



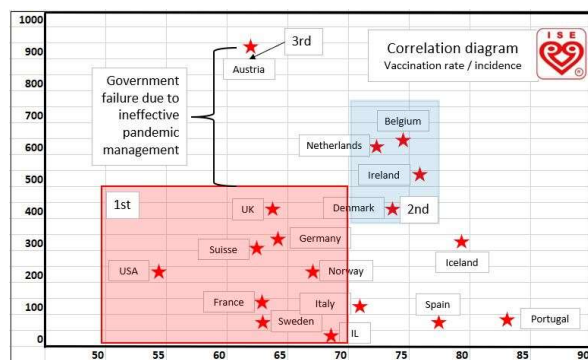
## Analyse der Corona Maßnahmen SARS-Cov-2 (Covid-19)

Am Ende von 2 Jahren Corona Pandemie steht ein Gesetzesvorhaben der Regierung zur Impfpflicht, das aufgrund des von ihr verbreiteten Narratives einer „Pandemie der Ungeimpften“ aufgrund einer nach Meinung der Regierung unzureichenden Impfbereitschaft der Bevölkerung sich mit der erstmals in der Humanmedizin erstmals eingesetzten mRNA-Impftechnologie impfen zu lassen begründet, was nach Ansicht der Regierung zu einer Überlastung des Gesundheitssystems, im Speziellen der Intensivstationen geführt hat. Die dadurch notwendig gewordenen Lock-Downs hätten ebenfalls aufgrund der Impfunwilligkeit zu enormen wirtschaftlichen Schaden geführt. Daher sei man gezwungen durch eine Impfpflicht für eine höhere Durchimpfungsrate zu sorgen, um damit die Covid-Pandemie beenden zu können.

### Die bisher eingesetzten mRNA- und Vektorimpfstoffe ohne sterile Immunität

Nach einem Jahr Erfahrung mit den bisher am Markt befindlichen sogenannten Impfstoffen können zum Unterschied früherer Pocken-, Masern-, Röteln- und anderer langjährig erprobter Impfstoffe nicht nur keine sterile Immunität, sondern auch eine nur sehr kurzfristige Schutzwirkung vor schweren Erkrankungen durch Stimulierung neutralisierender IgG Antikörper, nicht aber einer viel wichtigeren T-Zellen Immunität erzielt werden.

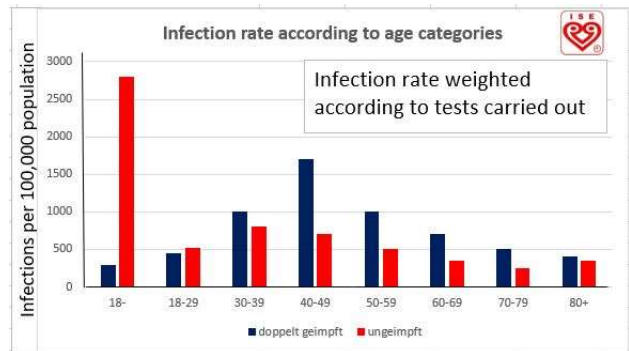
Es zeigt sich daher auch im Vergleich zu anderen vergleichbaren Staaten, dass es keinen Zusammenhang zwischen hoher Durchimpfungsrate und niedriger Inzidenz gibt und daher Österreich mit vergleichsweise Durchimpfungsrate eine viel höhere Inzidenz aufweist.



Die hohe Infektiosität hat daher seine Ursache nicht in einer zu niedrigen Durchimpfungsrate, sondern ist ausschließlich hausgemacht durch ein ineffektives und lernunwilliges Corona-Krisenmanagement, das ausschließlich parteipolitischen Zielsetzungen folgt und nicht vorrangig die Volksgesundheit mit gelindesten Mitteln sicherzustellen im Auge hat.



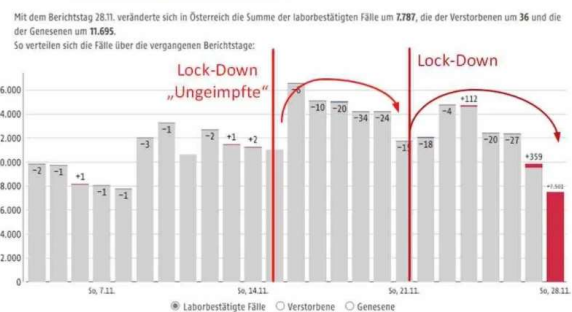
Ein weiteres Narrativ, die „Ungeimpften“ weisen eine höhere Inzidenz als „Geimpfte“ auf, ist ebenso leicht zu widerlegen, gewichtet man die jeweiligen Inzidenzen mit der jeweils zuordenbaren Anzahl an Tests.



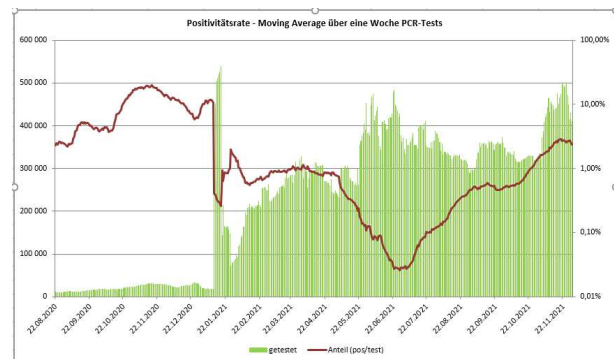
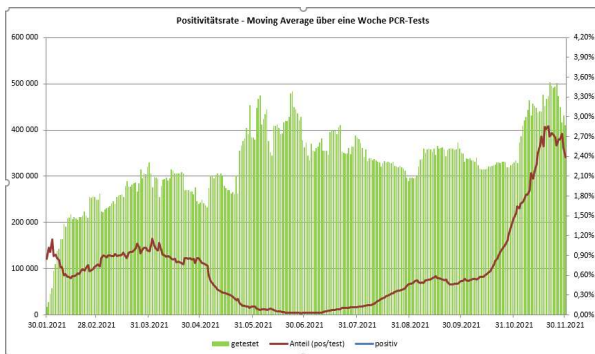
Damit ist leicht zu belegen, dass in Wahrheit die Inzidenz bei „Geimpften“ deshalb höher ist, weil diese von der Politik von der Testpflicht befreit, unwissend zu Spreadern werden.

Dies zeigt sich beim aktuellen Lock-Down als nach der 2G Regel kaum ein Rückgang der Inzidenz und erst nach dem Total-Lock-Down als auch „Geimpfte“ betroffen waren die Inzidenz merklich zurückging. Was zu beweisen war.

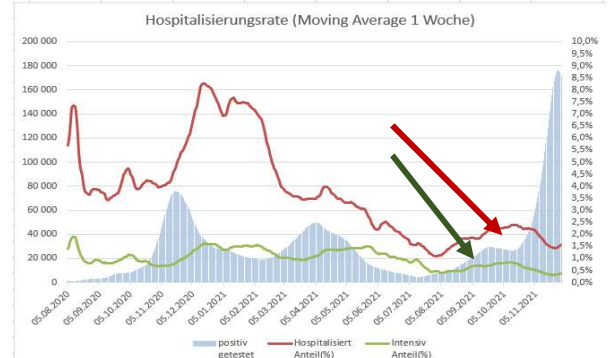
Verteilung neuer Fälle über die letzten Tage



In den folgenden Diagrammen der Positivitätsraten erkennt man ebenfalls erst einen Rückgang, als auch „Geimpfte“ in den Lock-Down geschickt wurden.



Ein weiteres Narrativ zur Begründung einer Impfpflicht liegt in den übervollen Intensivstation und einem drohenden Kollaps des Gesundheitswesens. Da die jeweiligen Hospitalisierungsraten aber rückläufig sind, stellt sich die Frage nach den Gründen.





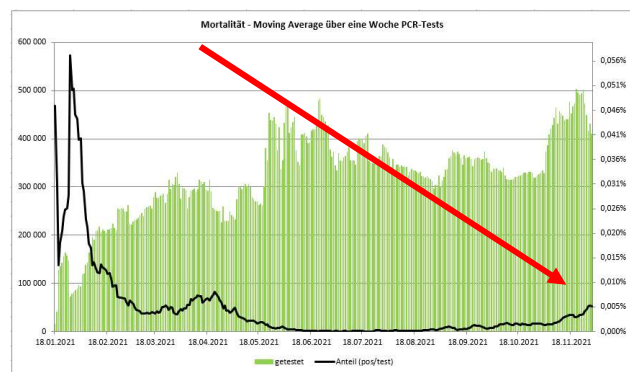
Dazu bekommt man nur Klarheit, wenn man die Zahlen aus Deutschland heranzieht:

Derselbe Effekt zeigt sich im Wesentlichen (in Österreich gibt es nur teilweise brauchbare Daten) wie in Deutschland. Während der Pandemie sind die Belegungen in den Intensivstationen laufend zurückgegangen. Der Engpass entstand nicht durch Zuwächse bei den Belegungen oder fehlendem Equipment, sondern im Rückgang der verfügbaren Betten wegen fehlender Personalressourcen

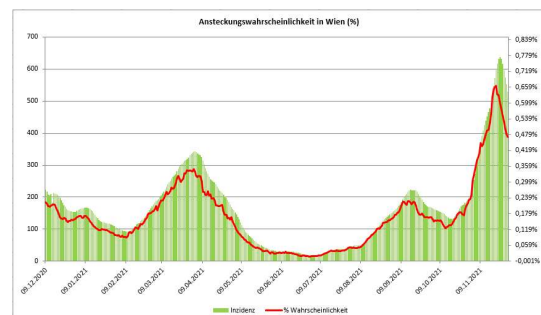
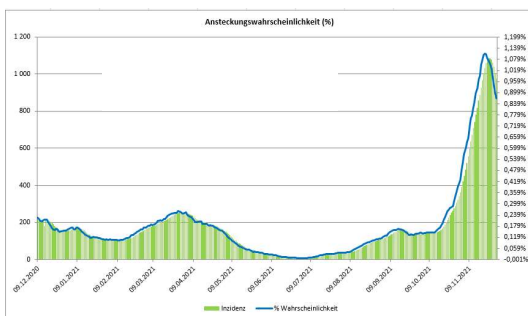


Also waren es nicht die steigende Zahl der zu versorgenden Patienten, sondern Missmanagement der Regierung bei den Personal-Ressourcen. Fehlende vorausschauende Personalplanung, geringen Wertschätzung und Bezahlung sowie keine Bereitschaft mit Prämien eine zeitweise Rückkehr von qualifiziertem Personal aus der Pension zu ermöglichen.

Aber auch die Mortalitätsrate zeigt ein weiteres Versagen des Corona-Managements. Viel zu spät war man bereit die nachlassende Wirkung der mRNA Impfungen trotz Hinweisen aus IL zur Kenntnis zunehmen und rechtzeitig mit dem 3. Stich für 70+ Personen zu beginnen.



Ein weiteres Phänomen sind die unterschiedlichen Inzidenzentwicklungen in Wien zu jenen in den Bundesländern:





Das hervorragend organisierte und auch dadurch angenommene PCR-Gurgel-Test Angebot in Wien führte auch zur Bereitschaft von „Geimpften“ überdurchschnittlich Gebrauch zu machen und dadurch die Inzidenz auf halben Niveau zu halten.

Im Hinblick auf die Intensivstationen hat sich jedoch bei den Kinder-Intensivstationen während der Pandemie eine Belegs-Zuwachs ergeben, der nur zu 1% auf COVID-19 und zu 99% auf andere respiratorische Infektionskrankheiten zurückzuführen war, was aufgrund des erschwerten Zuganges zur ärztlichen Versorgung zum Corona-Kollateralschaden zu zählen ist.



Bleibt abschließend nur noch auf ein weiteres Narrativ einzugehen, das bereits vorsorglich durch die Regierung in Stellung gebracht wird:

Die Variante Omikron B.1.1.529 aus Südafrika wird schon jetzt als wesentlich infektiöser und daher bedrohlicher angekündigt. Dabei war es der Wunsch nach einer hohen Durchimpfungsrate mit einem Impfstoff, der keine sterile Immunität und nur kurze Wirkdauer hat, durch den entstandenen Selektionsdruck zu verstärkter Mutationsgeschwindigkeit und damit Entstehung von Escape-Varianten (erfordert laufend update der mRNA Impfstoffe und 174 bis 1/2- jährige Auffrischungsimpfungen) geführt hat.

### **mRNA Impfstoffe bei "Omikron" noch weniger wirksam als bei Delta**

Nur auf mRNA-Impfstoffe zu setzen war daher entscheidender Fehler, denn zum Unterschied zu traditionellen "Totimpfstoffen" setzt der mRNA Impfstoff bei den Spike-Proteinen an, die nun durch 30 Mutationen (Ergebnis des Selektionsdruckes durch Impfstoffe ohne sterile Immunität) zu einer Escape-Variante geworden sind. **Dabei wird die gute Nachricht verschwiegen, dass nämlich infektiösere Varianten meist ungefährlicher sind** (erste Infos aus RSA belegen das bereits).

Was wir hier zusammengefasst haben, zeigt also deutlich, dass die Ursachen für die Überbelastung des Gesundheitswesens weder in der niedrigeren Durchimpfungsrate, bei den „Ungeimpften“ oder bei SARS-Cov-2 liegen, sondern in einem ausschließlichen Versagen der Bundesregierung, die jetzt statt einem Eingeständnis nun zu verfassungs- und grundrechtswidrigen Maßnahmen greift, um das Versagen zu kaschieren.



Von Alternativlosigkeit zu sprechen, ist da nur ein weiteres Eingeständnis der eigenen Konzept- und Ideenlosigkeit.

**Dabei lägen die verhältnismäßigen und einfach umsetzbaren Alternativen auf der Hand:**

1) Die mRNA Impfstoffe sind nicht DER Game-Changer, er verhindert zwar insbesondere bei den vulnerablen Personen, bei 70+ und vorerkrankten, meist immunsupprimierte Patienten, schwere COVID-19 Krankheitsverläufe und Todesfälle, aber er schafft keine sterile Immunität und hat nur geringe Wirkungsdauer. Bis alternative Tot-Impfstoffe zur Verfügung stehen, sollten tatsächlich 65+ Personen so rasch wie möglich den 3. mRNA-Impfstich erhalten, um schwere Verläufe und wachsende Mortalität zu bekämpfen.

2) Der massive Einsatz von Impfungen sowie dem Wunsch nach einer hohen Durchimpfungsrate (zunächst 60% in der Zwischenzeit angestrebte 80%) bei gleichzeitig fehlender steriler Immunität der Impfung erhöht während einer Pandemie, mit einer hohen Überlebensrate von 99,4% den „Selektionsdruck“ gegen das Virus. Dadurch wird erst recht die Mutationshäufigkeit gesteigert und das Infektionsgeschehen erhöht. Insbesondere sind Corona-Viren zum Beispiel im Vergleich zu Pocken-Viren an sich schon mutationsfreudig und fluchtbereit durch Wirtswechsel (daher praktisch nicht zum Ausrotten). Die gute Nachricht dabei ist aber der Umstand, dass bei niedriger Mortalität auch die Hospitalisierungsraten bei steigenden Infektionen zurückgehen. Daher weitere Infektionen erst bei Verfügbarkeit eines zugelassenen Totimpfstoffes.

3) Daher weitere Infektionen erst bei Verfügbarkeit eines zugelassenen Totimpfstoffes, sondern:

- "Early Treatment" statt "More of the same strategy", wie von FLCCC vorgeschlagen: Der Schlüssel zum wirkungsvollen Umgang mit COVID-19 besteht in einem frühzeitigen Therapieansatz, wie wir ihn grundsätzlich bei allen anderen (Infektions-)Krankheiten kennen. Sobald erste Symptomatik nach einem positiven PCR-Test auftritt, sollte mit den bereits vorhandenen und inzwischen erprobten Medikamenten eingegriffen werden. Dazu gibt es in Deutschland bereits ein Behandlungsschema, das neben Ivermectin auch andere Medikamente wie Kortison, antivirale Medikation, etc. vorsieht. Seit Kurzem gibt es ein neues im UK zugelassenes Medikament, Molnupiravir (MSD), dass das bereits vorhandene Waffenarsenal zur frühzeitigen Behandlung ergänzt und so beiträgt, den überwiegenden Anteil an symptomatischen COVID-19 Patienten ambulant, also zu Hause zu behandeln und von den Spitälern fernzuhalten.



- Ein derartiges Behandlungsschema auch in Österreich an die Hausärzte ausgegeben, würde COVID-19 in den überwiegenden Fällen zu einer überwiegend gut zu behandelnden Infektionskrankheit machen.
- Keine mRNA- und Vektor-Behandlung für Kinder, Jugendliche und Schwangere. Abgesehen von der ethischen Frage, sollten Kinder, Jugendliche und Schwangere von einer mRNA-Behandlung sofort ausgenommen werden. Das Ziel, damit eine völlig sinnlose "Impfquote" zu erreichen ist angesichts einer fehlenden sterilen Immunität, unbekanntem Langzeitfolgen und sonstigen Risiken völlig verantwortungslos. Auch alle sonstigen Maßnahmen sollten für Kinder, Jugendliche und Schwangere nicht gelten, Schulen und Universitäten müssen ohne Einschränkungen offen sein.
  - Statt 1G, 2G, 3G oder 2G+ bei hohen Spitalbelagszahlen 1G (alle 2 Tage PCR-Testung für Alle). Da bezogen auf das Infektionsgeschehen, die sicherste Gruppe die „Genesenen“ mit nachgewiesenen IgG Titer darstellen, an zweiter Stelle die regelmäßig „Getesteten“, sind es die „Geimpften“ und damit Ungetesteten, die das Infektionsgeschehen unwissend befeuern. Im Sinne des demokratischen Grundkonsens einer solidarischen Gesellschaft sollten im Falle zu hoher Belagszahlen in den Spitälern daher auch alle verpflichtend PCR-getestet werden.

4) Neue Handhabung von "Genesenen". Die einzige Personengruppe, die sowohl klinisch als auch steril immun ist, sind die Genesenen, sofern sie ausreichenden Antikörper-Titer an neutralisierenden Antikörpern (IgG) gebildet haben. Solange dieser Antikörper Titer gegeben ist und/oder auch die T-Zellen Immunität nachgewiesen wurde (bei negativem IgG-Antikörperstatus) sollten solche „Genesenen Personen" von allen sonstigen Einschränkungen, also auch der PCR-Testpflicht ausgenommen werden (mit Ausnahme von Zeiten eines Überbelages an Spitalsbetten), denn das T-Zell-Gedächtnis kann über mehrere Jahre persistieren und gegen schwere Reinfektionen schützen (Channappanavar et al., 2014). So gelingt es auch die „Durchseuchung" in der Bevölkerung zu erfassen und rascher zu einer Herdenimmunität zu gelangen.

5) Forcierung der Zulassung von Corona-Medikamenten und von Tot-Impfstoffen Im Hinblick auf Pkt. 3) Abs.1 sollten auch in Österreich Medikamenten-Entwicklungen (siehe Prof. Wenisch im KFJ) forciert, gefördert und ausgerollt werden sowie die Zulassung von Totimpfstoffen wie VLA2001 von Valneva, die eine zumindest bessere Wirksamkeit (auch gegen Varianten) gegenüber mRNA- und Vektorimpfstoffen, eine bessere sterile Immunität und Verträglichkeit auch für Kinder, Jugendliche und Schwangere versprechen.



6) Zahlen, Fakten und Daten. Der manipulative Einsatz von Daten zur Verbreitung von Angst und eines Zwangsregimes muss sofort beendet werden! Da müssen klare und international vergleichbare Parameter bundesweit festgelegt werden.

Kein Zählen der gemeldeten Corona-Betten auf Normal- und Intensivstationen (diese Zahlen haben sowieso nie gestimmt) sondern Festlegung auf Patienten-Behandlung (Intensivpatient ist nur jener, der ECMO benötigt und invasiv beatmet werden muss. Alle anderen Patienten sind COVID-Erkrankte auf Normalstationen. Bei beiden Gruppen wird nur unterschieden in "Geimpft", "Genesen" und "Ungeimpft"). Nur wenn auch mRNA-Behandelte verpflichtend PCR-Tests machen, dann hat die Erfassung von Infektionen nach "Behandelt" und "Nicht Behandelt" einen Sinn. Die derzeitigen Kennwerte sind nur manipulativ, da ja "Behandelte" sich derzeit nicht testen lassen (mit Ausnahme von verantwortungsbewussten und zugleich kundigen Personen.

7) Aufstockung des Pflegepersonals in allen Qualifikationen, Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Gehälter. In der Zwischenzeit erkennen wir, dass physisch zwar genug Intensiv- und Normalstationsbetten vorhanden sind, dass aber die immer geringer werdende Zahl von qualifiziertem Personal die Verfügbarkeit von Intensivbetten, völlig unabhängig von Corona, reduziert. Der Grund liegt überwiegend in den schlechten Arbeitsbedingungen und der zu niedrigen Entlohnung. Hätte man einen Teil der Gelder der Corona-Bekämpfung in die Aufstockung der Gehälter, eine attraktive Rückholung von bereits pensionierten Pflegekräften sowie die Höherqualifizierung von Pflegern zu Intensivpflegern investiert, man hätte kein Problem auf den Intensivstationen.

Wir lehnen daher aus medizinischen, epidemiologischen, vaccinologischen Gründen eine Impfpflicht mit mRNA- und Vektorimpfstoffen entschieden ab!

ISÖ

Wien, den 01.12.2020