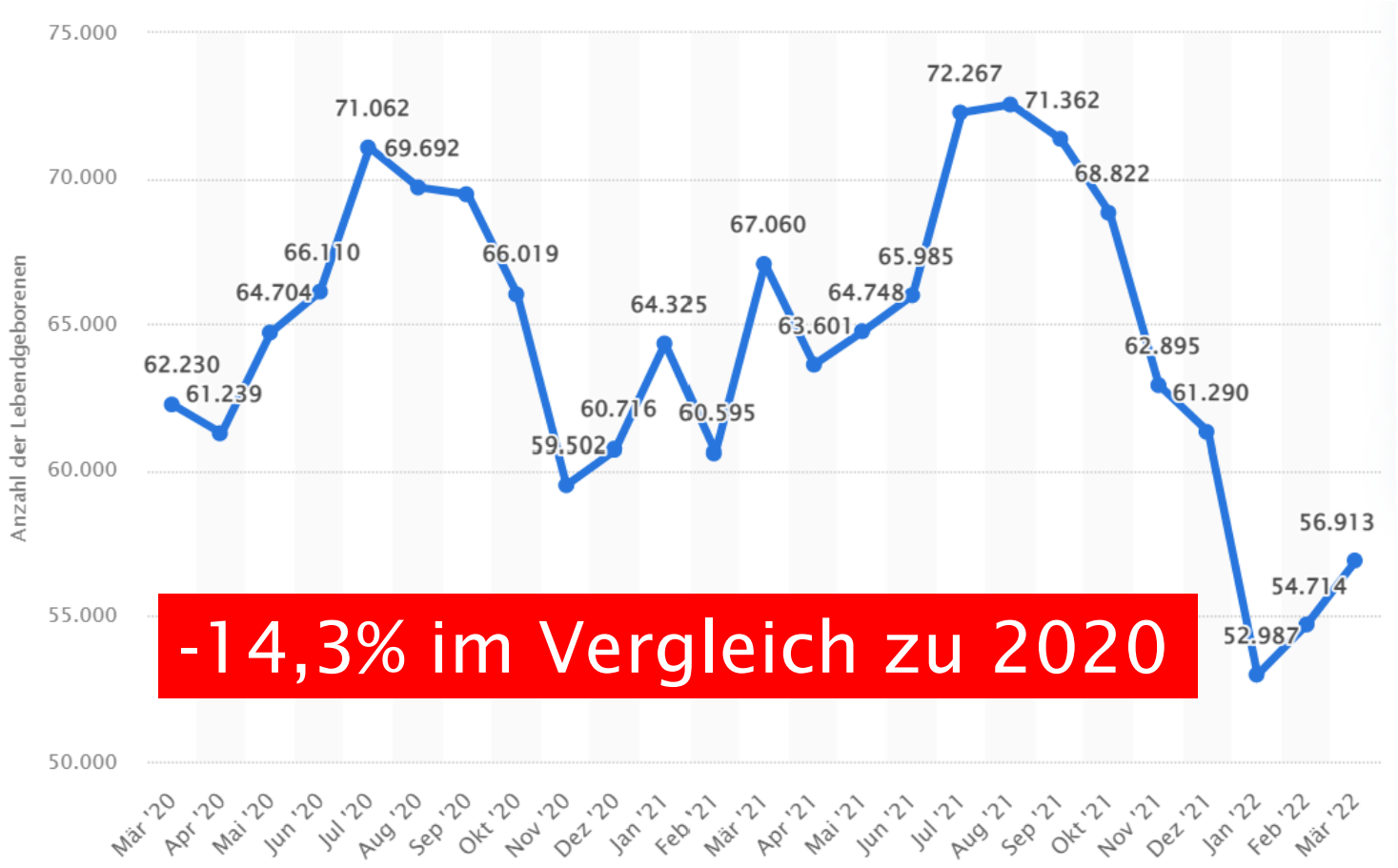


Fig. 2: Development of the monthly excess mortality from January to December 2021

Quelle: Kuhbandner 2022; https://osf.io/v62dw/

Geburtenrückgang 2022 – Impfeffekt?



https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1247365/umfrage/monatliche-geburtenzahlen-in-deutschland/#:~:text=Im%20M%C3%A4rz%202022%20gab%20es,die%20Anzahl%20auf%2067.060%20Lebendgeborene.

Fazit: Sicherheit der Impfstoffe

- Die Schäden durch die Impfungen sind eklatant, aber es gibt kaum valide Studien, welche die Schäden quantitativ erfassen.
- Die dringend erforderliche kontrollierte Postmarketing-Studie wurde trotz nur bedingter Zulassung bisher nicht durchgeführt.

Danke für die Bereitschaft zum Diskurs!



Prof. a.D. Dr. med. Andreas Sönnichsen
Facharzt für Innere Medizin, Salzburg
www.acsoe.de

1.10.2022

Sind die pharmafinanzierten Impfstudien vertrauenswürdig?

Liste wichtiger Dokumente zum BNT162b2-Impfstoff von BioNTech/Pfizer

- Zulassungsstudie (Polack et al. NEJM 2020: DOI: 10.1056/NEJMoa2034577)
- Supplement der Zulassungsstudie (NEJM)
- 6-Monats-Auswertung der Zulassungsstudie (Thomas et al. NEJM 2021: DOI: 10.1056/NEJMoa2110345)
- FDA-Dokument der Zulassungsstudie (https://www.fda.gov/media/144245/download#page=42)
- Gematchte Feldstudie zu BNT162b2 (Dagan et al. N Engl J Med 2021;384:1412-23. DOI: 10.1056/NEJMoa2101765)
- Supplement zu Dagan et al (NEJM)

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Interprofessionelle Besetzung

- Medizin
- Public Health
- Psychologie
- Pflege
- Soziologie
- Juristen
- Ökonomie
- Pädagogik
- Ethik

Ausschluss von Personen mit Interessenkonflikten (Industrie, Politik, Medien)!

Diagnostik und Inzidenz

- Keine Diagnose ohne klinische Beurteilung!
- Labortests sind in der Medizin nur ergänzende Befunde
- Eindeutige Definition und Standardisierung von Laborergebnissen
  - PCR-ct-Werte müssen von Labor zu Labor vergleich bar sein bzw. standardisiert werden
  - es muss einen einheitlichen ct-Cut-off geben für einen positiven Test bzw. angenommene Infektiosität
- Inzidenzmessung ausschließlich über repräsentative Zufallsstichproben unter Berücksichtigung von Testergebnis und ärztlichem Befund, nicht über ungezielte Massentests ohne Beurteilung der klinischen Symptomatik

Infektionsprophylaxe

- Lernen aus der Krise!: Trennung von Gesunden und Kranken im Gesundheits- und Pflegebereich
- Gezielter Schutz von Risikopersonen (Pflegeheim)
- Allgemeine Hygienemaßnahmen in Eigenverantwortung (Händedesinfektion, Abstand von Erkrankten, Hust- und Niessetikette, Lüften, Vermeidung von Menschenansammlungen in beengten Räumen)
- Darüber hinaus dürfen nur Maßnahmen angeordnet werden, für die ein solider Evidenznachweis erbracht wurde.
- Staatliche Propaganda für industrielle Produkte ist zu verbieten, insbesondere die Darstellung der Impfung als „alternativlos“

Therapie

- Ambulante Versorgung optimieren
- Die Therapie von COVID-Patienten wurde im Verlauf der Krise zwar verbessert, aber man hat zu einseitig auf die Impfung zur Lösung des Problems gesetzt
- Förderung von Forschungsinitiativen für alternative Therapieverfahren (Ivermectin, Vitamin D u.a.)
- Vermeidung von Intensivbehandlung und künstlicher Beatmung oder ECMO aufgrund finanzieller Anreize
- Entwicklung und Umsetzung von standardisierten Behandlungsprotokollen

Optimierung der Versorgungskapazität

- Kein weiterer Abbau von Krankenhaus- und Intensivkapazitäten
- Rückführung von Krankenhäusern in die öffentliche Hand (Inititative „Gemeingut in Bürger*innenhand“ www.gemeingut.org)
- Kein finanzieller Anreiz für „blockierte Kapazitäten“

Impfung als Angebot

- Die Effektivität der Impfungen gegen COVID ist begrenzt und unvollständig
- Eine kurzfristige Vermeidung von schweren Verläufen erscheint möglich
- Die Impfung sollte Personen mit hohem Risiko für eine schwere COVID-Erkrankung angeboten werden – mit adäquater Aufklärung über möglichen (unvollständigen) Impfschutz und Risiken
- Eine Diskriminierung von Ungeimpften ist weder gerechtfertigt noch sinnvoll, da auch Geimpfte die Infektion weitergeben
- Eine indirekte oder direkte Impfpflicht ist weder gerechtfertigt noch sinnvoll
- Die Impfung von gesunden Kindern und Jugendlichen ist in Anbetracht der Risiken für schwere Nebenwirkungen unethisch und verantwortungslos, weil Kinder und Jugendliche durch COVID in der Regel nicht gefährdet sind.
- Staatliche Impfpropaganda ist strikt abzulehnen

Unabhängigkeit für staatliche Gesundheitsinstitutionen (RKI, PEI, STIKO)

- Die Unabhängigkeit von RKI, PEI und STIKO von Regierung, Politik und Industrie muss gewährleistet sein
- Diese Institutionen dürfen daher nicht dem Gesundheitsministerium unterstehen
- Die Besetzung der leitenden Positionen erfordert Freiheit von Interessenkonflikten

Des Dramas dritter Akt

- Faktenckeck der Ärztekammer weitgehend ohne Nennung wissenschaftlicher Quellen
- Androhung von Disziplinarmaßnahmen an alle Unterzeichner
- Dienstfreistellung mehrerer SchulärztInnen
- Sofortige Dienstfreistellung und Kündigung durch die MedUni Wien

Wie geht es weiter?

- Zwei Disziplinaranzeigen wegen kritischer Info-Flyer zur Kinder- und Jugendimpfung durch Respekt Plus
- Disziplinaranzeige wegen Aussagen zu Ivermectin auf einer Wahlkampfveranstaltung zur Bundestagswahl in Deutschland
- Disziplinaranzeige wegen der Ausstellung von vorläufigen Impfunfähigkeitsbescheinigungen durch „Liberation-Express.at“
- Strafanzeige wegen „Fälschung von Beweismaterial“ durch die Ausstellung von Impfunfähigkeitsbescheinigungen

Ist doch klar, wie es weitergehen wird:

Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht.

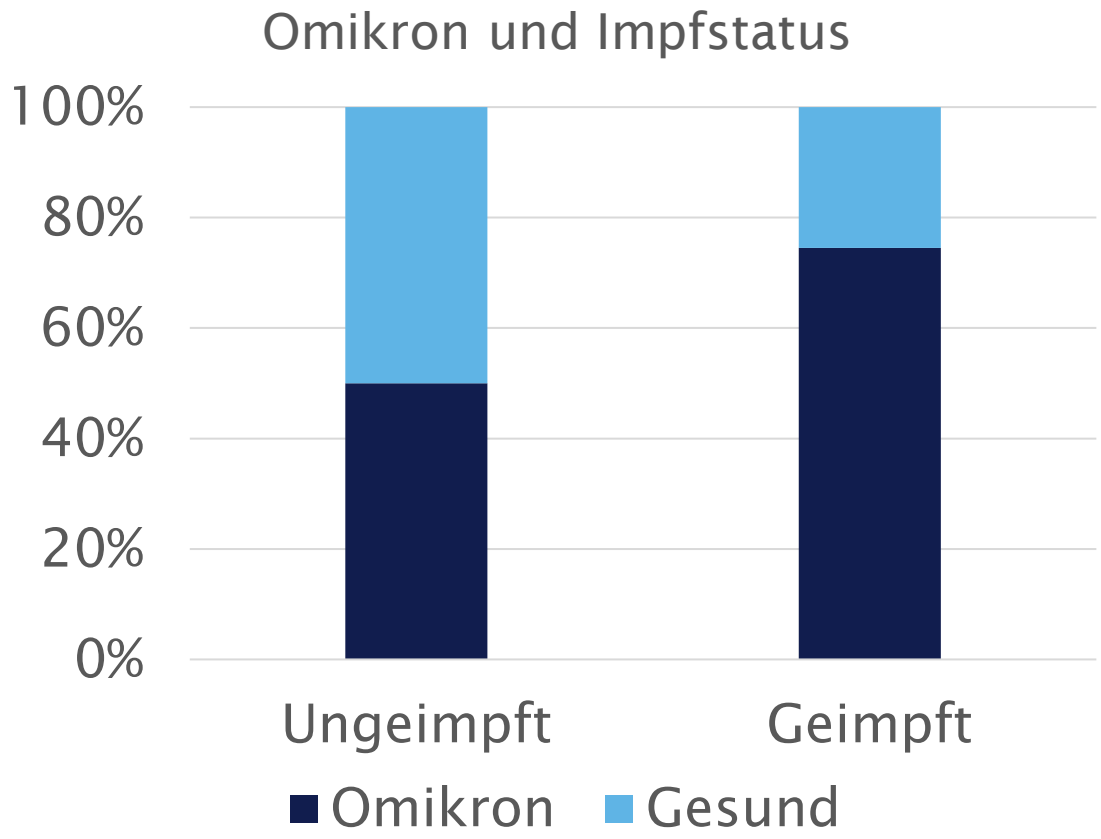
Des Dramas zweiter Akt

Offener Brief von 200 Ärztinnen und Ärzten an den Kammerpräsidenten:

- Kein Nachweis eines dauerhaften Schutzes
- Kein Nachweis von Effektivität gegenüber neuen Varianten
- Kein Nachweis der Verhinderung der Ansteckung
- Keine Herdenimmunität
- Hohes Risiko für Nebenwirkungen

- Forderung von Therapiefreiheit nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin, d.h. individuelle partizipative Entscheidung unter Einbeziehung von Studienevidenz, ärztlicher Expertise und Patientenwünschen

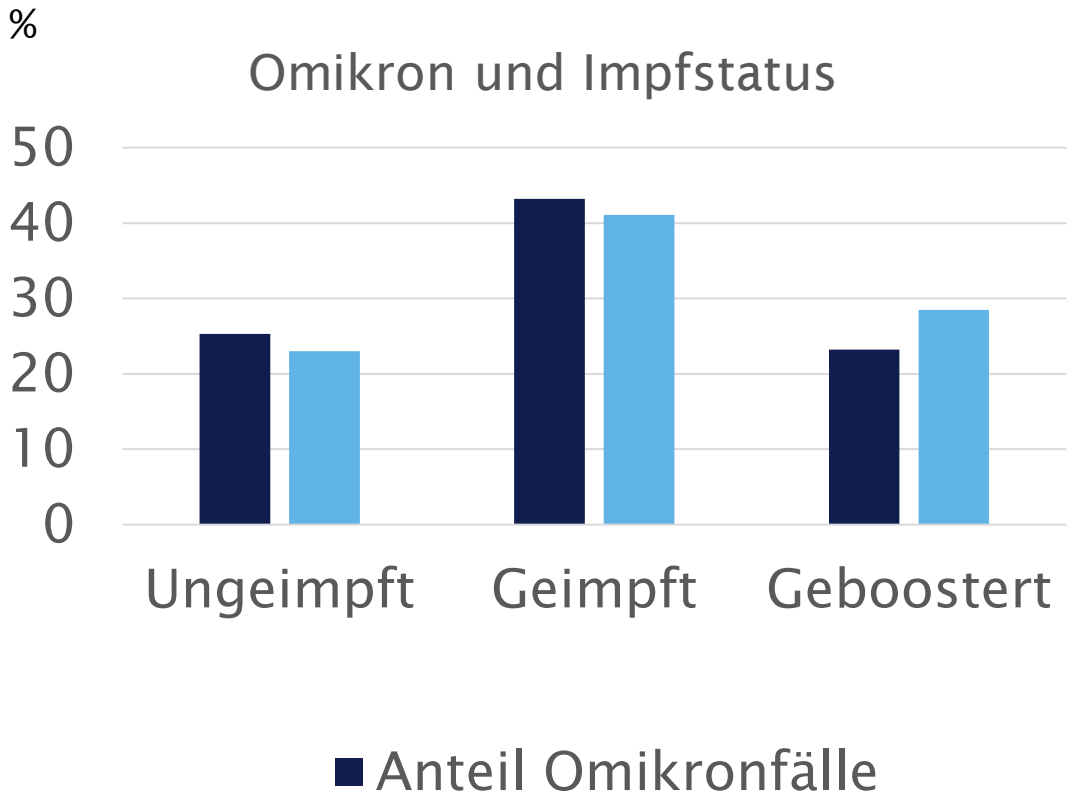
Omikronfälle auf Weihnachtsfeier in Oslo



Relatives Risiko für Geimpfte:
1,49 (95% KI 0,56-4,00)

Brandal et al. Eurosurveillance 2021;26:pii=2101147

Hospitalisierte Omikronfälle in England vom 27.11. bis 29.12.2021



Relatives Risiko für Geimpfte (nicht adjustiert):
0,95 (95% KI 0,80-1,13)

Relatives Risiko für Geboosterte (nicht adjustiert):
0,74 (95% KI 0,60-0,90)

UK Health Security Agency Technical Briefing: Update 31.12.2021

DERSTANDARD › International

SUPPORTER ABO IMMOSUCHE JOBSUCHE

INTERNATIONAL INLAND WIRTSCHAFT WEB SPORT PANORAMA KULTUR ETAT WISSENSCHAFT LIFESTYLE DISKURS MEHR ...

Horror in Bergamo – und bald auch in Mailand?

947 Postings

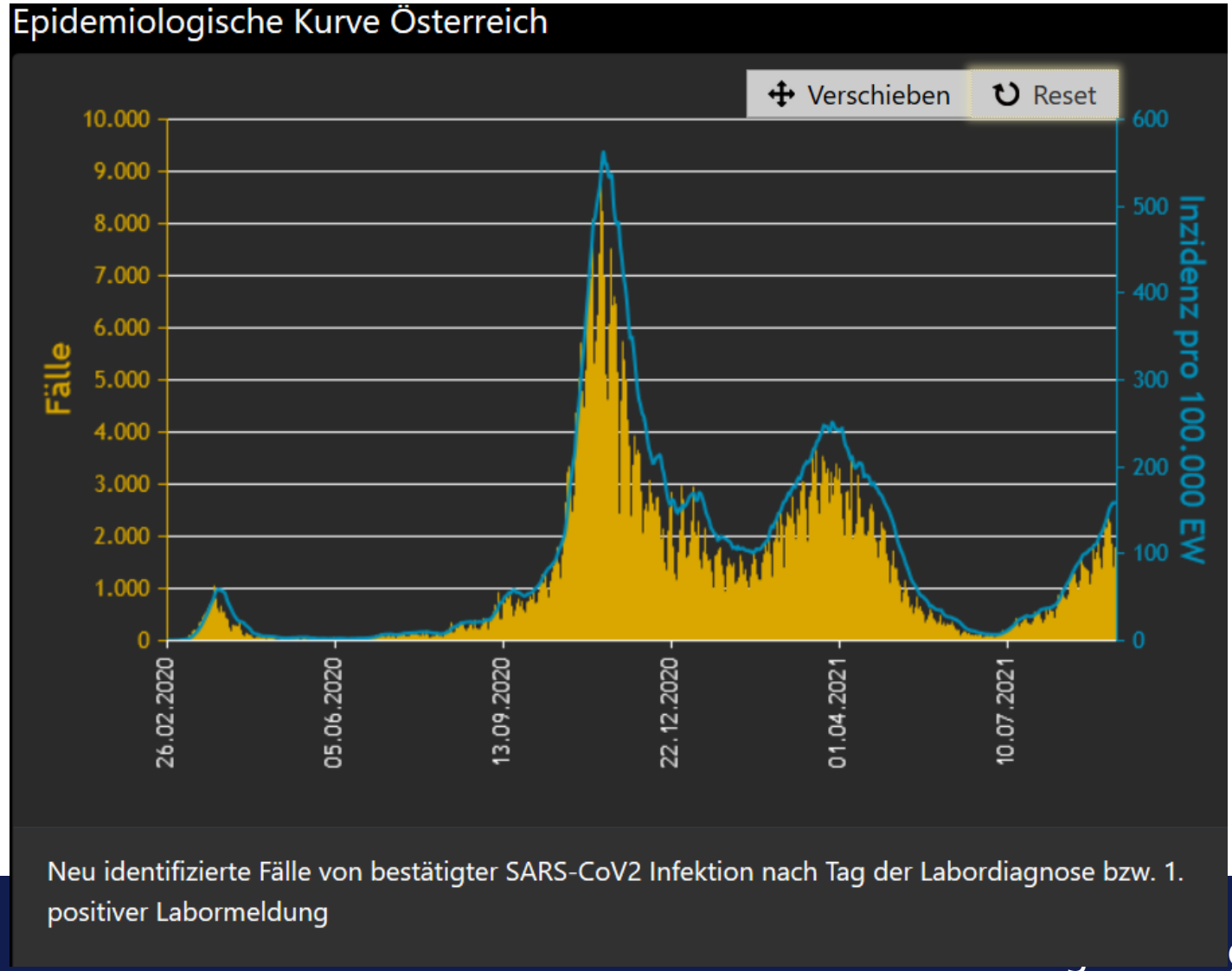
In der lombardischen Stadt Bergamo demonstriert das Coronavirus seit Wochen auf grausame Weise seine Gefährlichkeit – nun zeichnet sich eine leichte Entspannung ab. Derweil bereiten sich die Behörden auf die "Schlacht um Mailand" vor

Dominik Straub aus Rom 21. März 2020, 18:30 947 Postings



Ferrara: Ein Militärkonvoi brachte Särge aus Bergamo auf den Friedhof.

Die COVID-19-Pandemie in Österreich
Testpositive pro Tag



Testpositive gesamt:
709.734

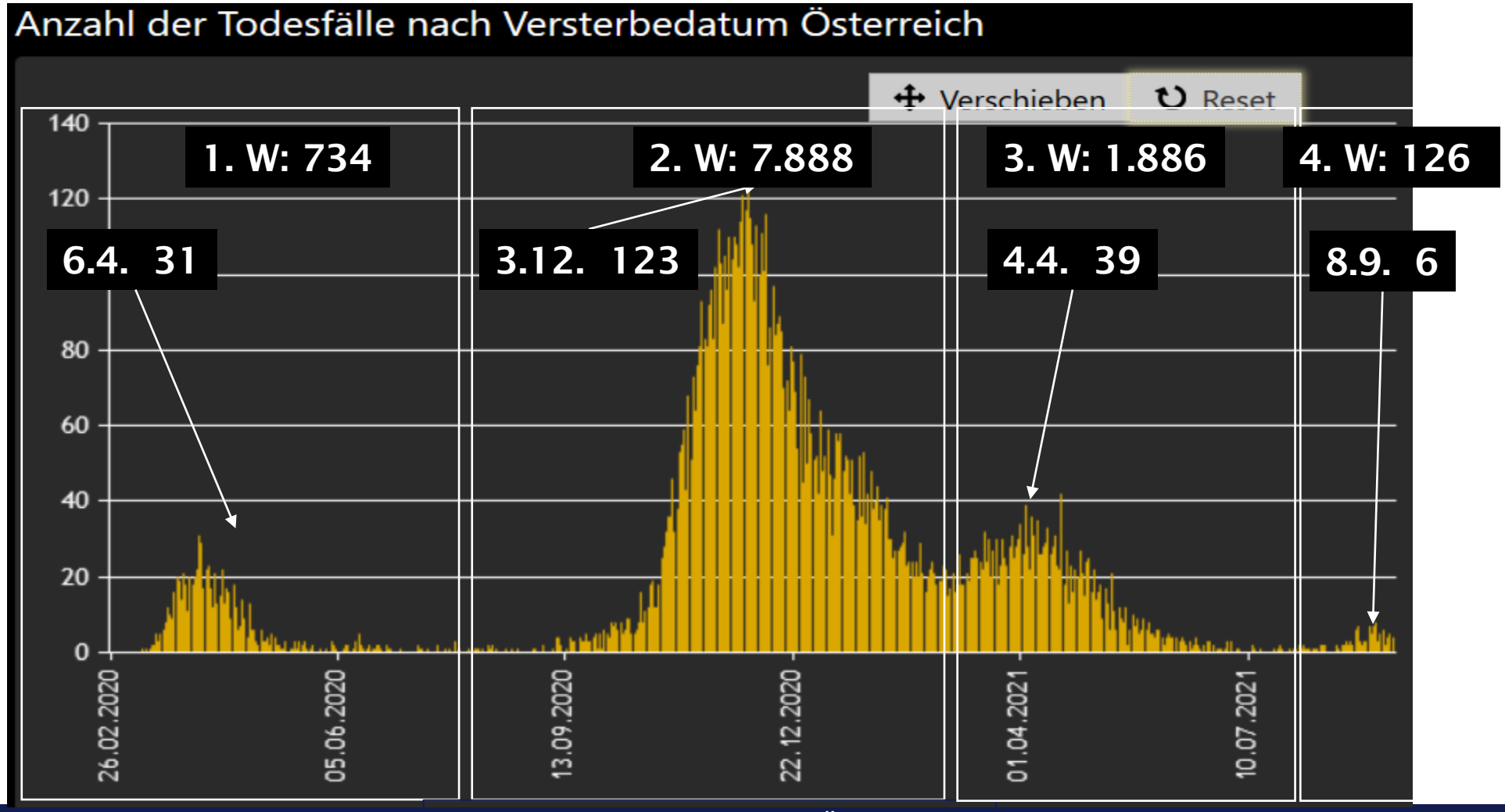
Testpositive Anteil der Bevölkerung:
8,0%

Durchgeführte PCR-Tests:
81.012.773

Testpositiven-Rate:
0,88%

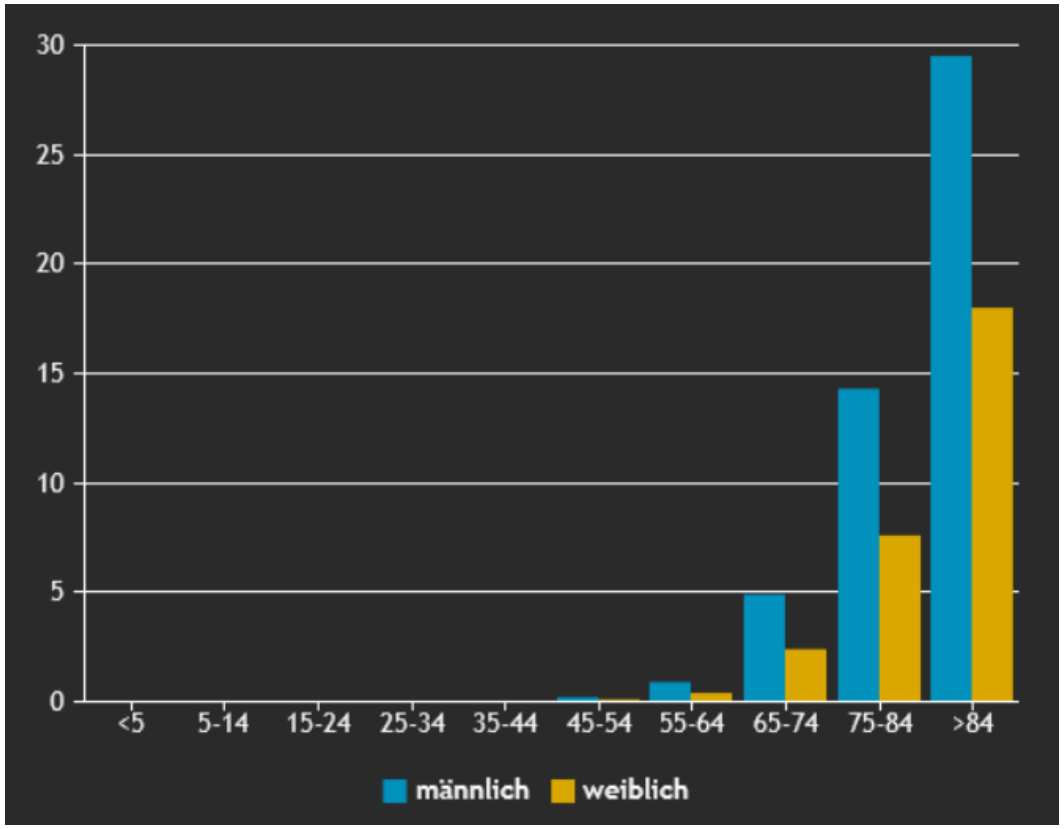
gemein- und

Die COVID-19-Pandemie in Österreich
Todesfälle pro Tag



Quellen: AGES Dashboard, Österreich

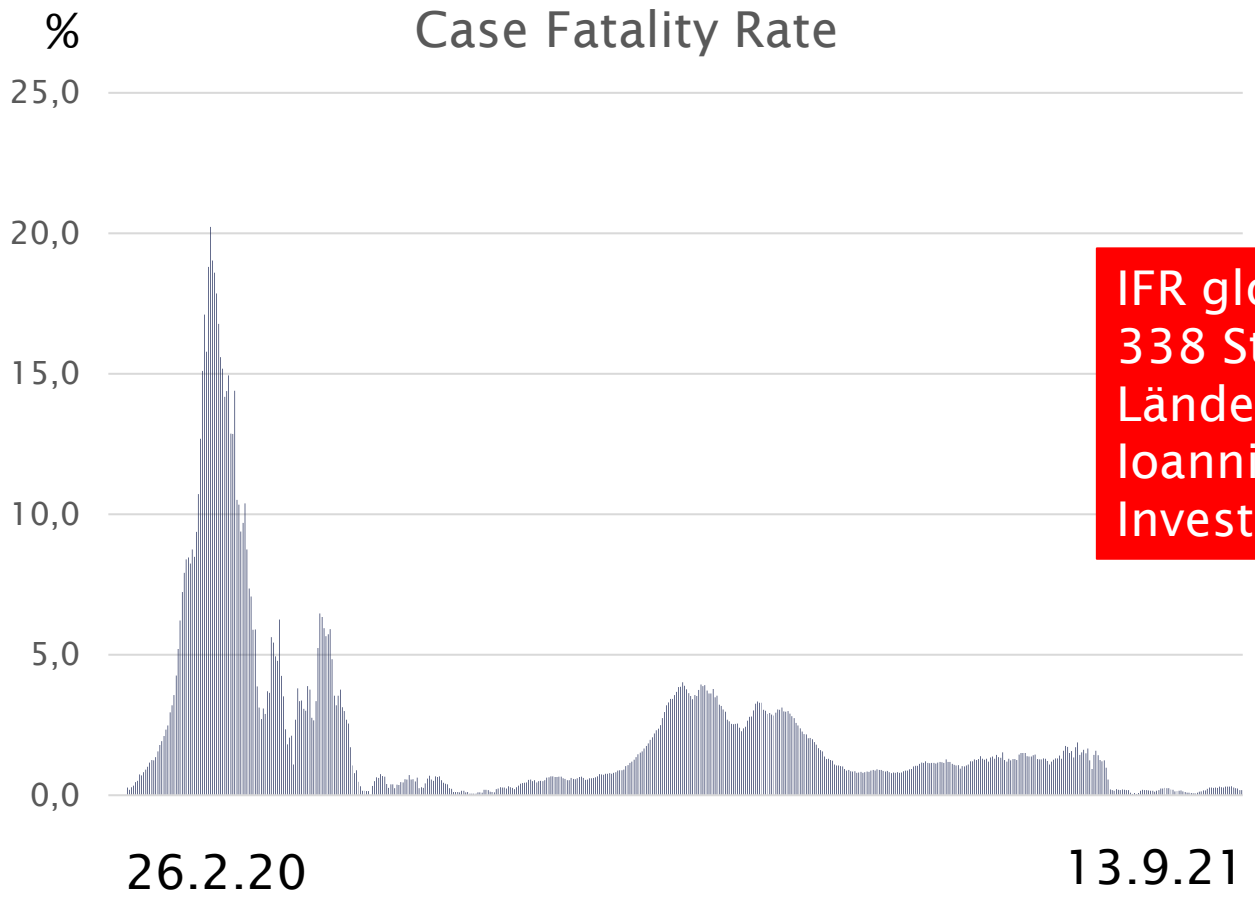
Und wie sieht es in Österreich aus?



80% aller COVID-Toten sind >75 Jahre alt

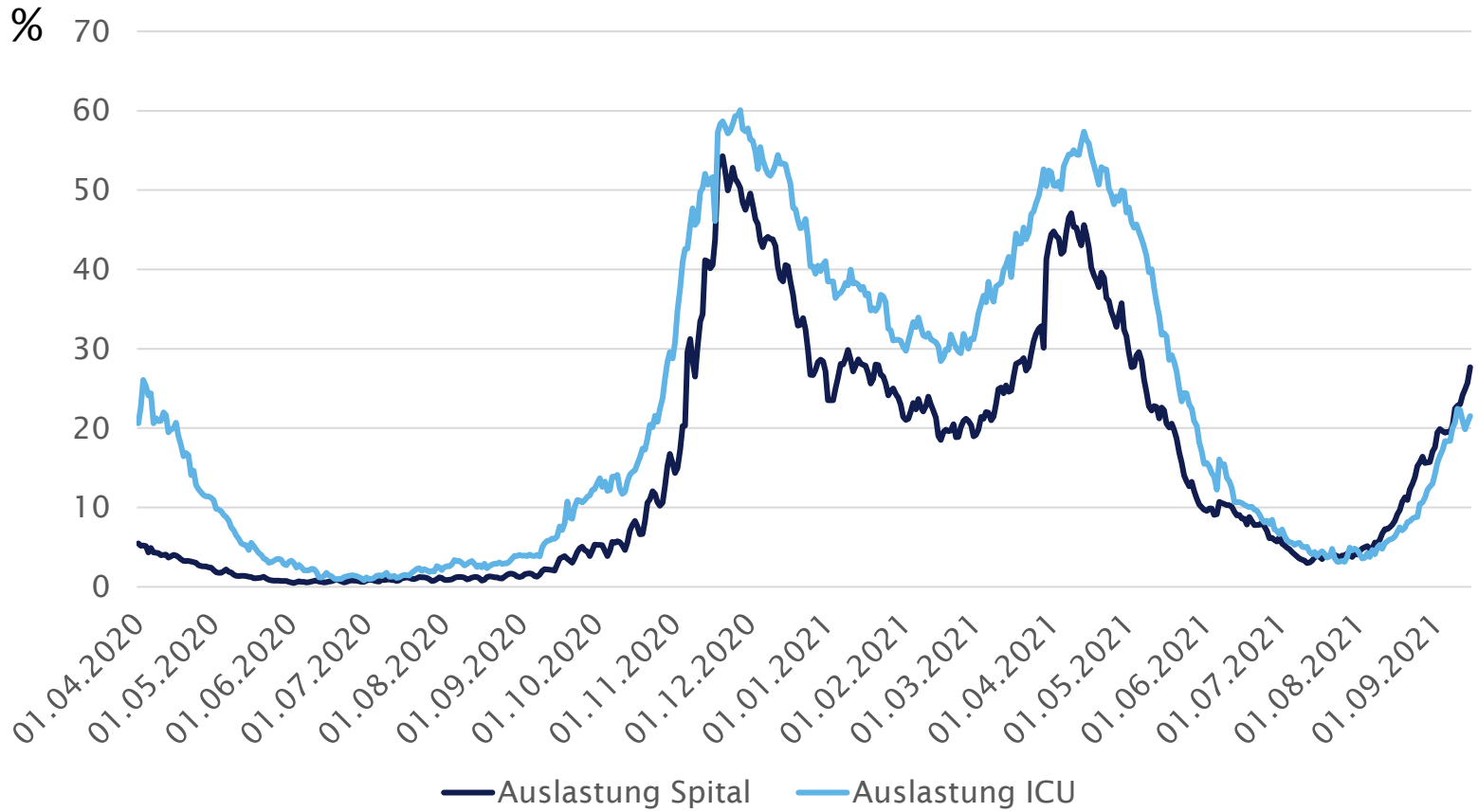
Quellen: AGES Dashboard, Österreich

Case Fatality Rate im zeitlichen Verlauf



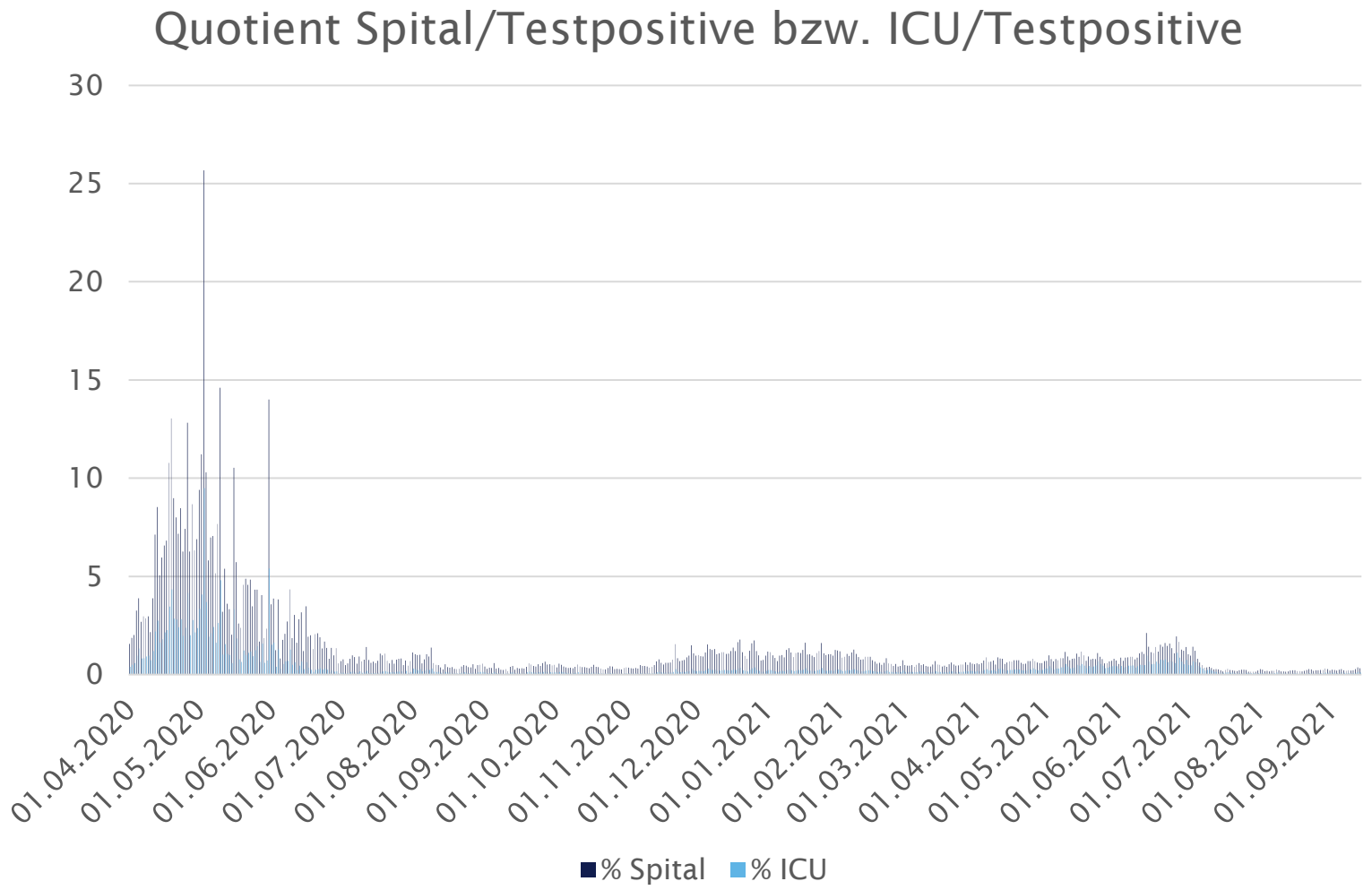
IFR global etwa 0,15%
338 Studien aus 50 Ländern
Ioannidis et al. Eur J Clin Invest. 2021;51:e13554

Die COVID-19-Pandemie in Österreich
Hospitalisierungen und Intensivbehandlungen



Quellen: AGES Dashboard, Österreich

Die COVID-19-Pandemie in Österreich
Hospitalisierungen und Intensivbehandlungen



Hospitalisierungen aufgrund von „Severe Acute Respiratory Infections“ (SARI)

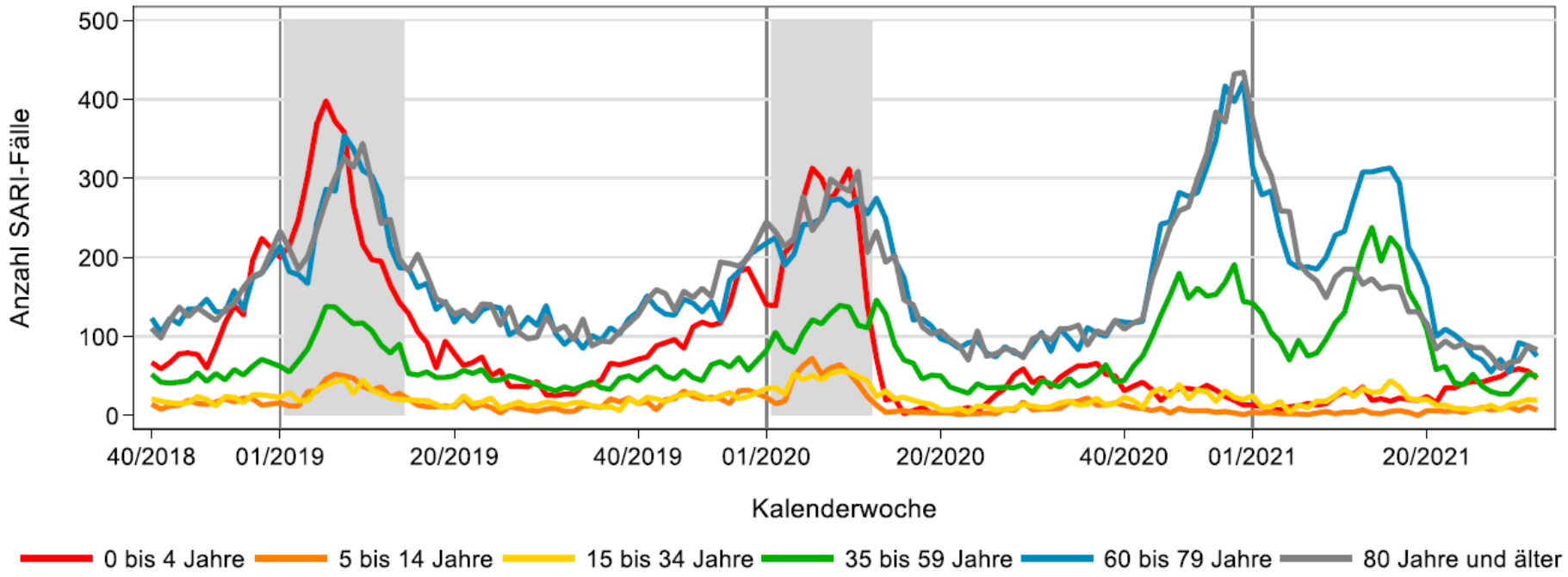
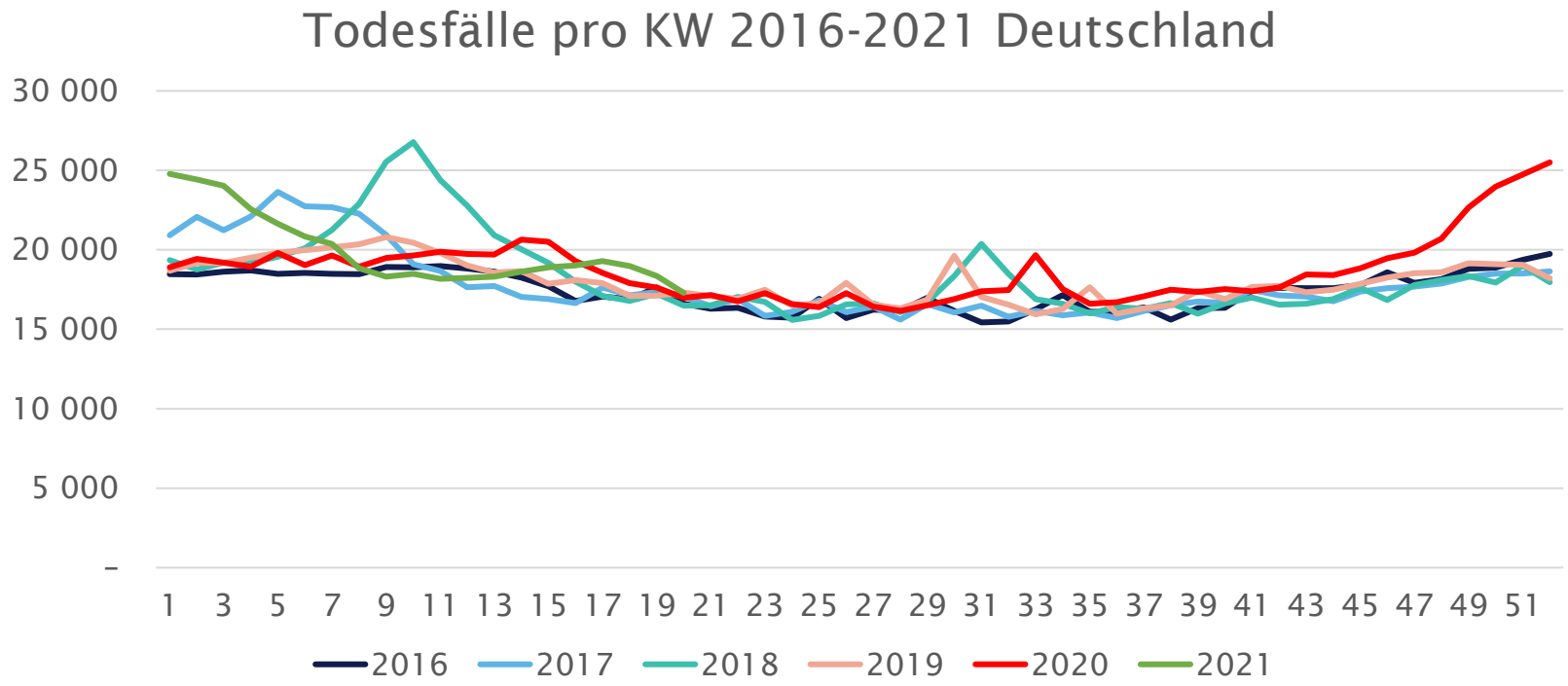


Abb. 5: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) einschließlich noch hospitalisierter Patientenvon der 40. KW 2018 bis zur 32. KW 2021, Daten aus 72 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres, der Zeitraum der Grippewelle ist grau hinterlegt.

Daten des RKI aus 72 Sentinelkliniken – RKI Influenza Wochenbericht 32/2021

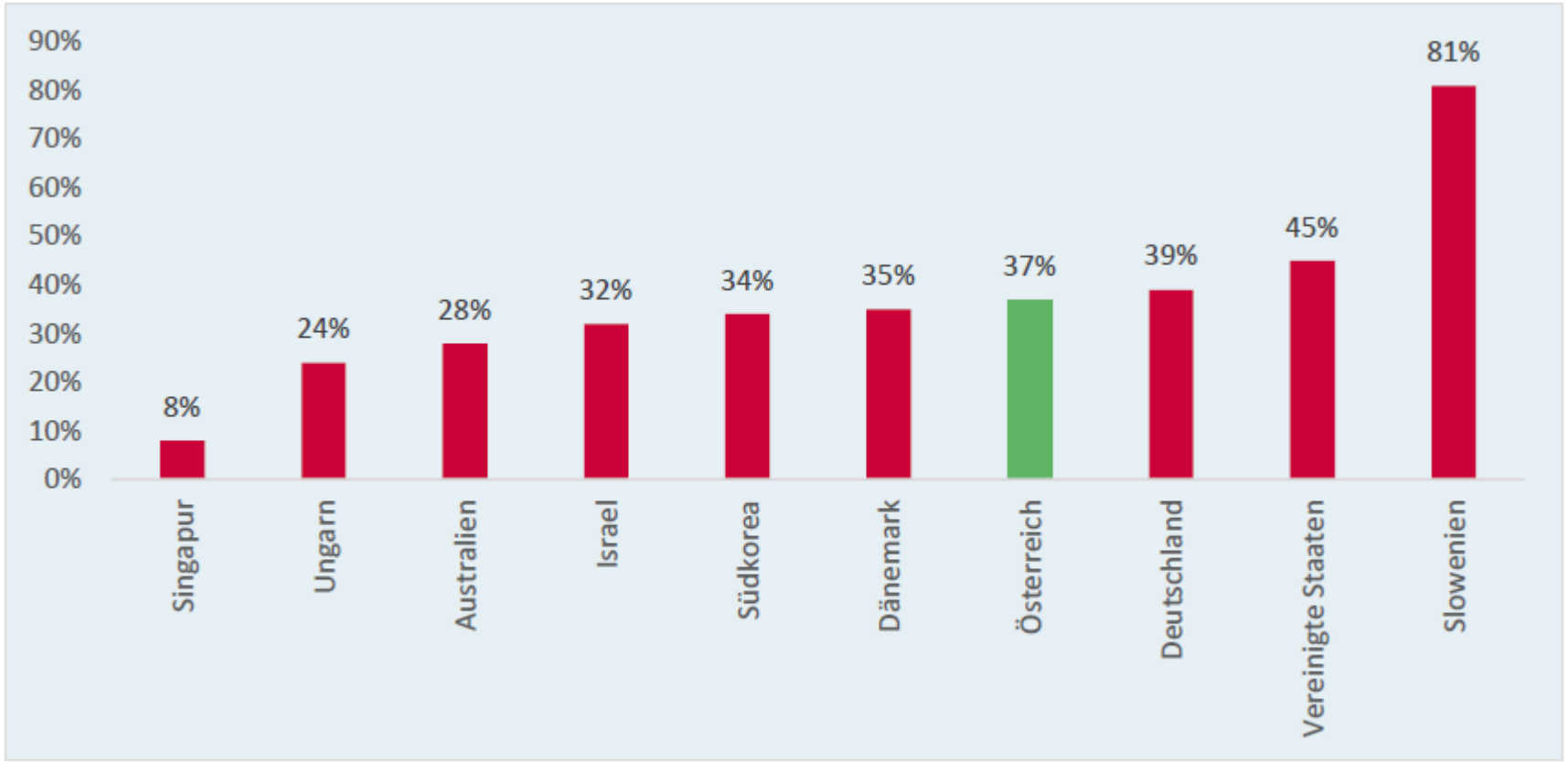
Übersterblichkeit durch COVID?



Übersterblichkeit 2020: ca. 20.000 bei ca. 1 Mio Todesfällen/Jahr
Übersterblichkeit 2018: ca. 25.000 bei ca. 0,95 Mio Todesfällen/Jahr

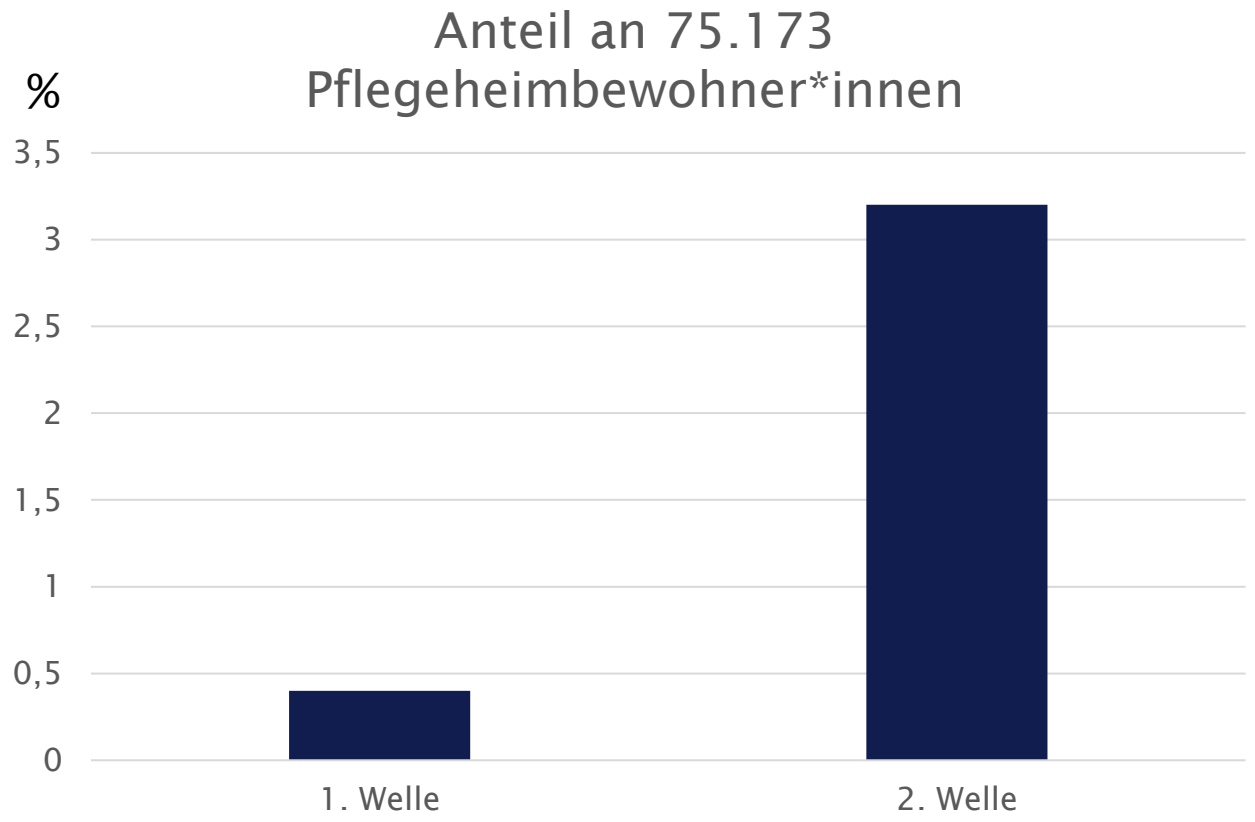
Quelle: destatis Statistisches Bundesamt 2021 (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbefallzahlen.html

Ein großer Teil der COVID-Sterblichkeit betrifft Pflegeheimbewohner*innen



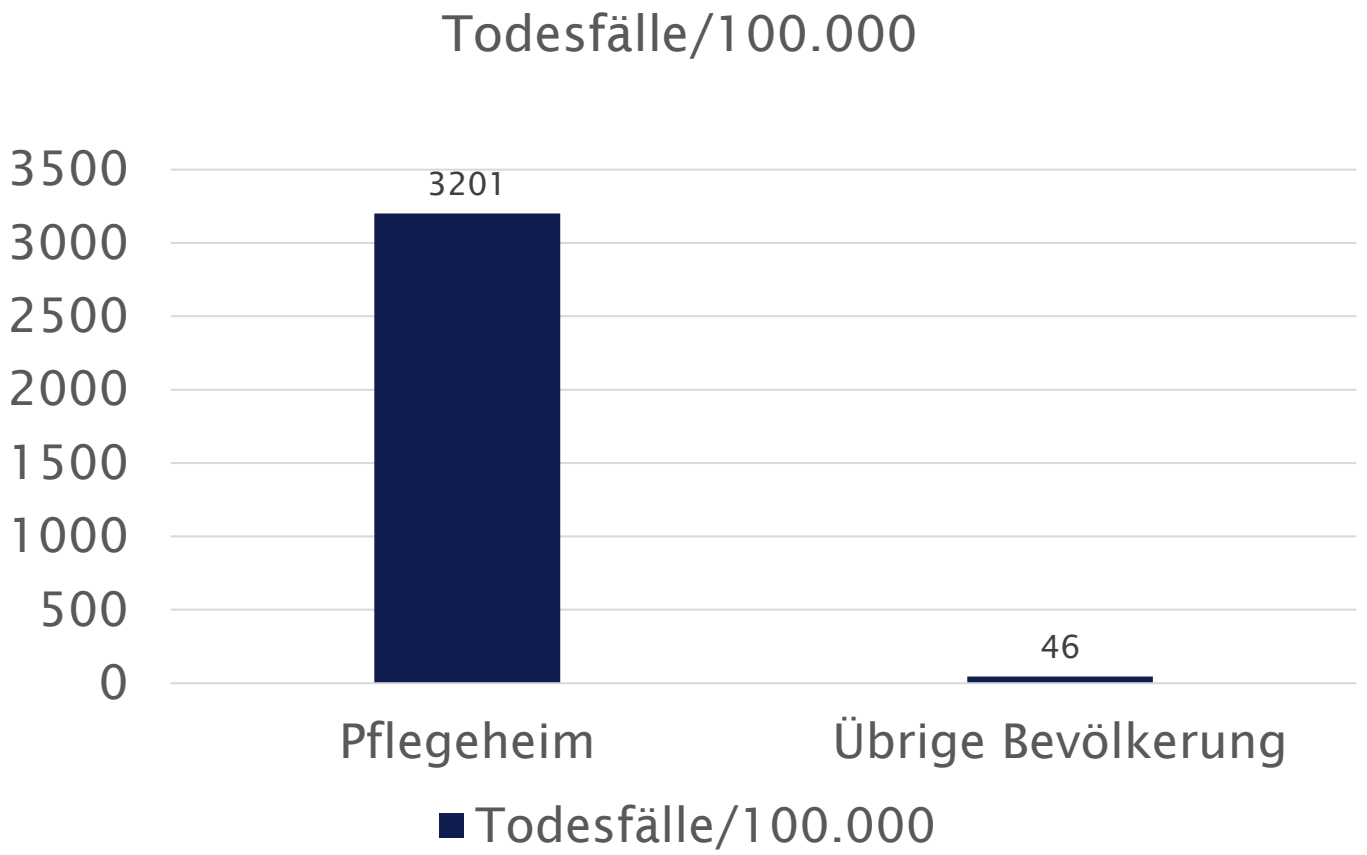
Quellen: EMS 2020 (Daten für Österreich), Comas-Herrera, Adelina et al. 2020

Ein großer Teil der COVID-Sterblichkeit betrifft Pflegeheimbewohner*innen



Quellen: hochgerechnet aus Comas-Adelina 2020, AGES-Dashboard und Statistik Austria

COVID-Todesfallrisiko in Österreich: Vergleich Pflegeheimbewohner*innen – übrige Bevölkerung



Quellen: berechnet aus Comas-Herrera 2020, AGES-Dashboard

Wie gefährlich ist COVID?

- Für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene signifikant weniger gefährlich als Influenza
- Relevant ab dem mittleren Lebensalter
- Gefährlich für alte Menschen und Menschen mit bestimmten Begleiterkrankungen (Adipositas, Hypertonie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen der Atmungsorgane)

Fazit: Risikogruppen schützen und Eigenverantwortung

Primum nil nocere!

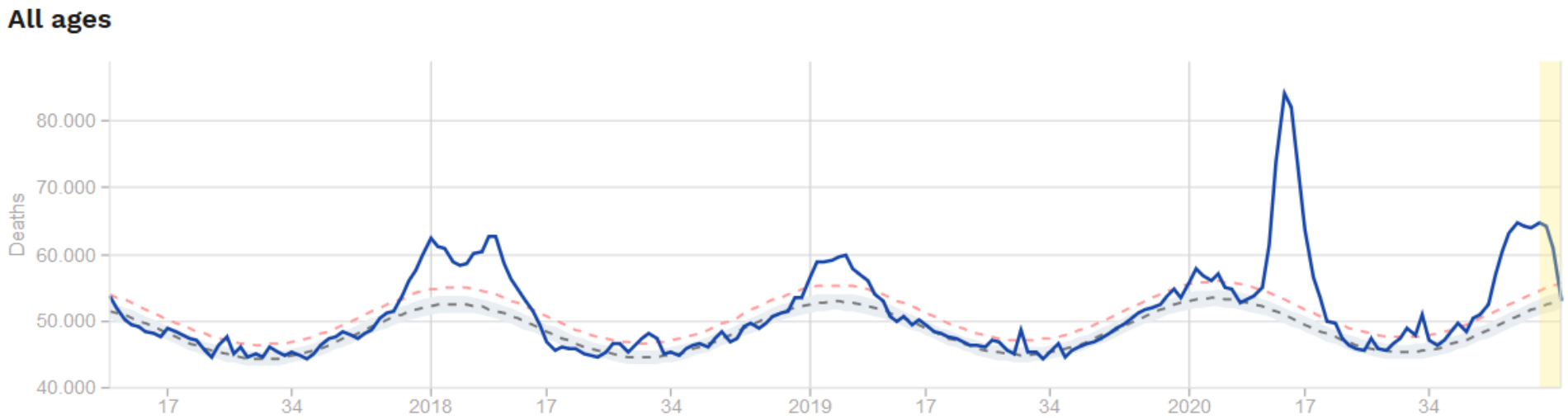
Der wiederholte/fortgesetzte Lockdown richtet massiven Schaden an:

- Arbeitslosigkeit
- Armut
- Depression
- Vereinsamung
- Gewalt
- Bildungsverlust
- Verschlechterung der medizinischen Versorgung

→ Verlust von Lebensjahren und Lebensqualität

COVID-Todesfallrisiko in Österreich:
Vergleich Pflegeheimbewohner*innen – übrige Bevölkerung

Übersterblichkeit in 24 europäischen Ländern

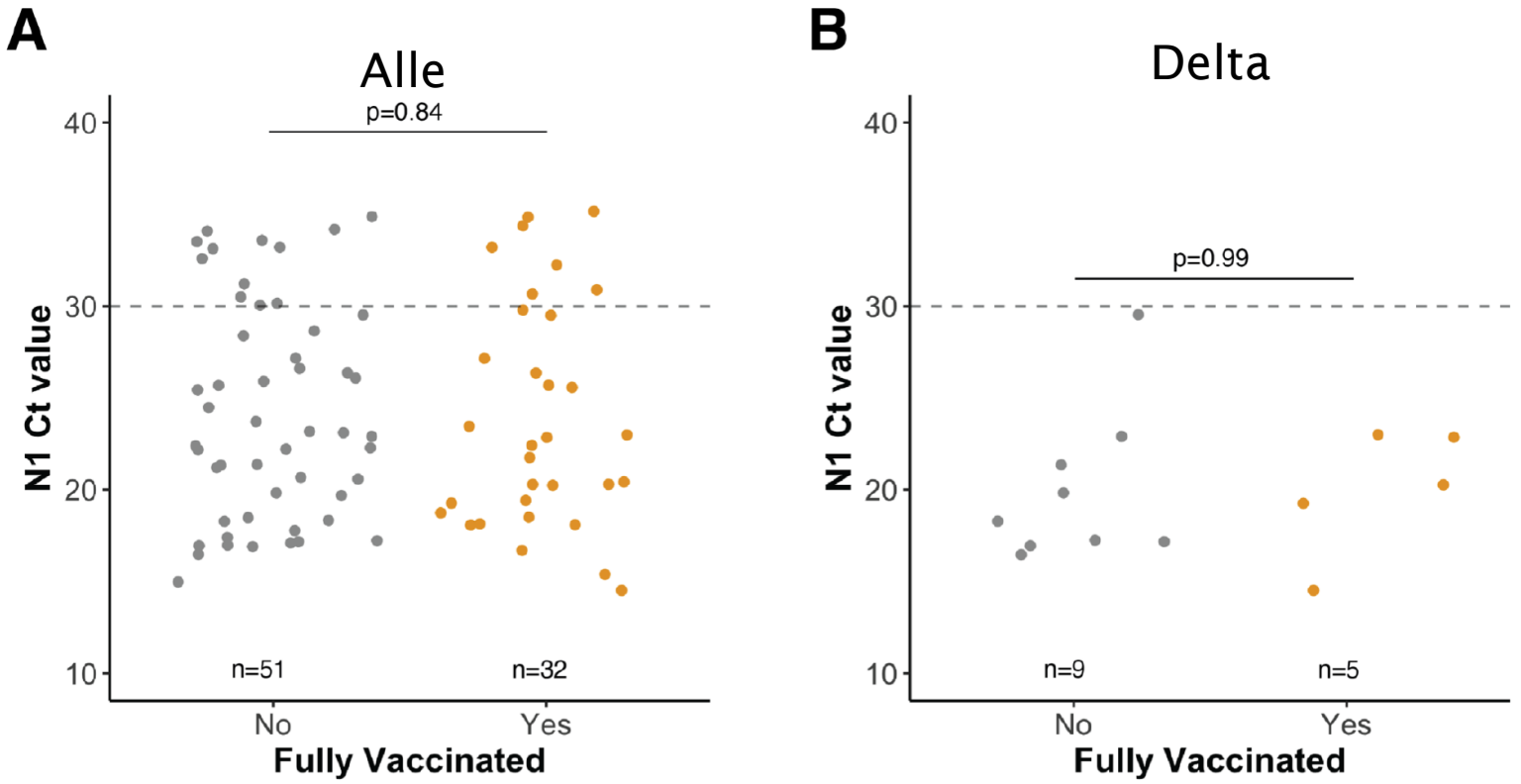


https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps

Quellen: Euromomo

Impfung als Ausweg?

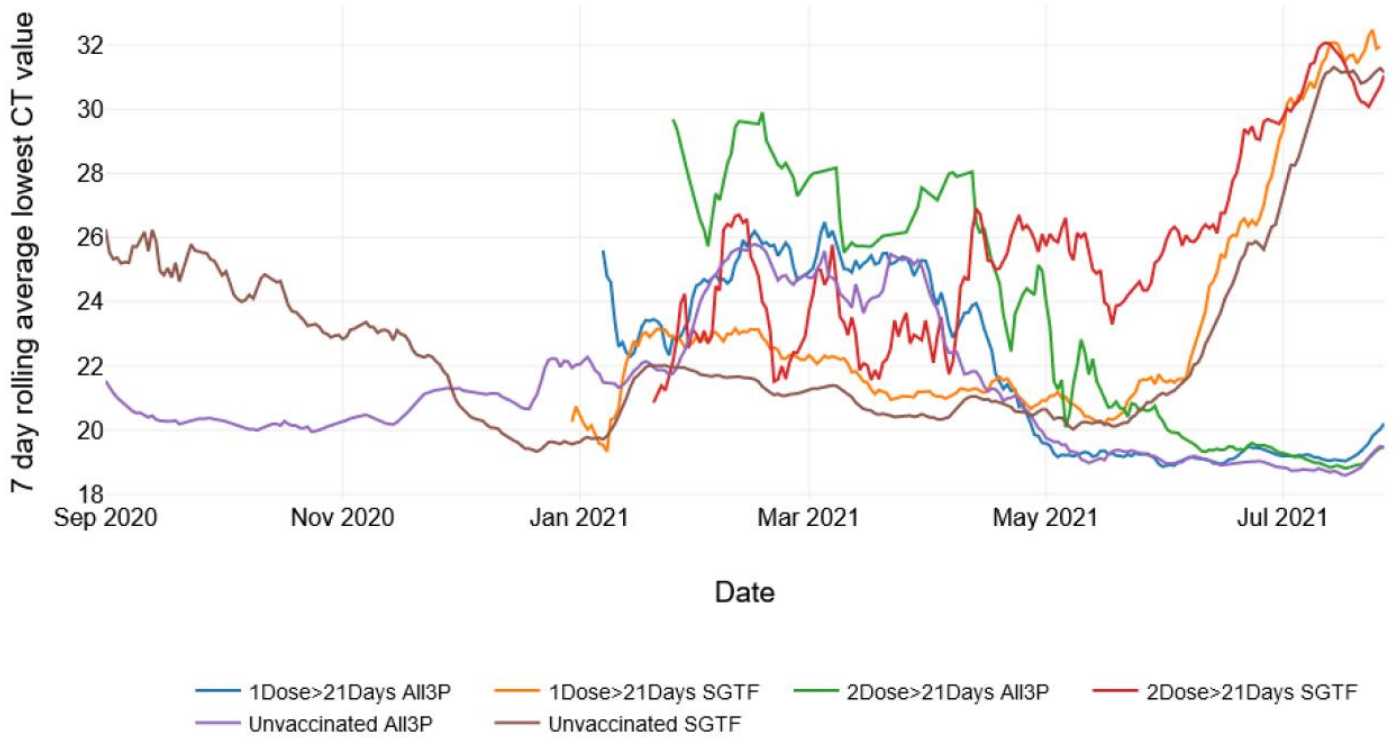
Keine sterile Immunität – die „Viral Load“ von Testpositiven Geimpften und Ungeimpften ist identisch



Riemersma et al., 2021: https://doi.org/10.1101/2021.07.31.21261387

Impfung als Ausweg?

Keine sterile Immunität – die „Viral Load“ von Testpositiven Geimpften und Ungeimpften ist identisch



Alle

Delta

Public Health England 2021 – Technical Briefing 20

Impfung als Ausweg?

Unvollständige und im zeitlichen Verlauf abnehmende Effektivität

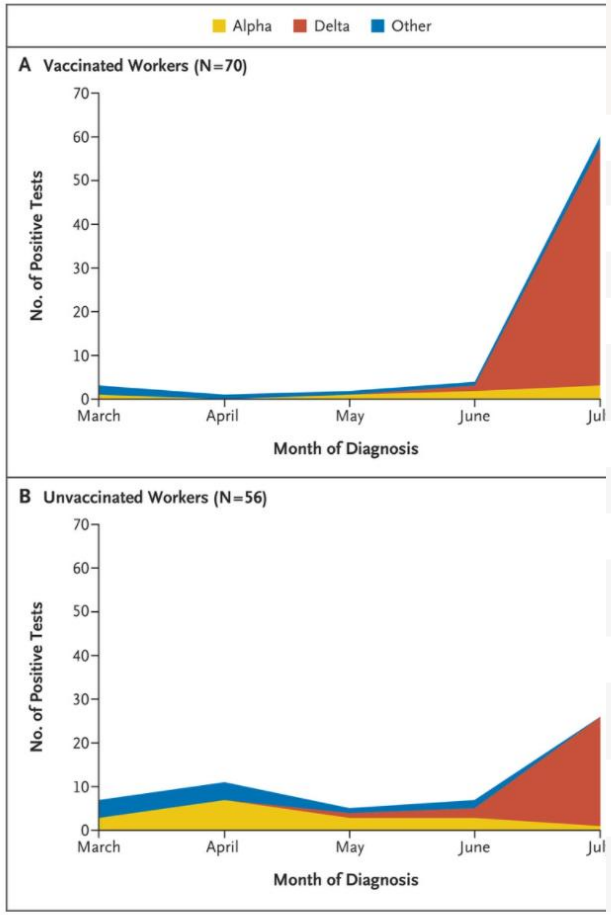


Table 1. Symptomatic SARS-CoV-2 Infection and mRNA Vaccine Effectiveness among UCSDH Health Workers, March through July 2021.*

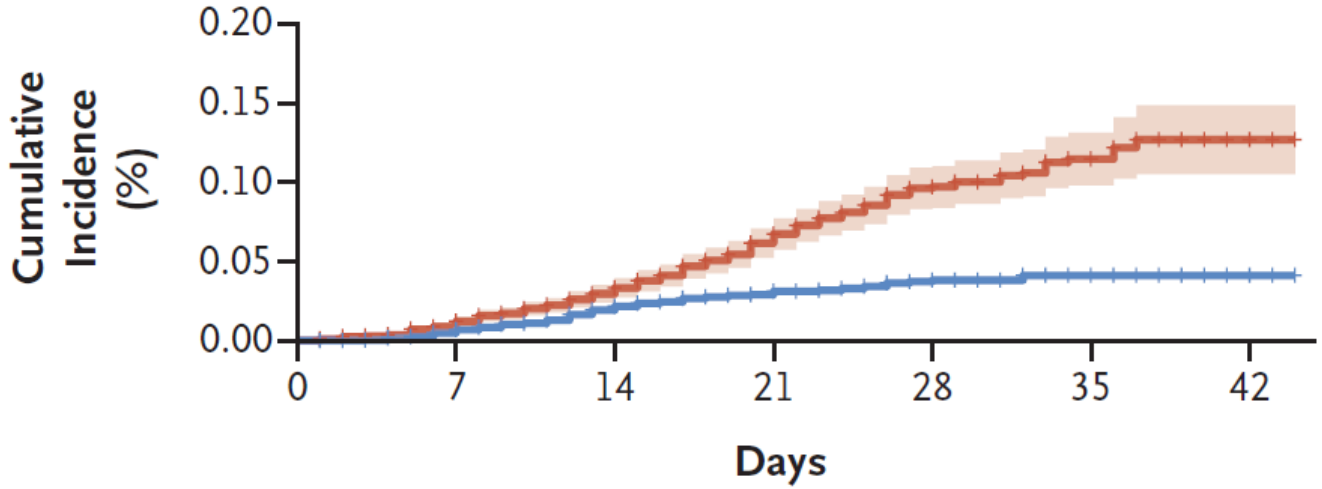
	March	April	May	June	July
Fully vaccinated†	14,470	15,510	16,157	16,426	16,492
mRNA-1273 (Moderna)	6,608	7,005	7,340	7,451	7,464
BNT162b2 (Pfizer–BioNTech)	7,862	8,505	8,817	8,975	9,028
Unvaccinated	3,230	2,509	2,187	2,059	1,895
Percentage of workers fully vaccinated	76.3	81.7	85.0	86.3	86.7
Symptomatic Covid-19					
Fully vaccinated workers	3	4	3	5	94
Unvaccinated workers	11	17	10	10	31
Percentage of cases in fully vaccinated workers	21.4	19.0	23.1	33.3	75.2
Attack rate per 1000 (95% CI)					
Fully vaccinated workers	0.21 (0.21–0.47)	0.26 (0.26–0.50)	0.19 (0.21–0.40)	0.30 (0.31–0.53)	5.7 (5.4–6.2)
Unvaccinated workers	3.4 (2.1–5.9)	6.8 (4.5–10.6)	4.6 (2.6–8.2)	4.9 (2.9–8.7)	16.4 (11.8–22.9)
Vaccine effectiveness — % (95% CI)	93.9 (78.2–97.9)	96.2 (88.7–98.3)	95.9 (85.3–98.9)	94.3 (83.7–98.0)	65.5 (48.9–76.9)

SARS-CoV-2 Variants among Symptomatic Health Workers.

Keener 2021, NEJM, DOI: 10.1056/NEJMc2112981

Impfung als Ausweg?

C Covid-19 Hospitalization



AR Unvac 0,043

AR Vac 0,018

ARR 0,025

NNV = 4.000

No. at Risk

Unvaccinated	596,618	414,865	264,377	189,808	109,867	38,432	4309
Vaccinated	596,618	414,916	264,482	189,972	110,054	38,561	4321

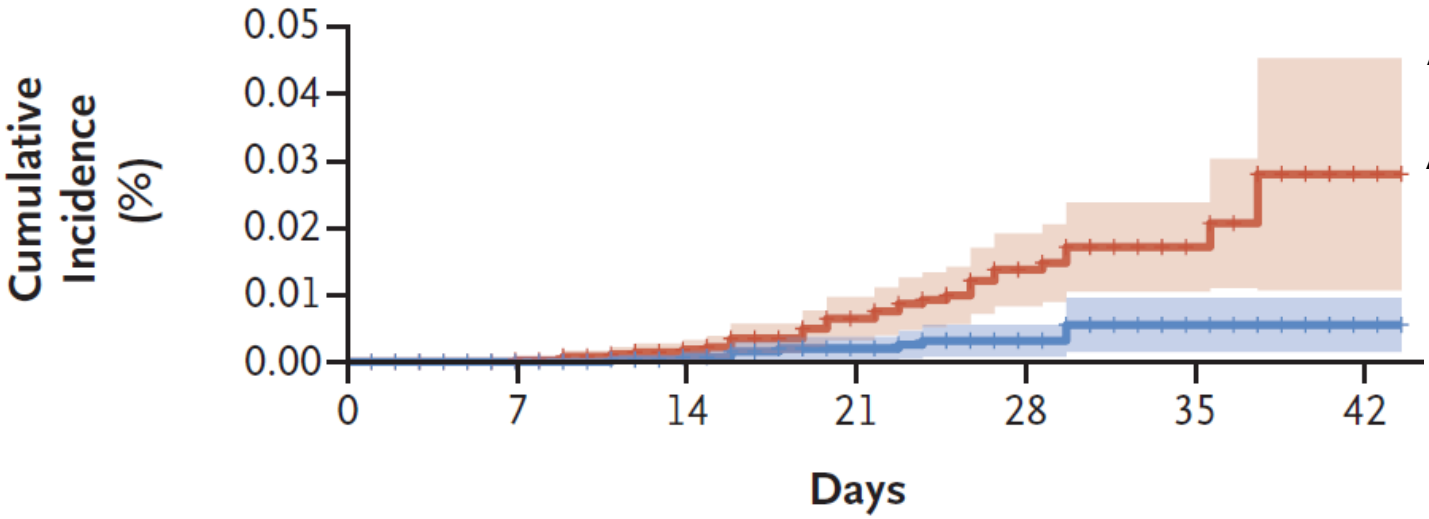
Cumulative No. of Events

Unvaccinated	0	58	125	198	244	256	259
Vaccinated	0	31	77	98	108	110	110

Dagan et al. N Engl J Med 2021;384:1412-23

Impfung als Ausweg?

E **Death Due to Covid-19**



AR Unvac 0,0054

AR Vac 0,0015

ARR 0,0039

NNV = 25.640

No. at Risk							
Unvaccinated	596,618	414,909	264,479	189,950	110,008	38,510	4316
Vaccinated	596,618	414,938	264,538	190,032	110,101	38,575	4322

Cumulative No. of Events							
Unvaccinated	0	1	6	16	27	30	32
Vaccinated	0	0	2	5	7	9	9

Dagan et al. N Engl J Med 2021;384:1412-23

Impfung als Ausweg?

NNV im Bevölkerungsdurchschnitt 25.000

Risiko für Alte 10.000 mal so hoch wie für Junge

Geschätzte NNV für Alte: 250

Geschätzte NNV für Junge: 2.500.000

Ist es gerechtfertigt, Kinder dem Risiko einer Impfung auszusetzen, deren Langzeiteffektivität fraglich, deren Risiko für schwere unerwünschte Wirkungen aber nicht unerheblich ist?

COVID 19 – was haben wir gelernt?

Primum nil nocere!

Der wiederholte/fortgesetzte Lockdown richtet massiven Schaden an:

- Arbeitslosigkeit
- Armut
- Depression
- Vereinsamung
- Gewalt
- Bildungsverlust
- Verschlechterung der medizinischen Versorgung

→ Verlust von Lebensjahren und Lebensqualität

COVID 19 – eine Todesursache unter vielen

- Es werden weiterhin Menschen an COVID-19 erkranken
- Es werden weiterhin Menschen an COVID-19 versterben
- Die Sterblichkeit an COVID-19 nimmt im Vergleich zu vielen anderen möglichen Todesursachen einen mittleren Platz ein
  - ca. 7 Tote/100.000 im Straßenverkehr im Jahr (Österreich)
  - ca. 19 Tote/100.000 durch Tbc im Jahr global
  - ca. 23 Tote/100.000 durch COVID-19 (global)
  - ca. 24 Tote/100.000 durch nosokomiale Infektionen (Deutschland)
  - ca. 32 Tote/100.000 durch Influenza 2017/18 (Österreich)
  - ca. 50 Tote/100.000 durch Lungenentzündung im Jahr (Österreich)
  - ca. 72 Tote/100.000 durch COVID-19 in Österreich (Österreich)
  - ca. 150 Tote/100.000 durch Zigarettenrauchen im Jahr (Österreich)
  - ca. 400 Tote/100.000 durch Hunger im Jahr global
  - ca. 1250 Tote/100.000 durch die spanische Grippe 1918/1919
  - ca. 3300 Tote/100.000 durch COVID-19 in Pflegeheimen

- In Deutschland sterben täglich ca. 2500 und in Österreich ca. 230-250 Menschen oder ca. 1130/100.000/Jahr

Quellen: AGES, destatis, Statistik Austria, WHO u.a.

COVID 19 – was müssen wir tun?

Eindämmung von Infektionskrankheiten ohne Schaden anzurichten

- **Schutz der gefährdeten Bevölkerung**
  - Verbesserung von Struktur/Personalsituation in Pflegeeinrichtungen
  - Schutz älterer und gefährdeter Menschen im ambulanten Bereich
  - Impfung anbieten/empfehlen

- **Übrige Bevölkerung:**
  - vernünftiges „Distancing“
  - symptomatisch Erkrankte bleiben zu Hause
  - Trennung von Infektiösen und anderen Patienten in der Gesundheitsversorgung
  - Impfung anbieten nach adäquater Aufklärung
  - Abstand halten
  - Home-Office, wenn möglich
  - Vorsicht bei „feucht-fröhlich-lauten“ Massenveranstaltungen
  - vernünftige Teststrategie bei symptomatischen Personen
  - Inzidenzmessung durch Sentinelpraxen und Zufallsstichproben
  - allgemeine Hygiene – Hände waschen, „Hust- und Niesetikette“
  - Mund-Nasenschutz in Risikobereichen (enge Räume mit vielen Menschen, Gesundheitsbereich, bevorzugt mit FFP2 nach entsprechender Einweisung)
  - raus an die frische Luft!
  - Eigenverantwortung

Und noch ein Hinweis zum Schluss:

Angst macht krank und blockiert die Vernunft

Methodik

METHODS

All persons who were newly vaccinated during the period from December 20, 2020, to February 1, 2021, were matched to unvaccinated controls in a 1:1 ratio according to demographic and clinical characteristics. Study outcomes included documented infection with the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2), symptomatic Covid-19, Covid-19–related hospitalization, severe illness, and death. We estimated vaccine effectiveness for each outcome as one minus the risk ratio, using the Kaplan–Meier estimator.

Dagan et al., NEJM 2021; 384:1412

Kritik an den Endpunkten

Forschungsfrage „ist“	Forschungsfrage „soll“
Wie effektiv ist der BNT162b2-Impfstoff zur Verhinderung von • Infektion mit SARS-CoV-2 • Symptomatische SARS-CoV-2-Erkrankung • COVID-19-bedingte Hospitalisierung • COVID-19-bedingter Tod	Wie effektiv ist der BNT162b2-Impfstoff zur Verhinderung • einer „Influenza-like-Illness“ (ILI) • einer ungeplanten Hospitalisierung egal welcher Ursache • des Todes egal welcher Ursache

Kritik:

- Die „Infektion“ ist irrelevant, wenn sie keine Symptome verursacht
- Erkrankungen, Hospitalisierungen und Todesfälle, die nicht COVID-19 zuzuordnen sind, werden nicht mitgezählt.
- Gesamtmortalität und Gesamthospitalisierungsrate werden überhaupt nicht berichtet.

Dagan et al., NEJM 2021; 384:1412

Beobachtungszeit und Follow-up

Beobachtungszeitraum „ist“	Beobachtungszeitraum „soll“
Für Geimpfte: ab 7 Tage nach der zweiten Impfung bis zu einem Ereignis oder bis 1.2.2021 Für Ungeimpfte: 20.12.2020 bis zur Impfung oder bis zum Ereignis oder bis 1.2.21 Dauer der Beobachtungszeit durchschnittlich **15 Tage**	Für Geimpfte: ab dem Tag der ersten Impfung bis zu einem Ereignis oder bis 1.2.2021 Für Ungeimpfte gematchte Kontrollen: ab dem Tag der Impfung des gematchten Geimpften bis zum Ereignis oder bis 1.2.2021 Jeder kann nur einmal teilnehmen. Follow-up mindestens sechs Monate

Kritik:

- Keine Erfassung der Ereignisse zwischen 1. Impfung und 7 Tage nach der 2. Impfung (Sekundäre Auswertung ab 14 Tage nach der ersten Impfung)
- Zunächst Ungeimpfte konnten durch Impfung die Gruppe wechseln und damit zweimal an der Studie teilnehmen
- Zu kurzer Beobachtungszeitraum für eine valide Aussage

Dagan et al., NEJM 2021; 384:1412

Teilnehmerauswahl

Ein-/Ausschlusskriterien „ist“	Ein-/Ausschlusskriterien „soll“
Alter ab 16 Jahre, nicht „genesen“ Bei CLALIT Health Services versichert Keine Gesundheitsberufe Keine Pflegeheimbewohner Keine Pflegebedürftigen zu Hause Kein Kontakt mit dem Gesundheitssystem in den drei Tagen vor Einschluss	Alle ab 16 Jahren, wenn die Ergebnisse auch für Genesene gelten sollen oder – wenn man die Impfeffektivität nur in der Risikogruppe untersuchen will: Alle ab 60 Jahren mit mindestens einer Begleiterkrankung

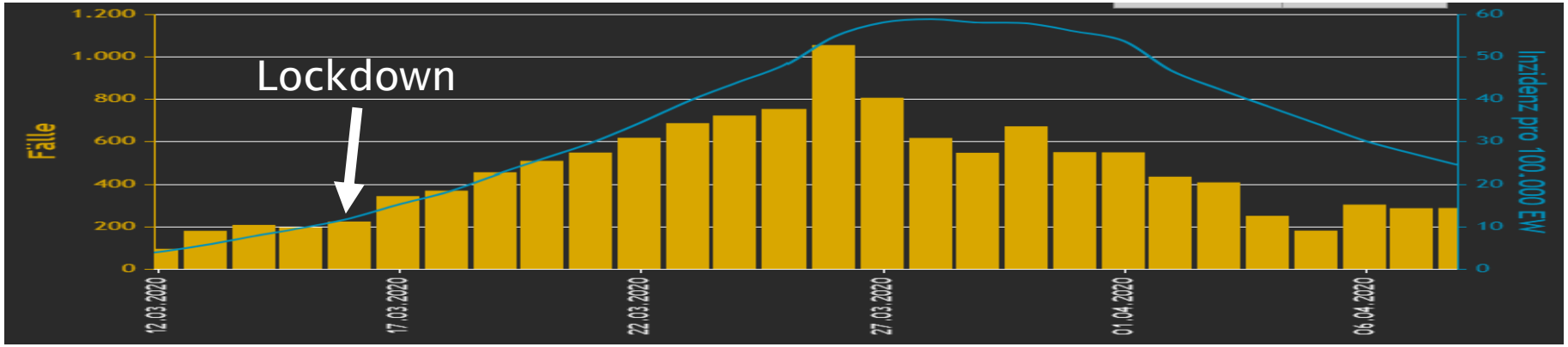
Kritik:

- Die Population mit dem höchsten COVID-Risiko ist ausgeschlossen
- Wenn Genesene auch geimpft werden sollen, dürfen sie aus der Studie nicht ausgeschlossen werden
- Studienergebnis gilt daher nicht für Pflegebedürftige und Genesene
- Somit fehlt der Studie die externe Validität

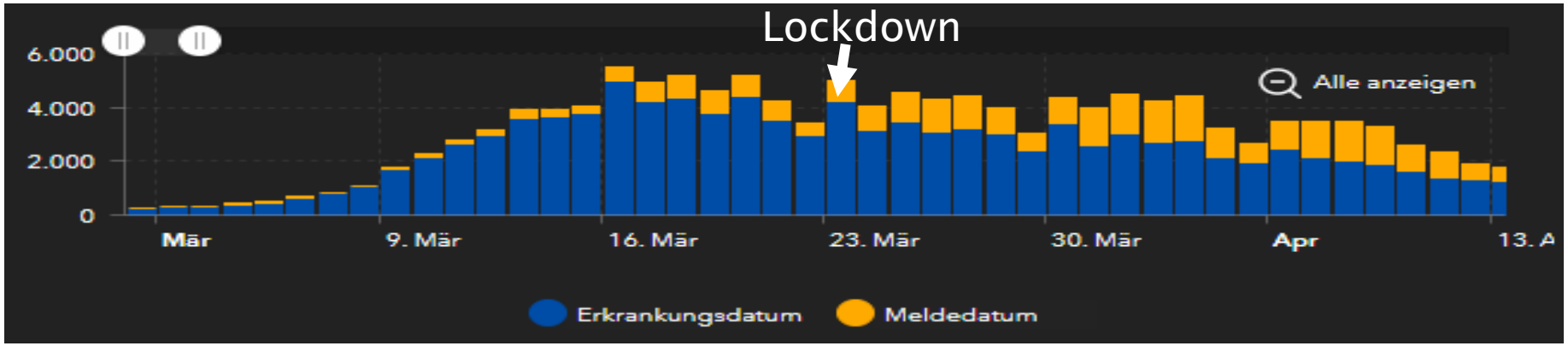
Dagan et al., NEJM 2021; 384:1412

Kein Zusammenhang zwischen Lockdown und epidemiologischer Kurve

Österreich



Deutschland



Quellen: AGES Dashboard, RKI-Dashboard

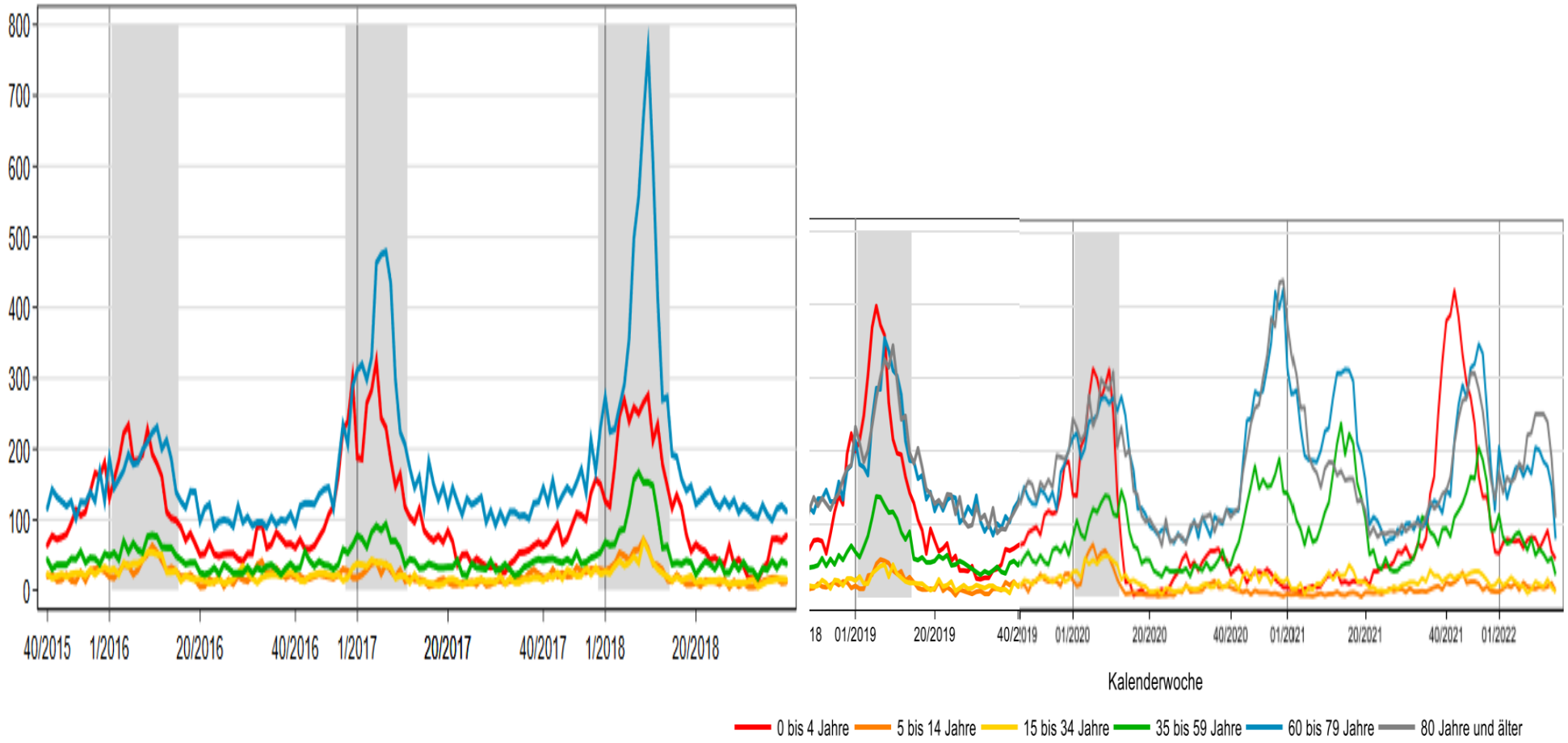
Zwischenbilanz der Corona-Krise

Die Corona-Bilanz trotz der Maßnahmen (Stand 25.4.2022, RKI)

	Deutschland (RKI)	**Welt** (JohnsHopkins)
Fälle (PCR+)	24,2 Mio (29% der Bev.)	508 Mio (6,4%)
….davon falsch positiv	ca. 10% (geschätzt)	?
….davon Doppelbestimmungen	ca. 10% (geschätzt)	?
….davon asymptomatisch	ca. 30%[1]	?
….davon symptomatisch krank	ca. 15-20% der Bev.	?
Todesfälle (an+mit)	134.185	5,5 Mio
Case-Fatality- Rate	0,55%	0,98%
Infection Fatality Rate	0,35%[2]	0,15% (Ioannidis 2021)
Tote/100.000/Jahr	75	32 (Schweden 83)

[1] Buytrage et al, PLOS Medicine, 2020, 17(9): e1003346
[2] Streeck et al, Nat Commun, 2020, 11:5829
[3] Ioannidis, Eir J Clin Invest, 2021, 51:e13554

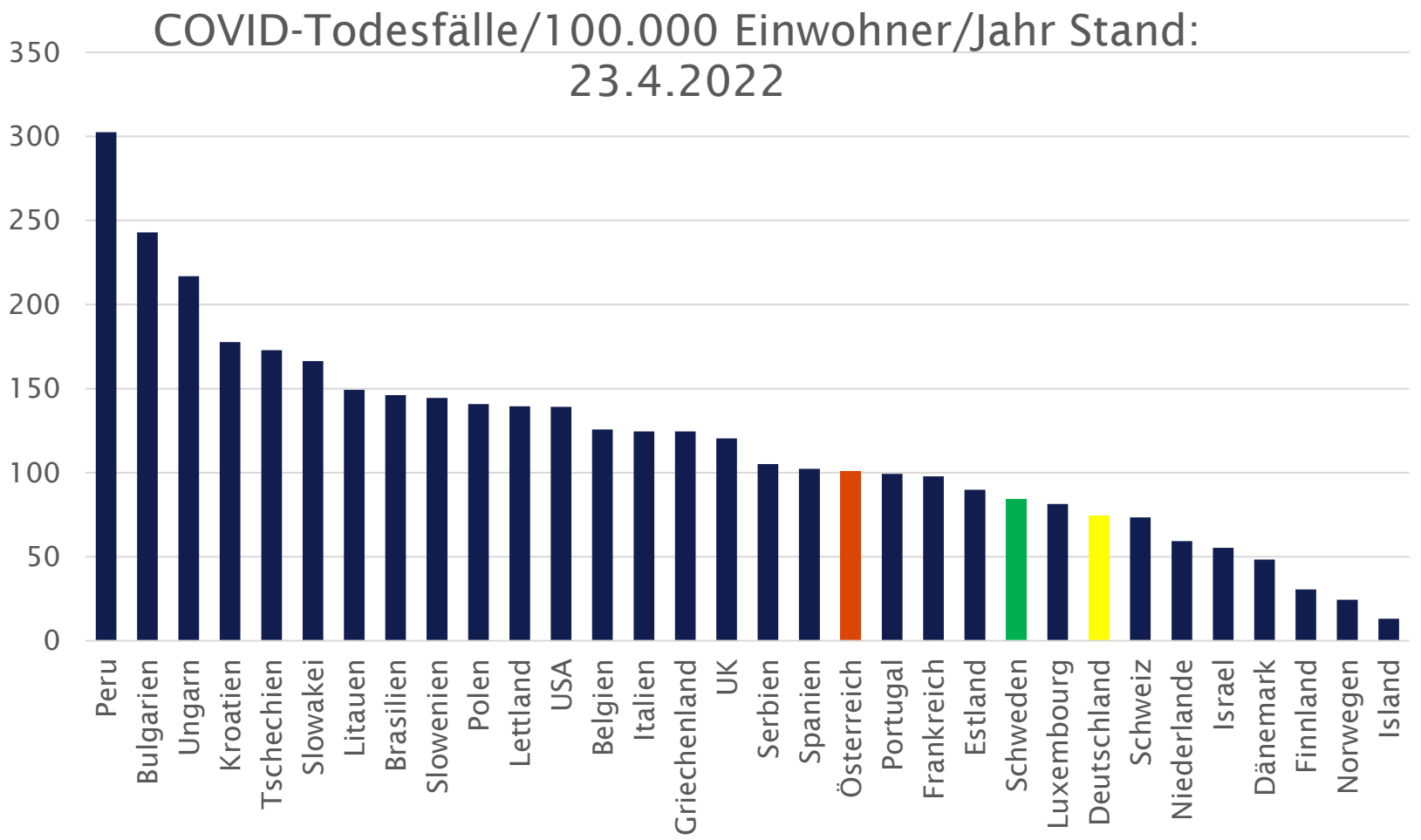
Keine wesentliche Zunahme der Hospitalisierungen aufgrund von „Severe Acute Respiratory Infections“ (SARI)



Daten des RKI aus 72 Sentinelkliniken – RKI Influenza Wochenberichte 2015-22

Quelle: RKI Wochenberichte Influenza 39/2018, 1/22 und 15/22

Große Diskrepanz der Todesraten zwischen den Ländern ohne erkennbaren Vorteil durch Lockdown



Quellen: Our World in Data, Stand 23.4.2022

Kein relevanter Lockdown-Effekt auf COVID-Mortalität und Ausbreitung in Metaanalysen

Studie	Ergebnis
Herby et al, SAE No. 200, 2022	Reduktion der Mortalität um 0,2%
Ioannidis et al, Eur J Clon Invest 2021;51:e13484	Kein Effekt auf Ausbreitung
Kerpen et al, Nat Bur Econ Res, WP 29928	Kein Unterschied zwischen US-Staaten mit und ohne Lockdown

Die meisten „Studien“, die Lockdown-Effekte „nachweisen“, sind Modellrechnungen mit unzutreffenden Grundannahmen

Evidenzbasierte Antwort:

Es gibt keine überzeugenden Daten für eine relevante Effektivität der Maßnahmen. „Studien“, die Effektivität „nachweisen“, basieren auf Annahmen, die nicht unbedingt der Realität entsprechen.

Evidenz Teil 3:

Waren die Maßnahmen schädlich?

Zwischenbilanz der Corona-Krise

Negative Effekte von Lockdowns und NPIs

	Deutschland	Welt
Kosten (BIP Verlust gegenüber 2019)	0,5-1,5 Billionen €	???
Arbeitslosigkeit	2019 5,0%; 2020 5,9% 2021 5,7%; 2022 5,3%[2]	Verlust von Arbeit in armen Ländern
Armut	Zunahme Armutsquote auf 16,1%[3]	Zunahme vor allem in armen Ländern
Körperliche Gesundheit	Zunahme Herzinfarkte, Schlaganfälle, Krebs[4]	Zunahme Hunger, Malaria, Tbc
Bildung	Insges. 183 Tage Schulschließung (EU Ø 125 Tage)[5]	???
Arbeitsausfall durch pos. PCR-Tests, Quarantäne u. Schul-/Kita-Schließung	123 Mio Arbeitstage[6]	???
Psychische Gesundheit	Einsamkeit, Depressionen, psych. Störungen	???

[1] Versch. Qu. [2] STATISTA [3] Armutsbericht Parität. Wohlfahrtsv. [4] Preusker, Medhochzwei, 2020. [5] Freundl et al. ifo 12/2021, 74 Jg.:41-50. [6] IAB-Forum (https://www.iab-forum.de/tag/corona-krise/)

Verlorene Lebensjahre (YLL) durch Schulschließung in den USA (1.-6. Schuljahr) in der ersten Welle 2020

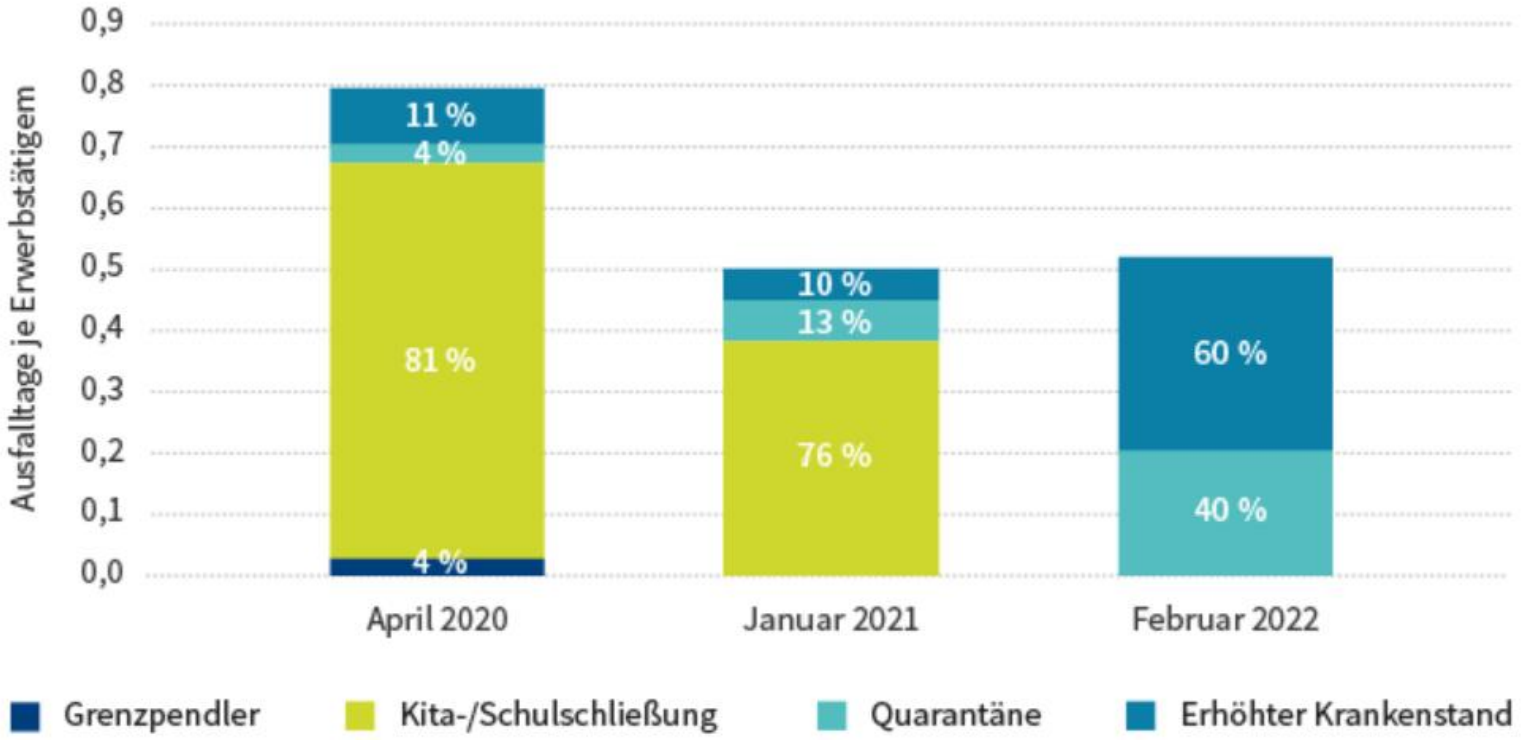
YLL durch Schulschließung	YLL durch COVID	YLG durch Lockdown	YLL gesamt
13.8 Mio	1.5 Mio	2.9 Mio	10.9 Mio

Auch diese „Studie“ basiert natürlich auf Grundannahmen, die nicht unbedingt der Realität entsprechen müssen.

Quelle: Christakis et al, JAMA Network Open, 2020, 3(11):e2028786

Arbeitsausfall durch COVID, Quarantäne von Kontaktpersonen und Kita-/Schulschließungen

Abb.: Zusätzliche ausgefallene Arbeitstage je Erwerbstätigem in exemplarischen Pandemie-Monaten und Anteil der verschiedenen Ausfallfaktoren



Quelle: https://www.iab-forum.de/krankheits-und-quarantaenebedingte-arbeitsausfaelle-legen-in-der-vierten-und-fuenften-welle-der-pandemie-deutlich-zu/

Psychische Gesundheit im Lockdown

- >50% der Jugendlichen berichten über depressive Symptome
- Deutlicher Zuwachs an depressiven Störungen in der gesamten Bevölkerung
- >30% berichten über reduzierte psychische Lebensqualität
- Nur 30% der Menschen mit psychischen Störungen werden behandelt

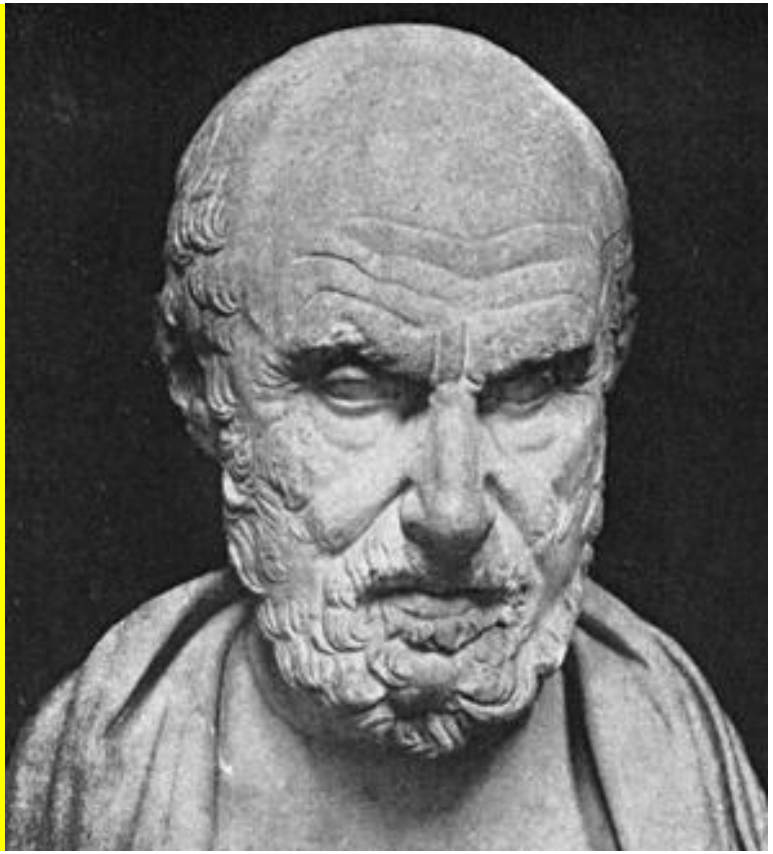
Quellen: Simun et al, BMC Public Health 2021;21:314; Braun et al, Mental Health Austria Projektbericht 2021

Evidenzbasierte Antwort:

Die Schäden durch die Maßnahmen sind eklatant, aber es gibt kaum valide Studien, welche die Schäden quantitativ erfassen. Auch viele Studien zu Kollateralschäden der Maßnahmen beruhen auf Hochrechnungen und Annahmen.

Aus dem Eid des Hippokrates

„Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht.“



Therapiefreiheit

„Therapiefreiheit ist ein wesentliches Element der ärztlichen Professionalität. Der Arzt ist immer dem individuellen Patienten verpflichtet.“



Ärztinnen und Ärzte verfügen über eine andere Erkenntnis und Handlungsmethodik und ein anderes Beobachtungsfeld als klinische Studien.

Deutsches Ärzteblatt 2008;105(25):A-1381

Meinungsfreiheit

„Jeder Mensch hat das Recht auf freie Meinungsäußerung; dieses Recht umfasst die Freiheit, Meinungen unangefochten anzuhängen und Informationen und Ideen mit allen Verständigungsmitteln ohne Rücksicht auf Grenzen zu suchen, zu empfangen und zu verbreiten.“



UNO Menschenrechtsabkommen Art. 19

Wissenschaftsfreiheit

„Die Vertragsstaaten verpflichten sich, die zu wissenschaftlicher Forschung und schöpferischer Tätigkeit unerlässliche Freiheit zu achten. “



UNO Menschenrechtsabkommen Art. 15 (3)

Seit Anfang 2020 wird in Österreich versucht, diese drei Rechte für Menschen einzuschränken, die nicht die Standpunkte der Regierung und ihrer nachgeschalteten Organe wie Ärztekammer, Universitäten und Medien vertreten.

Drama Nr. 1: Es ist verboten, die Maßnahmen gegen die COVID-Pandemie zu kritisieren

Die Österreichische Ärztekammer macht sich zum Handlanger der Regierung gegen Kritiker

Des Dramas erster Akt

Irgendwas stimmt da nicht……

- Stellungnahmen des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin
- Initiative für evidenzbasierte Coronainformationen (ICI)
- Zusammenarbeit mit dem ACU Austria

Einleitung von Disziplinarverfahren durch die Österreichische Ärztekammer

„Der Disziplinarbeschuldigte hätte nach Auffassung des Disziplinaranwalts aufgrund der **Datenlage** bereits im Oktober 2020 klar erkennen müssen, dass die COVID-19-Pandemie eine **wesentlich höhere Mortalität** aufweist als **Influenza** und die **mRNA-Impfung** bereits **jahrelang** erforscht und entwickelt wird, von den Zulassungsbehörden verantwortungsvoll geprüft wurde, und keinesfalls die überwiegende Mehrheit der Wissenschaftler vor den drohenden Nebenwirkungen warnt…. Damit ging es dem Disziplinarbeschuldigten offenbar primär um **politische Aussagen, die medizinisch unhaltbar sind.**“

Einleitung von Disziplinarverfahren durch die Österreichische Ärztekammer

„Dadurch, dass der Disziplinarbeschuldigte behauptete:
- die Gefährlichkeit der Corona-Pandemie wird überschätzt
- der Mund-Nasenschutz bringt mehr Schaden als Nutzen
- Die einzig sinnvollen Maßnahmen zum Schutz vor COVID sind Händehygiene, Hust- und Niesetikette und Abstand von symptomatisch Erkrankten
- die mRNA-Impfungen sind nicht verantwortungsvoll geprüft worden
- zur mRNA-Impfung liegen keine Langzeitstudien vor
- ….

…..hat er das Ansehen der in Österreich tätigen Ärzteschaft beeinträchtigt und damit das Disziplinarvergehen nach §136 Abs. 1 Z1 Ärztegesetz begangen.

Das Urteil

veröffentlichten offenen Briefs an die österreichische Bundesregierung und an die österreichische Bevölkerung, wonach die mRNA-Impfung nicht verantwortungsvoll geprüft worden sei und keine Langzeitstudien vorlägen und die überwiegende Mehrheit der Wissenschaftler vor den drohenden Nebenwirkungen warne, und er hat dadurch das Ansehen der in Österreich tätigen Ärzteschaft beeinträchtigt und damit das Disziplinarvergehen nach § 136 Abs 1 Z 1 ÄrzteG begangen.

Über Univ.-Prof. Dr. Andreas SÖNNICHSEN wird gemäß § 139 Abs 1 Z 2 ÄrzteG die Disziplinarstrafe der

Geldstrafe von 5.000 Euro

verhängt.

Gemäß § 163 Abs 1 ÄrzteG hat der Disziplinarbeschuldigte Univ.-Prof. Dr. Andreas SÖNNICHSEN die mit 1.000 Euro bestimmten Kosten des Disziplinarverfahrens zu ersetzen.

Des Dramas erster Akt

Die Datenlage

Des Dramas zweiter Akt

Noch funktionieren die Gerichte.....

Beschwerde beim Landesverwaltungsgericht

1. Es wurden nur Tatsachen dargestellt, keine falschen Behauptungen aufgestellt.
2. Selbst wenn die Behauptungen nicht belegbar wären, fallen diese unter die Meinungsfreiheit und sind durch das Grundrecht auf freie Meinungsäußerung geschützt.
3. Es ist eine genuine Aufgabe der Wissenschaft, Hypothesen aufzustellen, auch wenn diese nicht der gängigen Meinung entsprechen. Die wissenschaftlich begründeten Aussagen sind somit durch die Wissenschaftsfreiheit gedeckt.

Erwiderung der Kammer – die Highlights

„Der Disziplinarbeschuldigte kann doch nicht ernsthaft glauben, dass ein Arzt in Pandemiezeiten ungehindert die Allgemeinheit mit **falschen Informationen** verunsichern und damit die **Volksgesundheit gefährden** darf.“

„Das Verhalten des Disziplinarbeschuldigten **kostet letztlich Menschenleben.**“

„Auf diese Weise wird auch eine Herdenimmunität verhindert, die anderen **Personen das Leben kostet**“.

„Es ist nicht einzusehen, warum Ärzte in der Öffentlichkeit durch falsche Behauptungen die Bevölkerung verunsichern, Impfängste schüren dürfen und dadurch **zum Tod ungeschützter Bevölkerungsgruppen beitragen.**“

Erkenntnis des Landesverwaltungsgerichts

IM NAMEN DER REPUBLIK

I. Gemäß § 28 Abs. 1 VwGVG wird der Beschwerde stattgegeben, das angefochtenen Disziplinarerkenntnis aufgehoben und der Disziplinarbeschuldigte gem. § 161 Abs. 1 ÄrzteG freigesprochen.

II. Gemäß § 163 Abs. 2 ÄrzteG hat der Disziplinarbeschuldigte die Verfahrenskosten nicht zu tragen.

III. Gegen dieses Erkenntnis ist gemäß § 25a VwGG eine ordentliche Revision an den Verwaltungsgerichtshof nach Art. 133 Abs. 4 B-VG unzulässig.

Wesentliche Entscheidungsgründe

Die vom Disziplinarbeschuldigten getätigten, inkriminierten Äußerungen, die er als solche nicht bestreitet, stellen Werturteile dar, die auf einer faktischen Grundlage beruhigen. Diese Äußerungen unterfallen daher sowohl der verfassungsgesetzlich gewährleisteten Freiheit der Meinungsäußerung (Artikel 10 EMRK) als auch der Freiheit der Wissenschaft (Artikel 17 StGG).

Des Dramas dritter Akt

Die Ärztekammer beharrt auf ihrem unrechtmäßigen Disziplinarurteil

Antrag der Kammer auf außerordentliche Revision – die Highlights

„Dass diese **Behauptungen falsch** sind, hat sich nicht bloß inzwischen bewahrheitet und ist damit allgemein bekannt, sondern war auch zum Zeitpunkt der Äußerungen für den Disziplinarbeschuldigten als Arzt - ebenso wie für interessierte und informierte Bürger - **klar erkennbar.**“

„Das Verhalten des Disziplinarbeschuldigten fördert nicht nur die Spaltung der Gesellschaft, sondern trägt letztendlich auch zum **Tod eines Teiles der (Welt)Bevölkerung** bei.“

„Würden Ärzte wie der Disziplinarbeschuldigte nicht zu einer Verunsicherung der Bevölkerung beitragen, wäre die Erlassung einer allgemeinen Impfpflicht nicht notwendig geworden.“

Antrag der Kammer auf außerordentliche Revision – die Highlights

Die Verbreitung von „**Fake-News**" bzw. im gegenständlichen Fall von „**Fake-Science**" kann nicht unter dem „Deckmantel" der „Wissenschaftsfreiheit" erfolgen und in einer demokratischen Gesellschaft folgenlos hingenommen werden."

„Er ist vielmehr in einer **„Anti-Corona"-Partei** politisch tätig und nützt dafür seine Stellung als Arzt aus, um politische Positionen zu transportieren."

„Andreas Sönnichsen und Michael Meyen bewegen sich in ihrer Argumentation zum Thema Covid-19 und den dazugehörigen staatlichen Maßnahmen **nicht durchgehend auf dem Boden wissenschaftlicher Fakten**. Zwar leugnen sie nicht die Existenz des Virus, verharmlosen es jedoch stark und suchen in diesem Zusammenhang auch die Nähe zu **rechtsnationalen und antisemitischen Positionen**."

Des Dramas dritter Akt

Seit einem halben Jahr warten wir auf eine Entscheidung des VwGH

Drama Nr. 2: Wer gegen die Impfung spricht, erhält eine Disziplinarstrafe

Der Präsident der Österreichischen Ärztekammer droht allen Ärzten, die ihren Patienten von der Impfung abraten, mit Disziplinarstrafen

Des Dramas erster Akt

„Im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Pandemie darf klargestellt werden, dass es derzeit aufgrund der **vorliegenden Datenlage** aus wissenschaftlicher Sicht… grundsätzlich keinen Grund gibt, Patienten von einer Impfung gegen COVID abzuraten."

„Abschließend darf darauf hingewiesen werden, dass eine … Verletzung der Berufspflicht in diesem Zusammenhang durch die Disziplinarorgane der ÖÄK… sanktioniert wird."

ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER

325/ 2021 Rundschreiben

Ergeht per E-Mail an:
- alle Präsidenten und Vizepräsidenten der Landesärztekammern
- alle Mitglieder der ÖÄK-Vollversammlung
- alle Landesärztekammern
- den Obmann und die Stellvertreter der Bundeskurie angestellte Ärzte
- den Obmann und die Stellvertreter der Bundeskurie niedergelassene Ärzte
- den Obmann der Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin und approbierte Ärzte
- den geschäftsführenden Obmann der Bundessektion Fachärzte sowie die drei Bundessprecher
- die Vorsitzenden der Ausbildungskommission und des Bildungsausschusses
- den Obmann der Bundessektion Turnusärzte
- die Geschäftsführer von Akademie, ÖQMED und Verlag

Wien, 02.12.2021
Mag.Sch/gh

Betrifft: Beratung von Patientinnen/Patienten iZshg mit der COVID-19-Schutzimpfung

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Österreichische Ärztekammer darf aus gegebenem Anlass auf Folgendes hinweisen:

Ärztinnen und Ärzte sind auf Grundlage des Ärztegesetzes 1998 im Rahmen der Einhaltung ihrer Berufspflichten ua verpflichtet, jeden von ihnen in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Darüber hinaus ist nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung das Wohl der Kranken und der Schutz der Gesunden zu wahren.

Ärztinnen/Ärzte haben sich zudem jeder Information zu enthalten, wenn diese wissenschaftlichen Erkenntnissen oder medizinischen Erfahrungen widerspricht, oder nicht den Tatsachen entspricht.

Im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Pandemie darf klargestellt werden, dass es derzeit aufgrund der vorliegenden Datenlage aus wissenschaftlicher Sicht und unter Hinweis auf diesbezügliche Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums grundsätzlich keinen Grund gibt, Patientinnen/Patienten von einer Impfung gegen COVID-19 abzuraten.

Einzig medizinische und wissenschaftlich belegte Gründe, wie bspw eine Allergie gegen den Impfstoff, können gegen eine COVID-19-Schutzimpfung sprechen, wobei auch hier auf die Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums hinzuweisen ist und eine Nutzen-Risiko-Abwägung zu erfolgen hat.

Abschließend darf darauf hingewiesen werden, dass eine allfällige Verletzung einer Berufspflicht in diesem Zusammenhang durch die Disziplinarorgane der Österreichischen Ärztekammer geprüft wird und bei Feststellung einer solchen dies entsprechend sanktioniert wird.

Mit freundlichen Grüßen

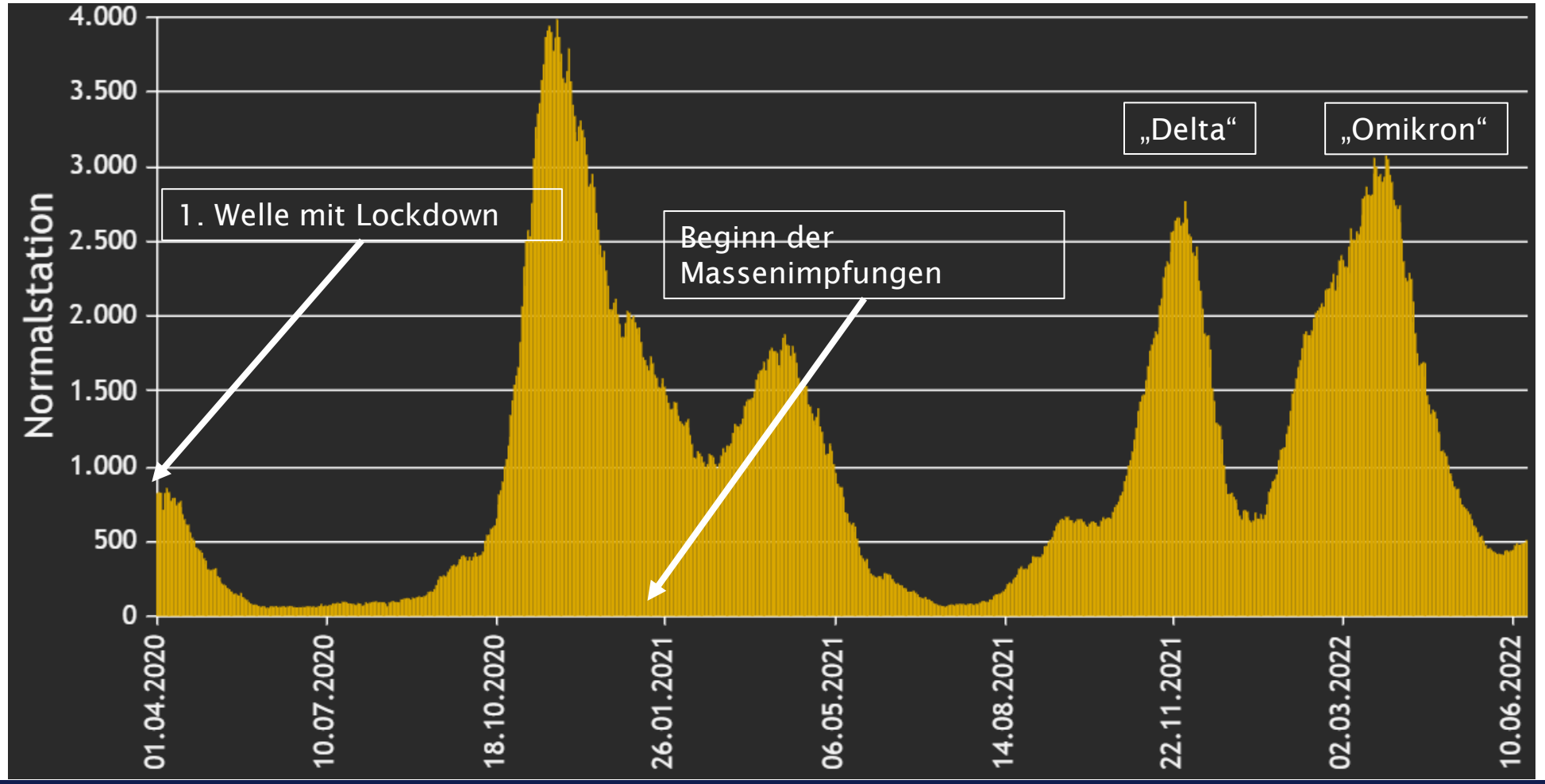
a.o. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres
Präsident

Weihburggasse 10–12, A-1010 Wien, Austria, Tel.: +43 (1) 51406-3000, Fax: 3042 Dw, post@aerztekammer.at, www.aerztekammer.at
DVR: 0057746, IBAN: AT91 1813 0500 0112 0000, BIC: BWFBATW1, Österreichische Ärzte- und Apothekerbank AG, Wien

Wie ist denn die „Datenlage“ zur Impfung?

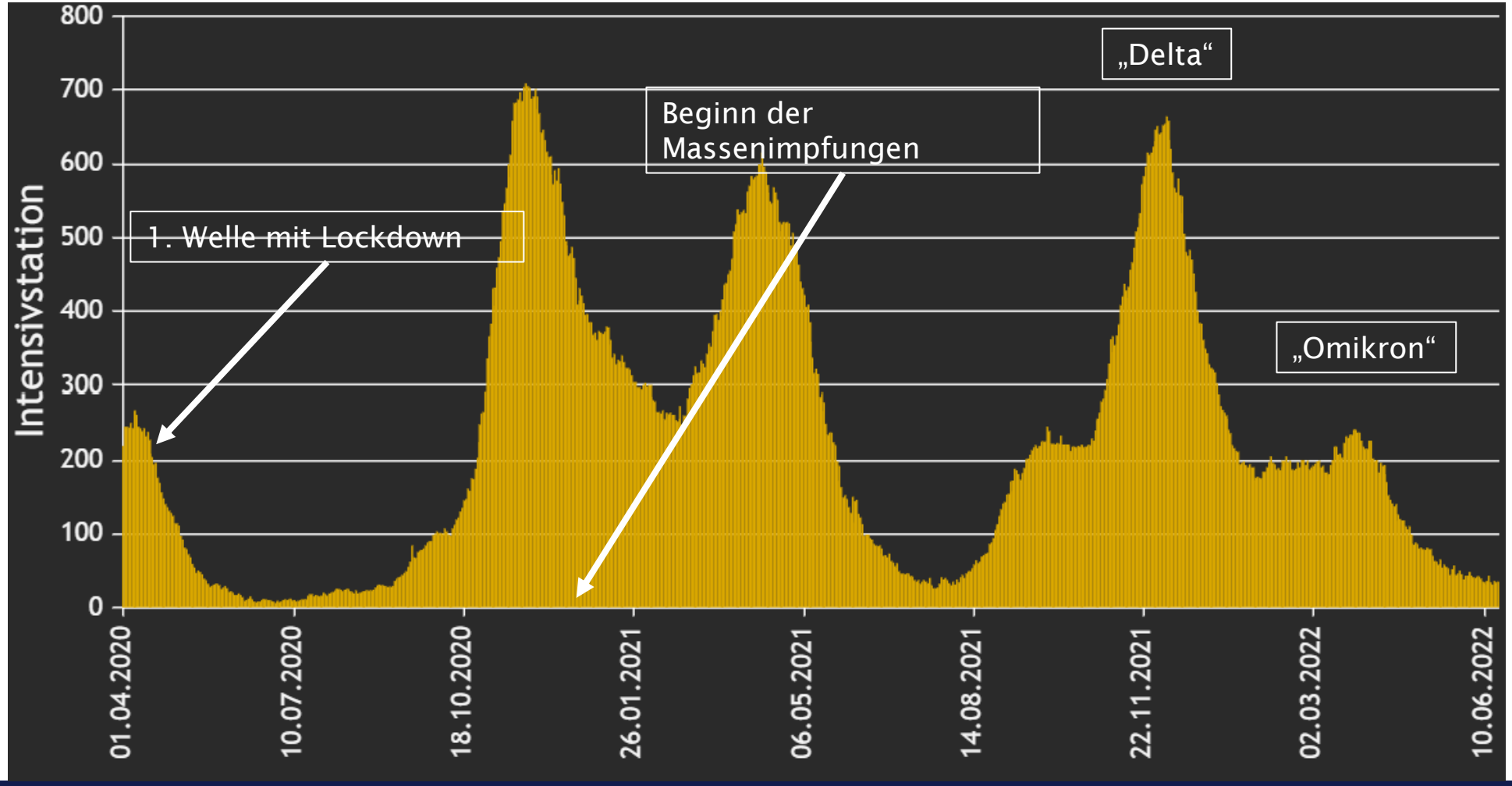
- Gibt es einen belastbaren Effektivitätsnachweis?
- Schützt die Impfung andere?
- Ist die Impfung sicher?

Hospitalisierte mit positivem PCR-Test in Österreich



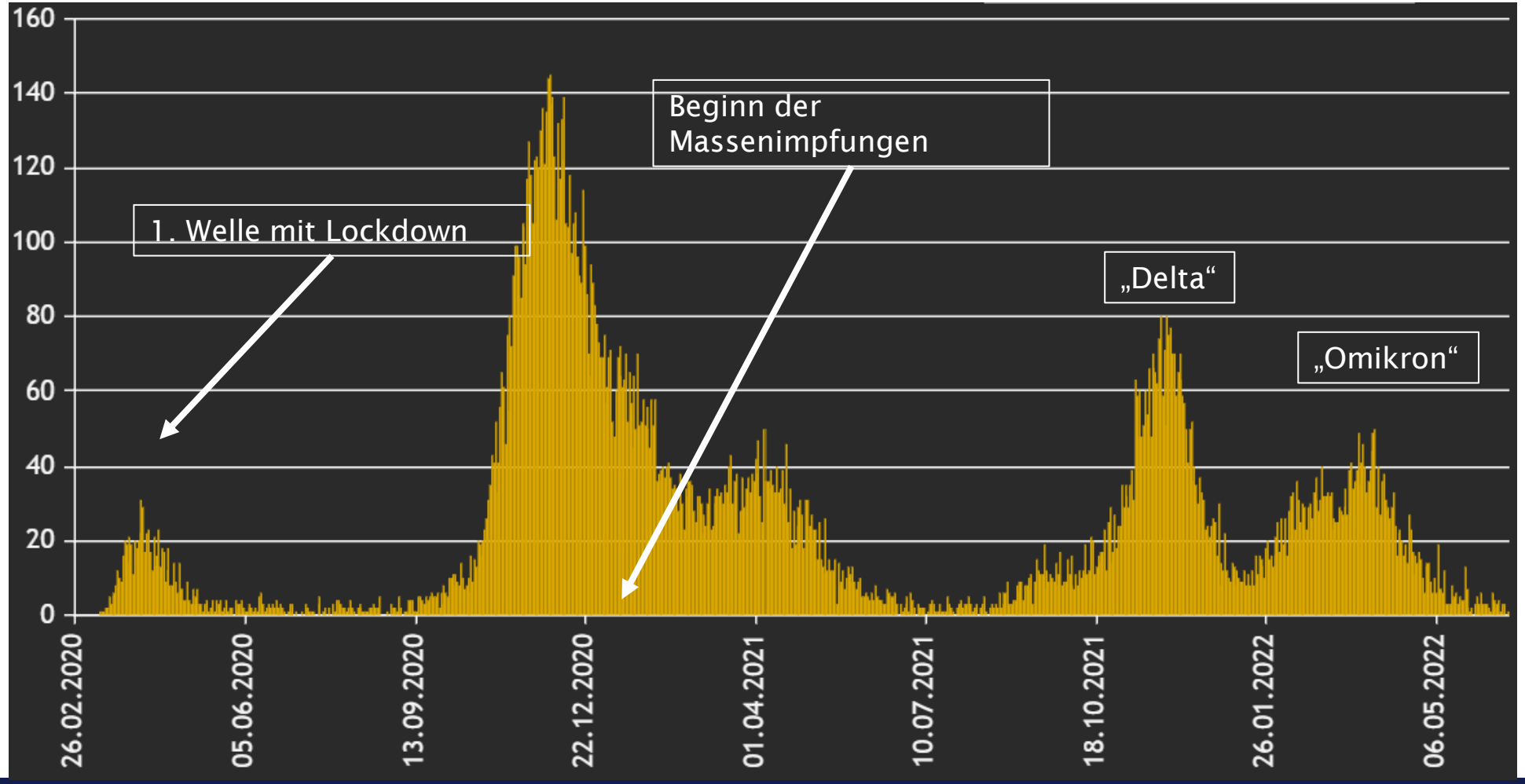
Quelle: AGES-Dashboard (https://covid19-dashboard.ages.at/) – Stand 17.6.2022

Auf Intensivstation Behandelte mit positivem PCR-Test in Österreich



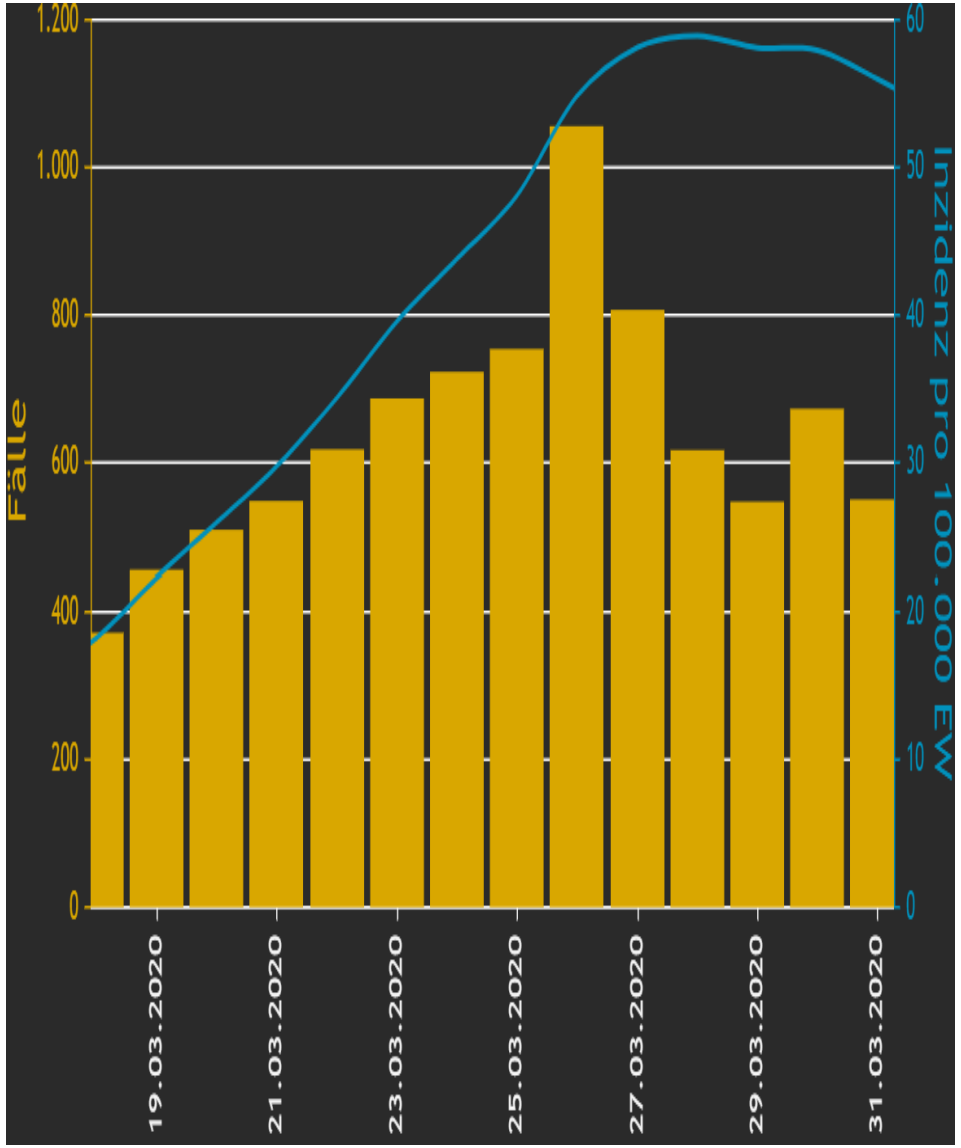
Quelle: AGES-Dashboard (https://covid19-dashboard.ages.at/) – Stand 17.6.2022

Todesfälle mit positivem PCR-Test in Österreich

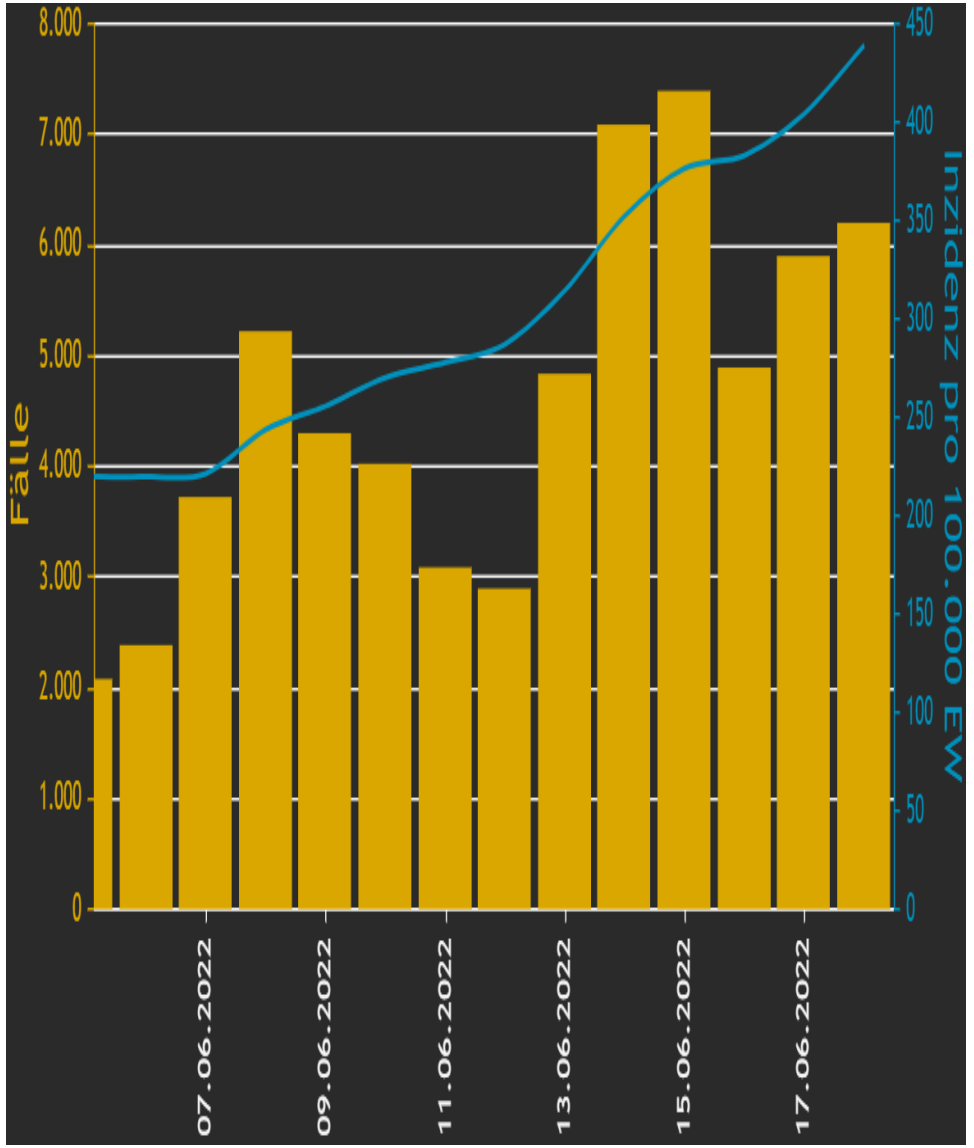


Quelle: AGES-Dashboard (https://covid19-dashboard.ages.at/) – Stand 17.6.2022

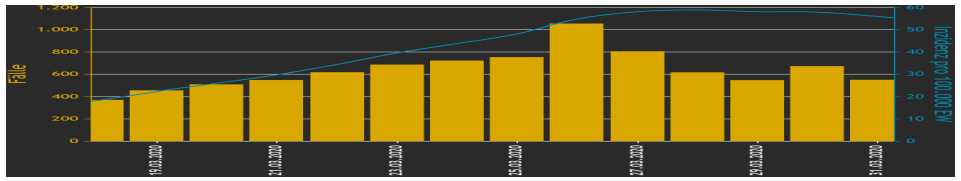
März 2020



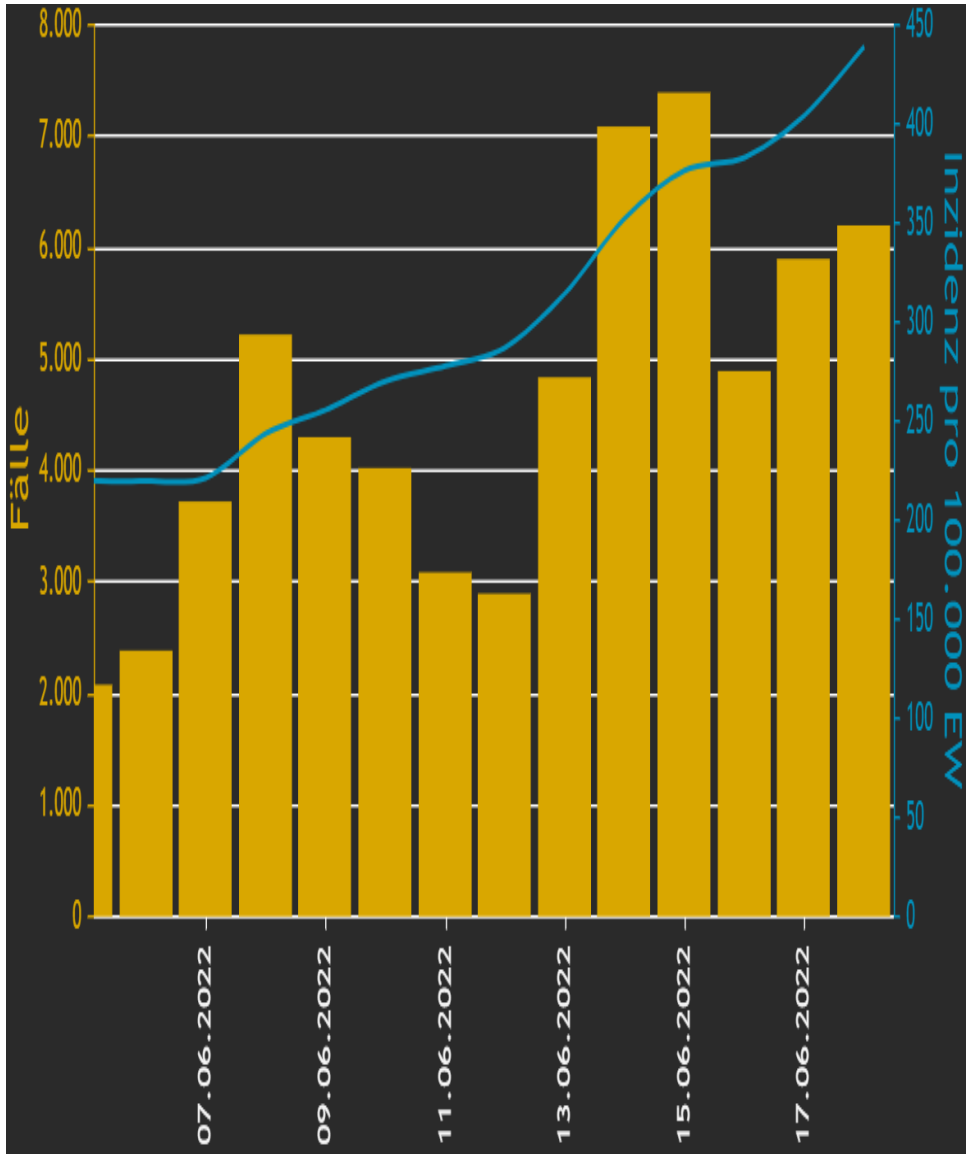
Juni 2022



März 2020



Juni 2022



An oder mit COVID Verstorbene

Welle	Anzahl Verstorbene	Verstorbene in % der Erkrankten
1.	811	4,5%
2.	8677	2,2%
3.	3571	1,5%
Delta	3781	0,6%
Omikron	3153	0,1%

Infektionssterblichkeit weltweit etwa 0,15%
338 Studien aus 50 Ländern
Ioannidis et al. Eur J Clin Invest. 2021;51:e13554

Quelle: AGES-Dashboard (https://covid19-dashboard.ages.at/) – Stand 17.6.2022

Ethisches Dilemma

Darf man versuchen, das Leben einer Bevölkerungsgruppe zu schützen, indem man einer anderen massiven Schaden zufügt?

Darf der Staat Kindern gesunde Lebensjahre und Bildungschancen rauben, um das Leben von alten Menschen mit Vorerkrankungen zu verlängern?

Sind die Maßnahmen wirklich schädlich?

Was sagen die Studien zu Effektivität und Sicherheit der Impfstoffe?

2. Post-Marketing-Studien

Retrospektive gematchte Kohortenstudie

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting

Noa Dagan, M.D., Noam Barda, M.D., Eldad Kepten, Ph.D., Oren Miron, M.A., Shay Perchik, M.A., Mark A. Katz, M.D., Miguel A. Hernán, M.D., Marc Lipsitch, D.Phil., Ben Reis, Ph.D., and Ran D. Balicer, M.D.

Dagan et al., NEJM 2021; 384:1412

Ergebnisse

Vergleich von 596.618 Geimpften mit
596.618 gematchten Ungeimpften

Impfeffektivität:

- 92% für Infektion
- 94% für symptomatische COVID-Erkrankung
- 87% für COVID-bedingte Hospitalisierung
- 72% für Tod durch COVID

Ergebnisse

Aber…..schwere methodische Fehler:

- Infektionen, Hospitalisierungen und Todesfälle werden erst ab 14 Tage nach der zweiten Impfung gezählt.
- Gesamterkrankungsrate an „Influenza-like-Infections“, Gesamthospitalisierungsrate und Gesamtsterblichkeit werden unterschlagen.
- Durchschnittliche Beobachtungszeit: 15 Tage.
- Ungeimpfte, die sich während der Studienlaufzeit impfen ließen, nahmen zweimal an der Studie teil.
- Gesundheitsberufe, Pflegeheimbewohner und Pflegebedürftige zu Hause waren von der Teilnahme ausgeschlossen.

Dagan et al., NEJM 2021; 384:1412

Schlussfolgerung

CONCLUSIONS

This study in a nationwide mass vaccination setting suggests that the BNT162b2 mRNA vaccine is effective for a wide range of Covid-19–related outcomes, a finding consistent with that of the randomized trial.

Tatsächlich mögliche Schlussfolgerung:

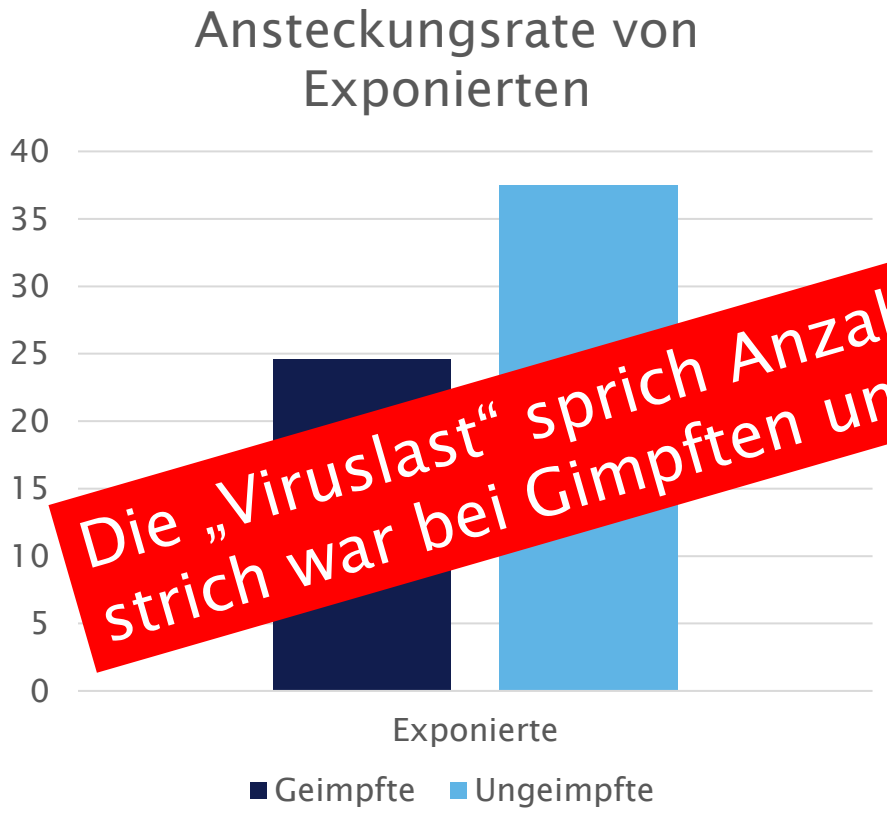
In einer erwachsenen Bevölkerung ohne Gesundheitsberufe, ohne Pflegebedürftige und Heimbewohner und ohne Genesene erscheint eine Reduktion COVID-assoziierter Endpunkte möglich, ohne dass eine Aussage zu Gesamthospitalisierungsrate, Gesamtmortalität und Impfnebenwirkungen gemacht werden kann. Da auch die Endpunkte zwischen erster Impfung und 7 Tage nach der zweiten Impfung nicht berücksichtigt werden, bleibt die Aussage unsicher.

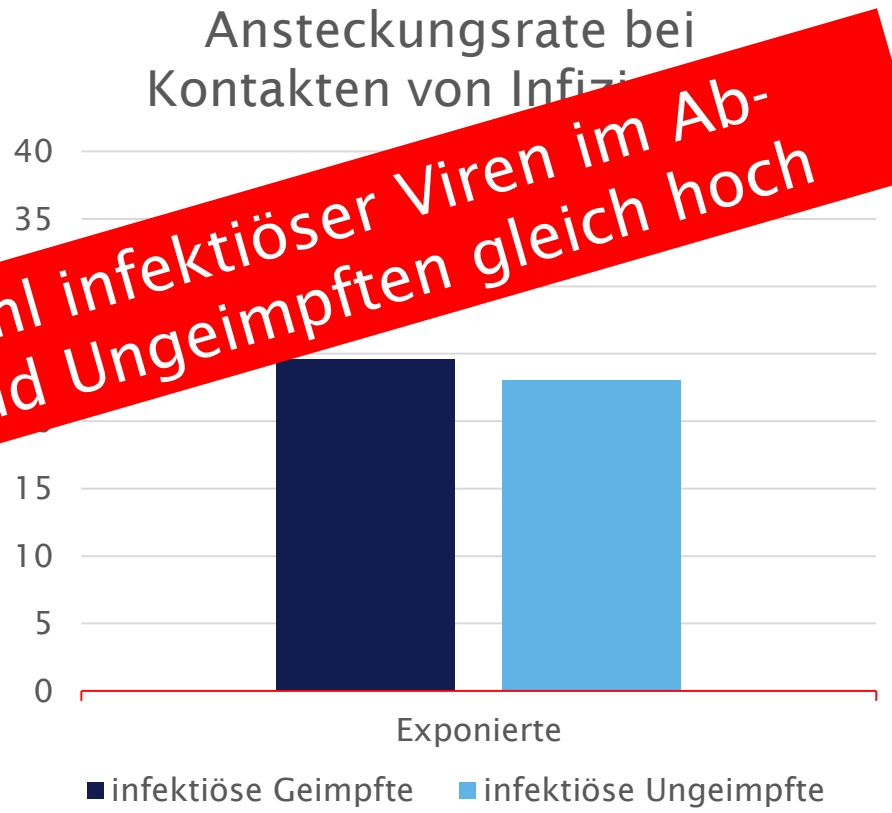
Dagan et al., NEJM 2021; 384:1412

Was sagen die Studien zu Effektivität und Sicherheit der Impfstoffe

3. Schützt die Impfung andere?

Schützen die Impfungen vor der Weitergabe der Infektion?





Die „Viruslast“ sprich Anzahl infektiöser Viren im Abstrich war bei Gimpften und Ungeimpften gleich hoch

Relatives Risiko für Geimpfte: 0,66 (95% KI 0,40-1,09)

Relatives Risiko für Kontakte von Geimpften: 1,07 (95% KI 0,62-1,85)

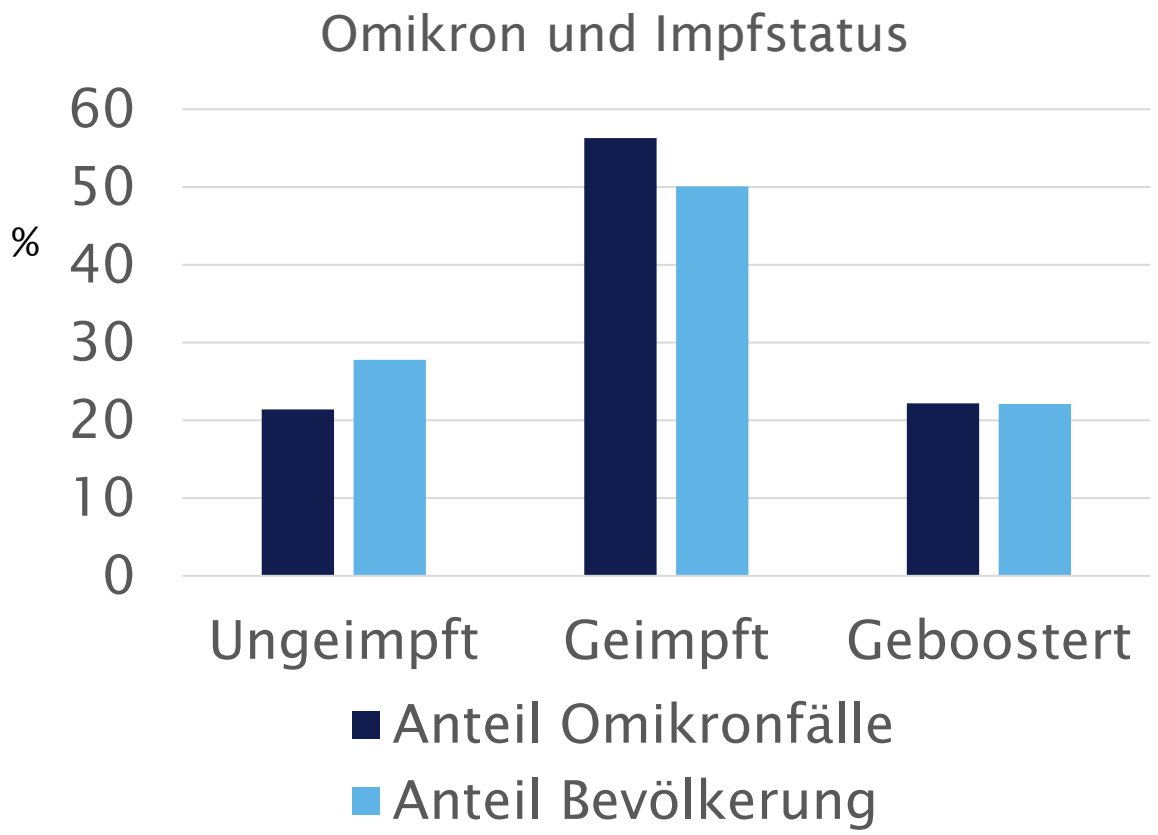
Singanayagam et al., Lancet Inf. Dis. 2021;S1473309921006484

Fazit zur Effektivität der Maßnahmen Sachverständigengutachten vom 5.7.2022

Bereits im Jahr 2001 wurde vom RKI darauf hingewiesen, dass die Wirksamkeit der im Infektionsschutzgesetz verankerten Non-pharmaceutical interventions (NPI) im Pandemiefall, etwa die Schließung von Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen, das Verbot von Veranstaltungen oder die Verhängung einer Quarantäne genauso wie Grenzkontrollen oder Beschränkungen des internationalen Reiseverkehrs, nicht näher untersucht und deren Wirksamkeit daher unbekannt sei. Dem RKI war bereits klar, dass demzufolge diese Maßnahmen nur probatorisch angeordnet werden können. Es wurde angemahnt, ihre Effektivität vor der Pandemie zu klären.[16] Der im Jahr 2016 aktualisierte Pandemieplan des RKI beinhaltet weiterhin eine lange Reihe von NPI, deren Wirkungen nicht erforscht sind.

https://berliner-zeitung.de/blz-public/files/2022/07/01/ed01c861-6a3e-4dae-bf74-08fd5ecf380b.pdf?fbclid=IwAR34a4mMXh4sGFZZ2Vf40CVnUhZTkd6WNSUZxXVOy25rGNECJO_rwdqHbXA

Omikronfälle in Deutschland vom 21.11. bis 27.12.2021



Relatives Risiko für Geimpfte:
1,46 (95% KI 1,36-1,56)

RKI Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 vom 30.12.2021

Was ich als Hausarzt erlebe……

49jähriger Skilehrer: plötzlicher Herztod aus voller Gesundheit heraus, zweifach mit Comirnaty geimpft

20jährige Studentin: Sinusvenenthrombose mit langdauerndem Kopfschmerzsysndrom und Epilepsie nach Comirnaty-Impfung

35jähriger Lehrer: seit der zweiten Comirnaty-Impfung im Krankenstand (6 Monate!), unsägliche Schwäche und Gliederschmerzen

24jähriger Bauarbeiter: Schlaganfall nach Comirnaty-Impfung

Bei keinem dieser Patienten kann ich den Zusammenhang mit der Impfung beweisen, aber so etwas habe ich in 35 Jahren Berufstätigkeit als Arzt noch nie erlebt!