



Fakten-Sheet Corona-Regime

SARS-Cov-2 (Covid-19)

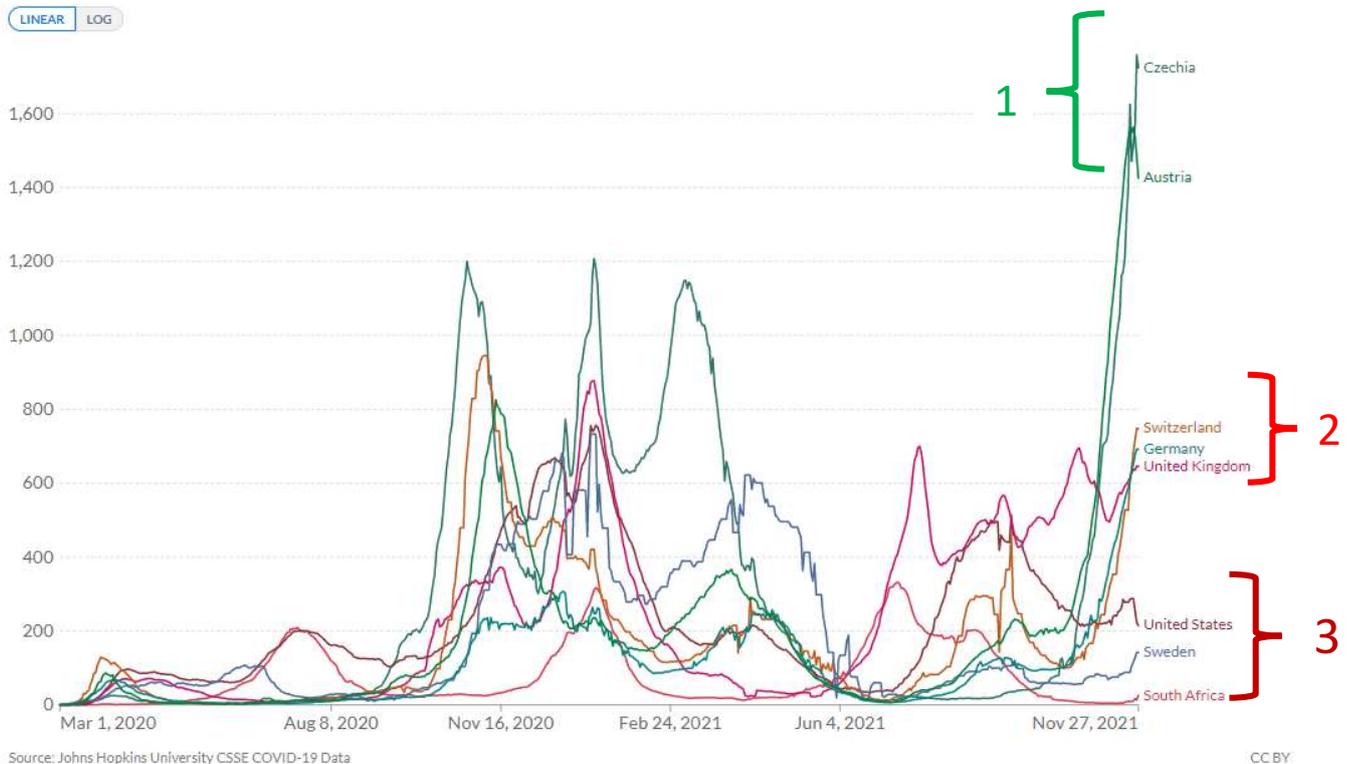
1. Facts and Figures International

Zur Analyse der epidemiologischen Lage werden zunächst die wichtigsten Kennzahlen analysiert.

1.1 COVID-19 Fallzahlen (positive Testungen)

Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



Aktuell verzeichnen Österreich und Tschechien die höchsten Fallzahlen, die auch als 4. Welle bezeichnet werden. Die Schweiz, Deutschland und das UK liegen im Mittelfeld und die USA, Schweden und insbesondere RSA verzeichnen die niedrigsten Fallzahlen.

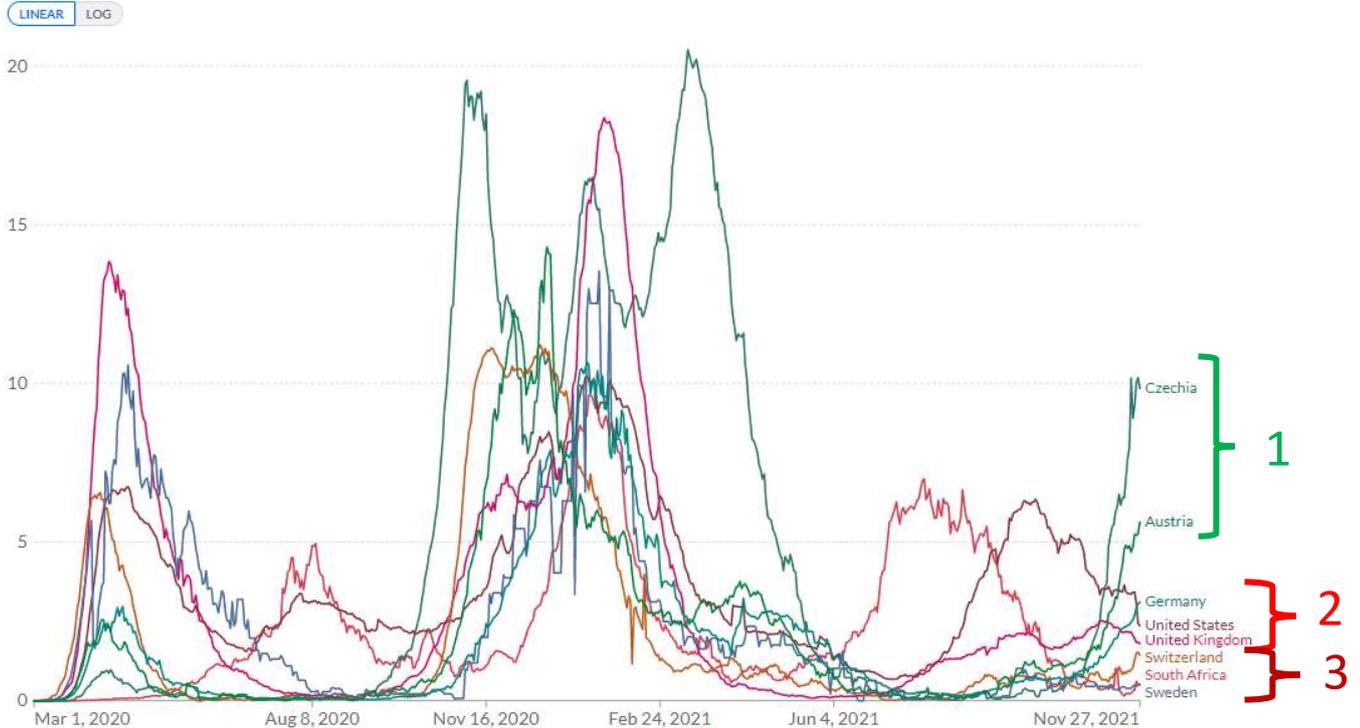
1.2 COVID-19 Letalität

Auch hier korrelieren die hohen Fallzahlen mit der aktuell hohen Letalität in Österreich und Tschechien, während Deutschland, die USA und das UK im Mittelfeld liegen und die Schweiz, RSA sowie Schweden eine sehr niedrige Letalität verzeichnen können.



Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

7-day rolling average. Due to limited testing and challenges in the attribution of the cause of death, confirmed deaths can be lower than the true number of deaths.

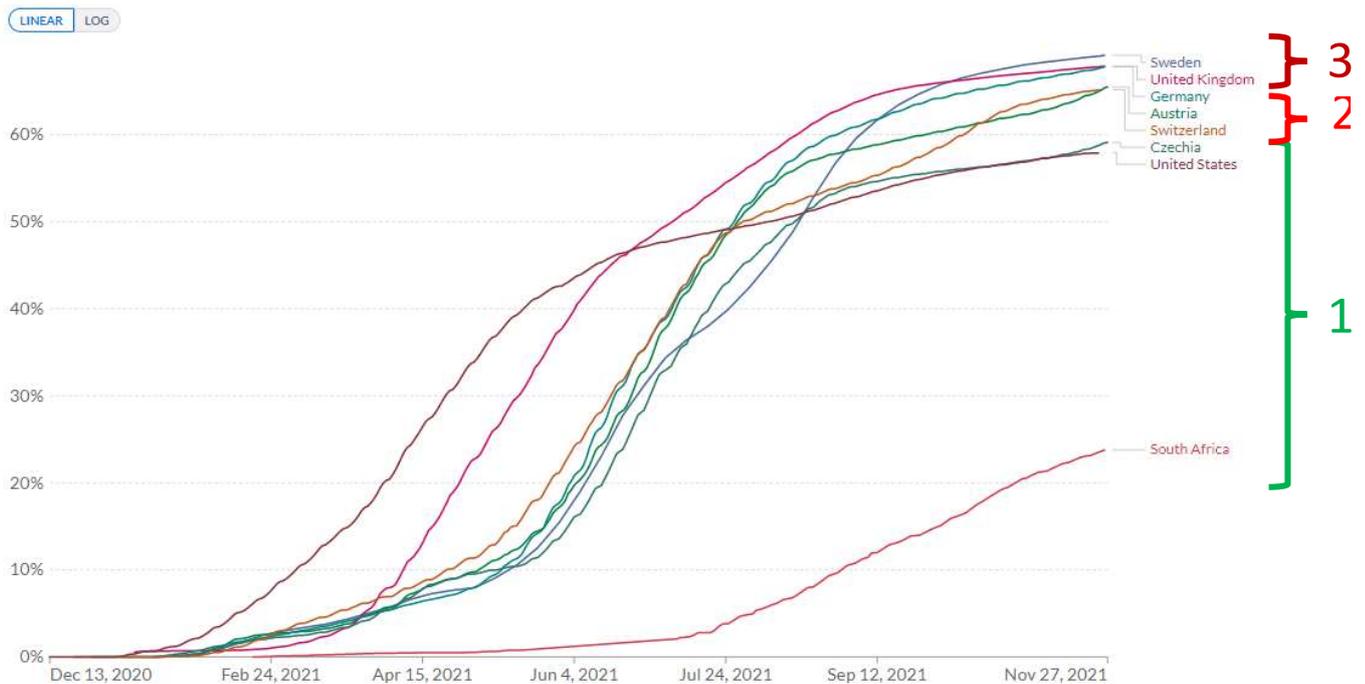


CC BY

1.3 mRNA bzw. Vektor-Durchimpfungsrate

Share of the population fully vaccinated against COVID-19

Total number of people who received all doses prescribed by the vaccination protocol, divided by the total population of the country.



CC BY



Bei der Durchimpfungsrate liegen Schweden und das UK an der Spitze, Deutschland, Österreich und die Schweiz im Mittelfeld und Tschechen, die USA und insbesondere RSA (mit knapp über 20%) am unteren Ende.

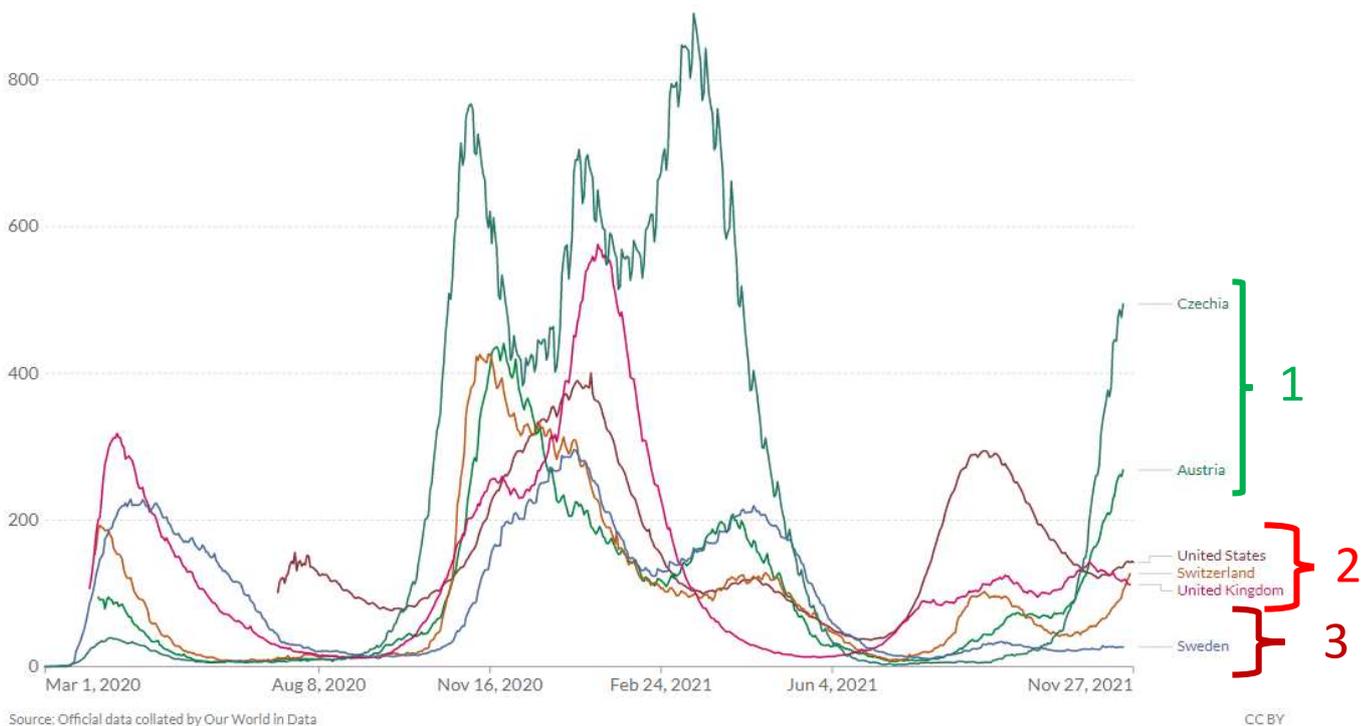
1.4 COVID-19 Hospitalisierungen

Hier liegen aktuell Tschechien und Österreich an der Spitzen, die USA, die Schweiz und das UK im Mittelfeld und nur Schweden verzeichnet niedrige Hospitalisierungen:

Number of COVID-19 patients in hospital per million people



LINEAR LOG



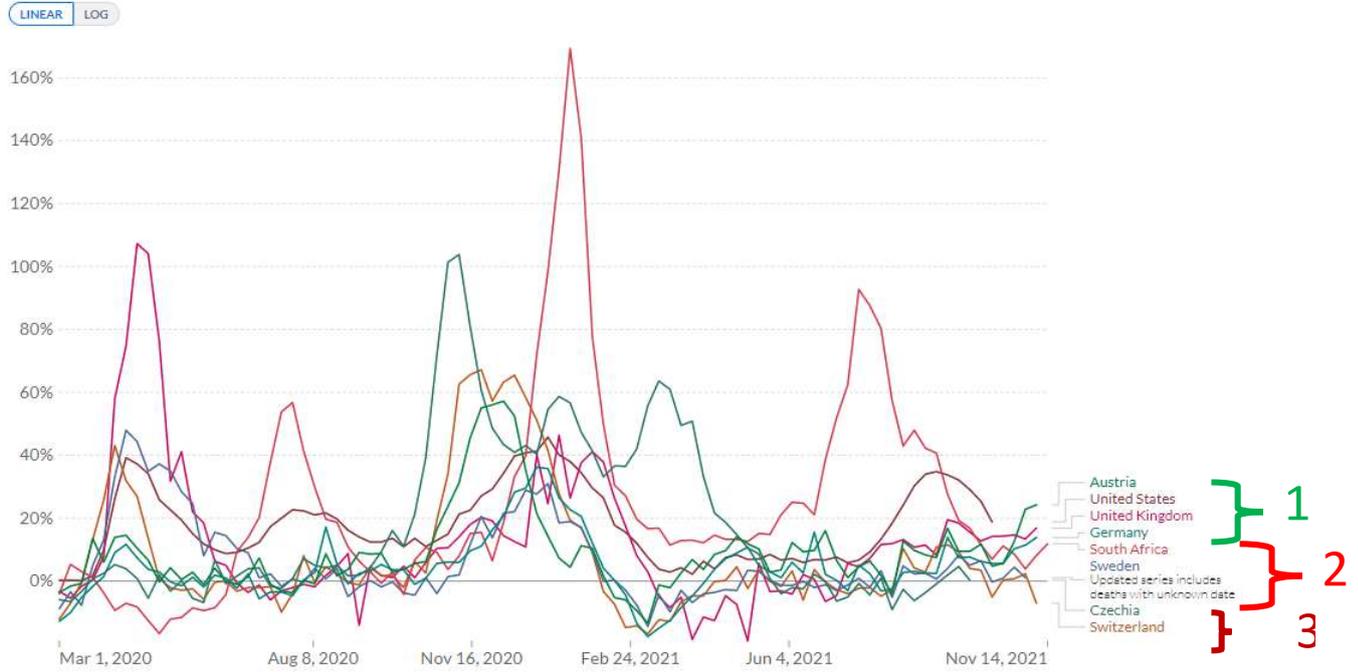
1.5 Übersterblichkeit während Pandemie

An der Spitze liegen hier Österreich, die USA, das UK und Deutschland, im Mittelfeld rangieren RSA, Schweden und die USA, am besten liegen Tschechien und die Schweiz.



Excess mortality: Deaths from all causes compared to projection based on previous years

The percentage difference between the reported number of weekly or monthly deaths in 2020–2021 and the projected number of deaths for the same period based on previous years. The reported number might not count all deaths that occurred due to incomplete coverage and delays in reporting.



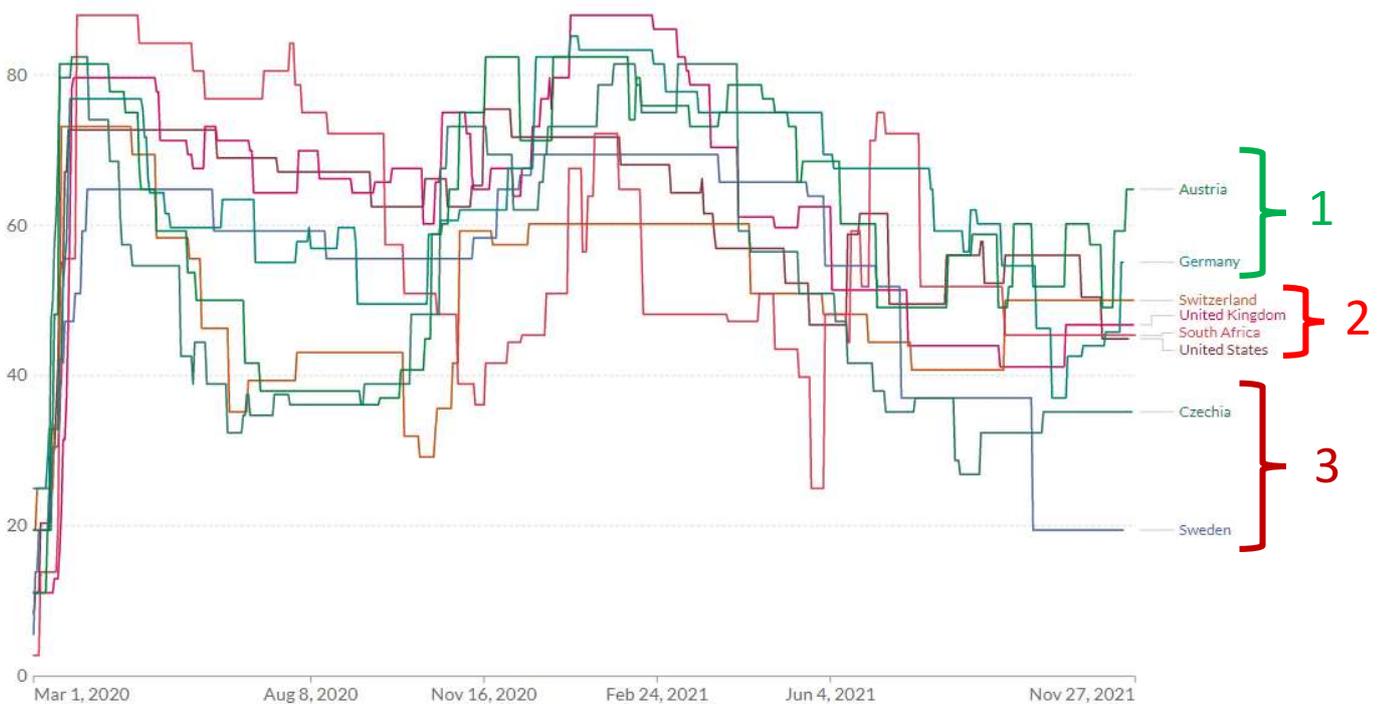
Source: Human Mortality Database (2021), World Mortality Dataset (2021)
 Note: Comparisons across countries are affected by differences in the completeness of death reporting. Details can be found at our Excess Mortality page.

CC BY

1.6 Maßnahmen-Regime

COVID-19: Stringency Index

The stringency index is a composite measure based on nine response indicators including school closures, workplace closures, and travel bans, rescaled to a value from 0 to 100 (100 = strictest). If policies vary at the subnational level, the index shows the response level of the strictest subregion.



Source: Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R. et al. A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). Nat Hum Behav 5, 529–538 (2021).
<https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>

CC BY

In diesem Dokument wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen allerlei Geschlechter



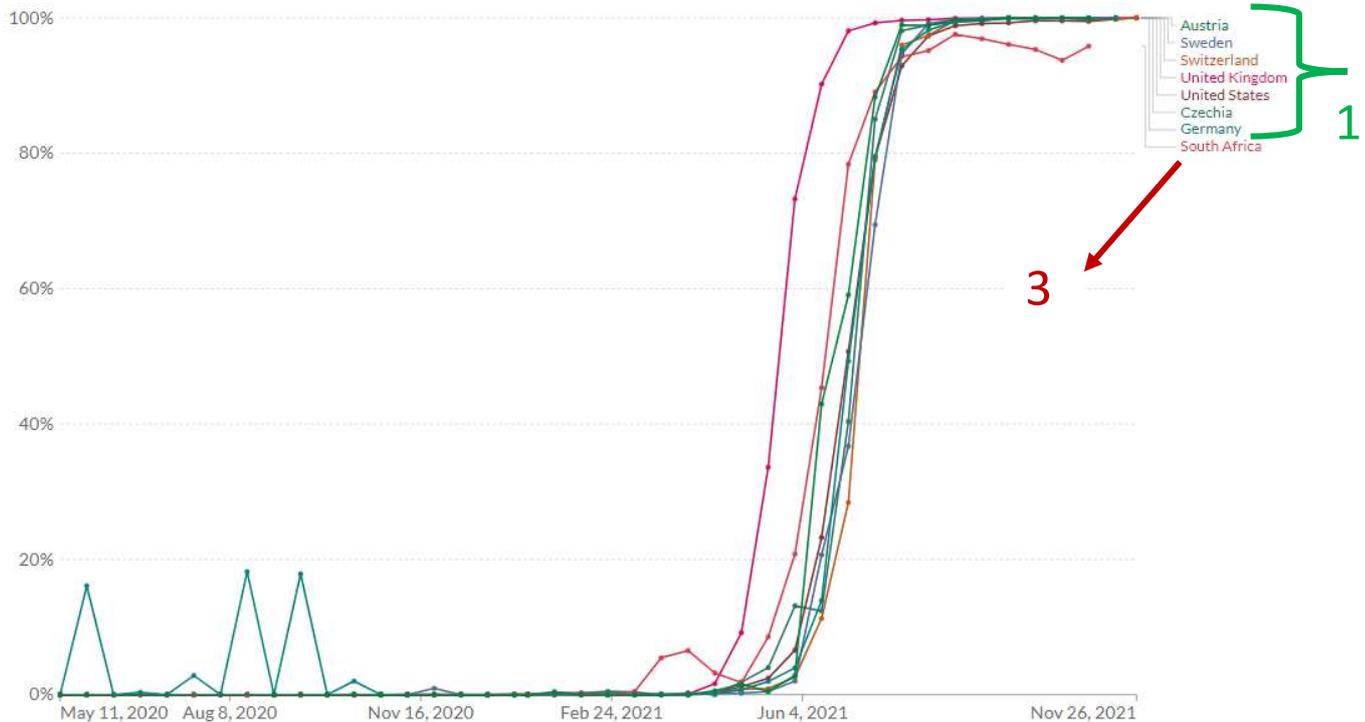
Dabei liegen Österreich und Deutschland an der Spitze, die Schweiz, das UK, RSA und die USA liegen im Mittelfeld, während in Tschechien und Schweden die geringsten Einschränkungen gegeben sind.

1.7 Ausprägung der Varianten

In allen verglichenen Staaten dominiert die Delta-Variante, nur in RSA hat sich die Variante B.1.1.529 zu ca. 5% ausgebreitet.

Share of SARS-CoV-2 sequences that are the delta variant

Share of delta variant in all analyzed sequences in the last two weeks. This share may not reflect the complete breakdown of cases, since only a fraction of all cases are sequenced.

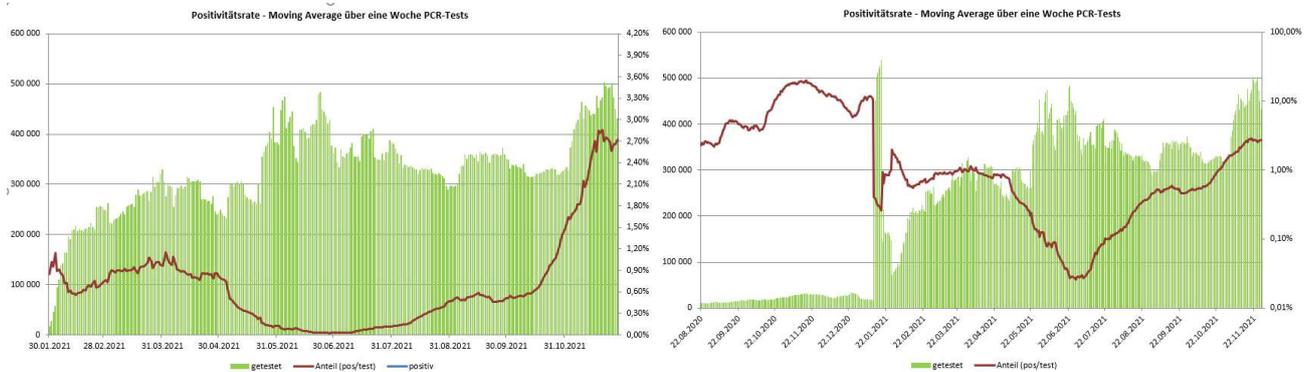


Source: CoVariants.org and GISAID

CC BY

2. Die spezifische Lage in Österreich

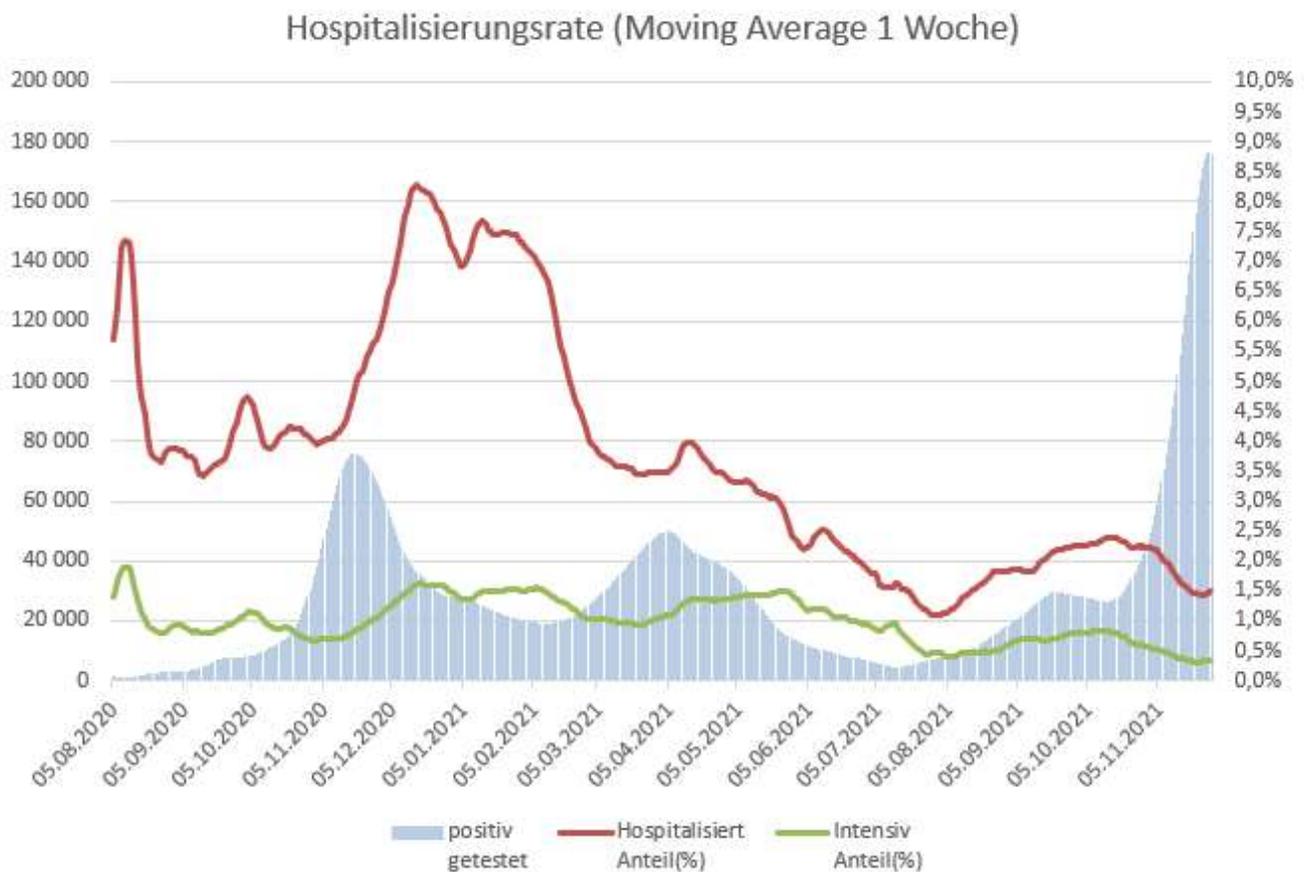
2.1 Positivitätsrate





Die Positivitätsrate hat während der 4. Welle einen Höchstwert Ende November noch vor dem Wirksamwerden des Lock-Downs überschritten und beginnt abzunehmen.

2.2 Hospitalisierungsrate



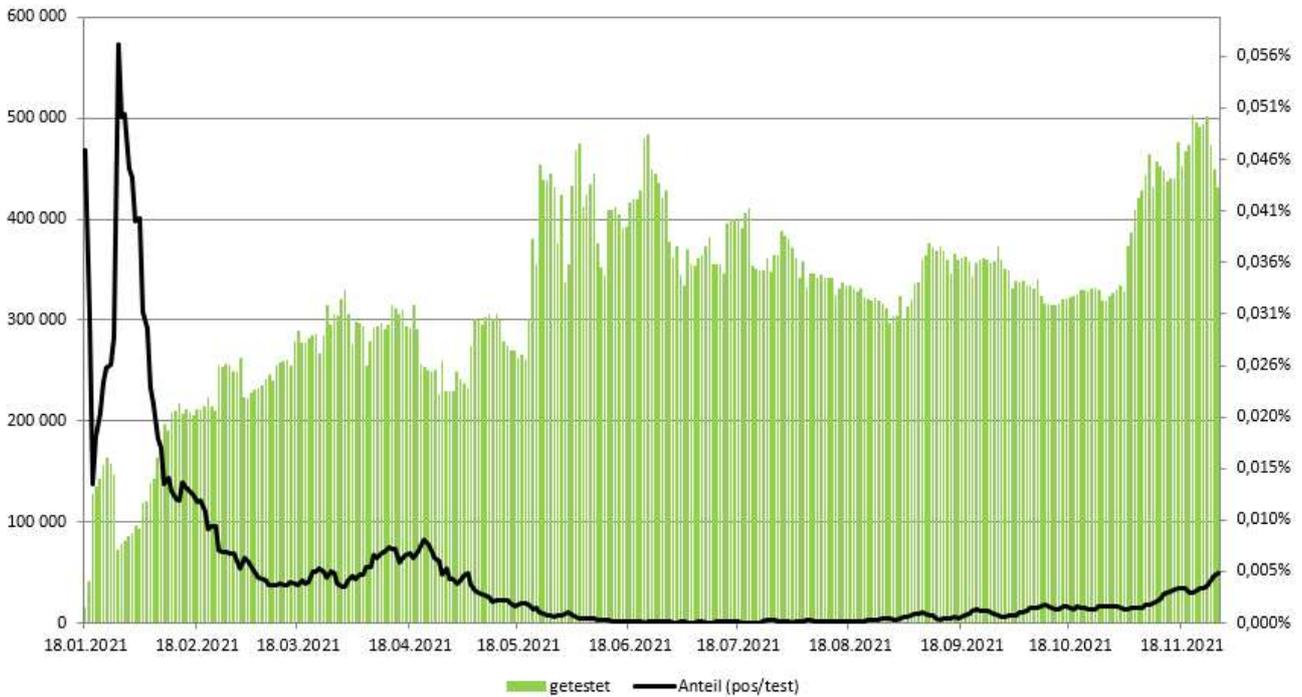
Seit dem Beginn der Pandemie im Jänner 2020 verzeichnet Österreich sowohl in Bezug auf Normalstationen als auch ICU-Belegungen die niedrigste Hospitalisierungsrate. Leider gibt es in Bezug auf „Geimpfte“ oder „Ungeimpfte“ in Spitalspflege in Österreich keine belastbaren Zahlen, aber sowohl durch das CDC in den USA als auch aus Israel gibt es Hinweise auf eine 50/50 Verteilung.

2.3 Mortalitätsrate

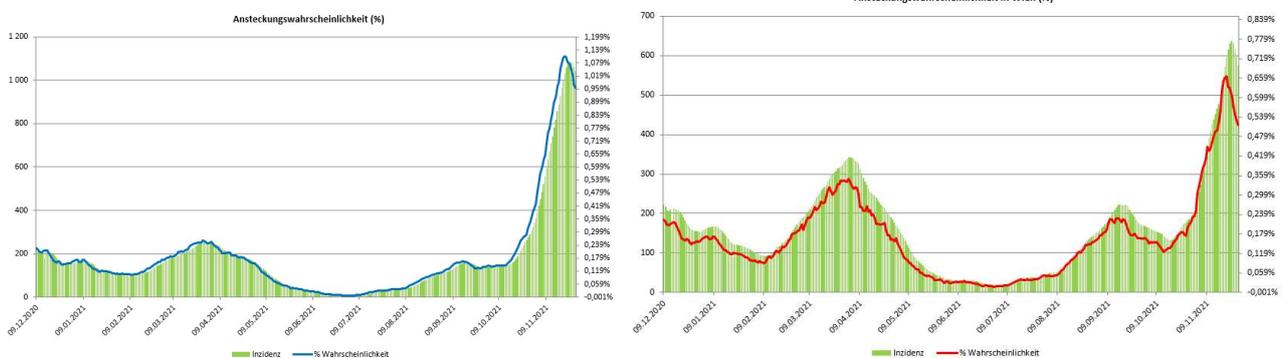
Leider zeigt sich seit September 2021 ein kontinuierlicher Anstieg der Mortalität, da die Wirkung der mRNA und Vektor-Impfstoffe sichtlich nachlässt, sich die unwissenden „Geimpften“ zu Spreadern entwickelt haben und man viel zu spät mit dem 3. Stich für die vulnerable 60+ Personen sowie Diabetikern und adipösen Personen begonnen wurde und nach wie vor länger und effektiver wirkende Totimpfstoffe noch nicht zugelassen sind. Auch ein fehlendes „Early-Treatment-Regime“ hat die COVID-19 Letalität negativ beeinflusst:



Mortalität - Moving Average über eine Woche PCR-Tests



2.4 Inzidenzen Österreich und Wien



Die 4. Welle ist sowohl bezogen auf Gesamt-Österreich als auch auf Wien sichtbar, allerdings fallen die Fallzahlen in Wien deutlich niedriger aus, da Wien ein funktionierendes PCR-Test-Regime aufgezo-gen hat, dass frühzeitig Infektionsherde identifizieren und beseitigen hilft.

3. Erkenntnisse

- Streben nach Erhöhung der Durchimpfungsrate während der Pandemie eines respiratorisch wirkenden und stark mutierenden Corona-Virus erzeugte Selektionsdruck und steigerte dadurch Mutationen und führte nun zu deutlich infektiöserer Fluchtvariante B.1.1.529 (Omikron), stammend aus südlichem Afrika und nun bereits in Israel, Belgien, etc. angekommen.



- mRNA Behandlungen (nach 6 Monaten) und Vektor-„Impfungen“ (nach bereits 4 Monaten) verlieren früher als angenommen Effektivität und Wirkung. Viel zu spät wurde dies durch die Politik eingestanden und verzögerte dadurch die Auffrischung durch den 3. Stich für vulnerable Personengruppen (vulnerable 60+ Personen sowie Diabetikern und adipösen Personen).
- Es gehört zu den wichtigsten Erkenntnissen der Virologie, dass Mutanten, die sich schließlich durchsetzen infektiöser, aber gleichzeitig auch ungefährlicher werden. Afrikanische Mediziner zeichnen daher derzeit ein weniger dramatisches Bild als europäische Experten bezogen auf die Omikron Variante.

Angelique Coetzee, die Vorsitzende der South African Medical Assoziation, sagte, eine Gesundheitskrise zu prognostizieren, sei „voreilig“. „Zu diesem Zeitpunkt sind das alles Spekulationen. Es kann sein, dass es hochansteckend ist, aber bisher sind die Fälle, die wir sehen, extrem mild.“

- Übergriffige, gesetz- und verfassungswidrige Maßnahmen, Missachtung der Resolution 2361 (2021) des Europaparlaments durch die Regierung bis hin zum 4. Lock-Down und Impfpflicht führten zum Widerstand der Menschen und passiver Resistenz selbst bei der Annahme des 3. Stiches durch die vulnerablen Personengruppen sowie sonstigen durchaus auch sinnvollen Hygiene-Maßnahmen.

4. Schlussfolgerungen und erforderliche Maßnahmen

Dringend erforderlicher Strategiewechsel:

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-10 Krankenverläufe 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 extrem hohen Überlebensrate von 99,4% den „Selektionsdruck“ gegen das Virus.



Dadurch wird erst recht die Mutationshäufigkeit gesteigert und das Infektionsgeschehen gesteigert. 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:

3) Da trotz sinkender Hospitalisierungsrate, aufgrund steigender positiver PCR-Testungen auch die tatsächlichen Spitalsaufnahmen steigen, ist nicht das Impfen mit Impfstoffen ohne sterile Immunität das Mittel der Wahl 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, etc. vorsieht. Seit Kurzem gibt es ein neues im UK zugelassenes Medikament, Molnupiravir (MSD), das 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 gut zu behandelnden Infektion machen.

- Keine mRNA- 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.

Längst hat man sich in Deutschland bereits dazu durchgerungen sich bei den Bürgern für die Fehler in der Pandemie-Bekämpfung zu entschuldigen und die Strategie zu ändern. Auch in Österreich wächst die Zahl jener Ärzte, die "Gesicht zeigen" und sich dem Mainstream und persönlich ausgeübten Druck entgegenstellen.

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 "Genesen"

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.

Alle diese genannten Punkte belegen, dass die Politik in den vergangenen zwei Pandemie-Jahren nichts aus den Fehlern gelernt hat und sich ausschließlich mit regierungsfreundlichen oder von ihnen abhängigen Experten umgeben und so einen befruchtenden Diskurs ausgeschaltet hat.

ISÖ

Wien, den 28.11.2020