

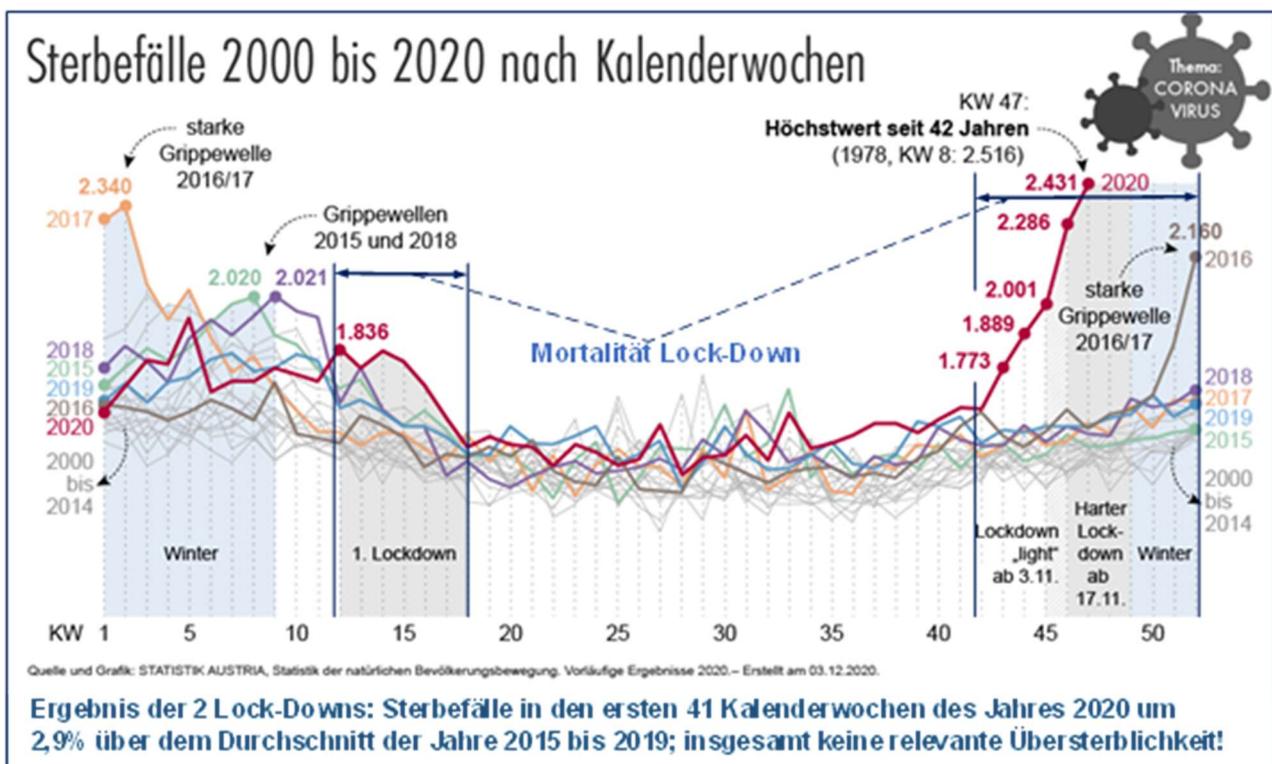


## Fakten-Sheet Corona-Regime SARS-Cov-2 (Covid-19)

### 1. Allgemeines

Die österreichische Bundesregierung hat aus einer Infektions-Krise eine Katastrophe gemacht. Während in vergangenen Influenza Krisen mit ähnlichen Mortalitätsentwicklungen niemand auf den Gedanken gekommen ist mit massiven Lock-Downs und verfassungswidrigen Freiheits-Einschränkungen zu reagieren, ist auf Basis von Drosten-RKI-Doktrin und mit tatkräftiger Unterstützung von WHO und EU ein Corona-Regime implementiert worden, das auf Basis von nicht dafür brauchbaren PCR-Fallzahlen, aus einer Gesundheitskrise eine pandemische Katastrophe mit volkswirtschaftlichen, gesundheits-, sozial- und gesellschaftspolitischen Jahrhundert-Kollateralschäden in ganz Europa ausgelöst hat.

Die spezifische Entwicklung der Mortalität (mit Ausnahme der Lock-Down-Phasen) zeigt in Wahrheit eine Untersterblichkeit auf, da die sonst übliche Grippe-Welle aufgrund der Hygiene-Maßnahmen weit milder verläuft.



Die Folgen dieser unverhältnismäßigen und ineffektiven, nicht nachhaltigen Maßnahmen, verbunden mit einem autokratischen, beherrschenden und unverständlichen Verhalten, hat in der Bevölkerung zu einem Vertrauensverlust und passiver Resistenz geführt.



Die Statistik Austria weist auf eine um 2,9% höhere Mortalität 2020 vs. 2019 auf, die sich jedoch ausschließlich aus den Lock-Downs ergab.

**Tabelle 1: Sterbefälle in den ersten 41 Kalenderwochen des Jahres 2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2015 bis 2019 nach Geschlecht, Altersgruppe und Bundesland**

	Sterbefälle im Jahr 2020 *			Sterbefälle im Durchschnitt der Jahre 2015–2019			Abweichung der Sterbefälle 2020 gegenüber dem Durchschnitt der Jahre 2015–2019 in %		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Österreich	65.633	32.226	33.407	63.768	30.614	33.154	2,9	5,3	0,8
Burgenland	2.597	1.218	1.379	2.601	1.252	1.349	-0,2	-2,7	2,2
Kärnten	4.669	2.298	2.371	4.721	2.289	2.432	-1,1	0,4	-2,5
Niederösterreich	13.793	6.905	6.888	13.413	6.478	6.935	2,8	6,6	-0,7
Oberösterreich	10.471	5.202	5.269	10.407	5.019	5.388	0,6	3,6	-2,2
Salzburg	3.733	1.850	1.883	3.507	1.701	1.806	6,4	8,8	4,3
Steiermark	10.175	4.995	5.180	9.728	4.710	5.018	4,6	6,1	3,2
Tirol	4.885	2.440	2.445	4.627	2.281	2.346	5,6	7	4,2
Vorarlberg	2.394	1.167	1.227	2.319	1.128	1.191	3,2	3,5	3
Wien	12.916	6.151	6.765	12.445	5.756	6.689	3,8	6,9	1,1

Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Vorläufige Ergebnisse. Ohne Auslandssterbefälle. \*) Inkl. zugeschätzter Werte für die 40. Kalenderwoche (16 Sterbefälle) und 41. Kalenderwoche (79 Sterbefälle).

**Tabelle 2: Altersstandardisierte Sterberaten \* in den ersten 39 Kalenderwochen der Jahre 2015–2020**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>Österreich</b>	<b>7,5</b>	<b>6,8</b>	<b>7,1</b>	<b>7,1</b>	<b>6,8</b>	<b>6,9</b>
Burgenland	7,8	7,4	7,6	7,4	7,5	7,2
Kärnten	7,4	6,9	7,0	7,1	6,8	6,7
Niederösterreich	7,7	7,2	7,4	7,4	7,3	7,2
Oberösterreich	7,5	6,7	7,0	6,9	6,8	6,7
Salzburg	6,8	6,2	6,6	6,3	6,2	6,4
Steiermark	7,5	6,7	7,0	6,9	6,7	7,0
Tirol	7,0	6,3	6,4	6,4	6,3	6,3
Vorarlberg	6,8	6,3	6,5	6,5	6,1	6,2
Wien	7,8	7,0	7,4	7,4	7,0	7,3

Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, Vorläufige Ergebnisse. Ohne Auslandssterbefälle. – \*) Erklärung der altersstandardisierten Sterberate siehe Box "Informationen zur Methodik" auf Seite 2.



## 2. Lock-Down

Wie in Pkt. 1 beschrieben, ergibt sich die geringe Übersterblichkeit ausschließlich aus den Lock-Down-Perioden. Die Gründe liegen vermutlich in unbehandelten schweren Erkrankungen außerhalb des Corona-Umfeldes aber auch der Angst von älteren und vorerkrankten Menschen vor einem Arzt- oder Spitalsbesuch mit einer befürchteten COVID-19 Infektion begründet. Diese Koinzidenz blieb unbeachtet und die Kausalität unterdrückt.

### Eine AOK Studie belegt:

Mehr tödliche zu spät, bzw. unbehandelte Schlaganfälle und Myokard-Infarkte während der Corona-Lock-Downs. Demnach kamen während des Lockdowns zwar weniger Schlaganfallpatienten und Herzinfarkte in die Kliniken, da sich der Studie zufolge deutlich weniger Erkrankte mit Symptomen eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls im Krankenhaus behandeln ließen und stieg die Sterblichkeitsrate deutlich. Die AOK nimmt als Grund für die erhöhte Sterblichkeit an, dass die Patienten aus Angst und unbegründeter Vorsicht zu spät ins Krankenhaus kamen.

Es zeigt sich, dass der Weg eines Lock-Downs kontraproduktiv im Hinblick auf die Mortalität ist.

Wir empfehlen daher sowohl eine Änderung der Teststrategie, verstärkte Präventionsmaßnahmen und ein wirksameres sowie schnelleres Contact-Tracing durch Testung mittels Antigen-Schnell-Tests in der Fläche (Container und praktische Ärzte, wie in Wien)

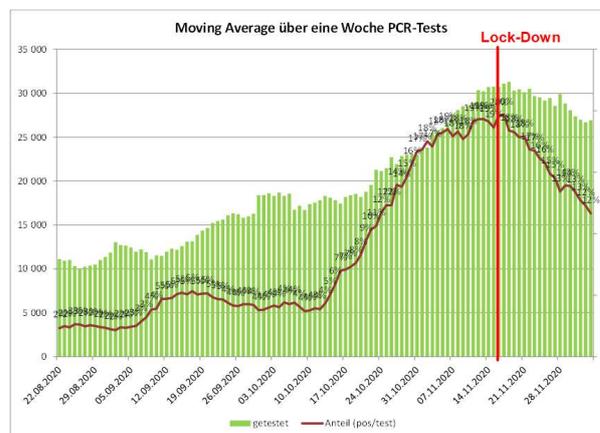
## 3. Kennzahlen

### 3.1 Allgemeines

Zu Beginn der Pandemie ging man zunächst ausschließlich von absoluten Fallzahlen (z.B. Anzahl der positiv Getesteten) aus, ohne sie zu Kennwerten in richtige Relationen zu bringen.

### 3.2 Positivitätsrate

Erst sehr spät, als die AGES selbst das Corona-Dashboard vom Gesundheitsministerium übernahm, entstand die sogenannte „Positivitätsrate“, ein Kennwert, der die positiven PCR-Testergebnisse zur Gesamtzahl der durchgeführten Tests aufzeigte. Allerdings setzt man diesen Kennwert fälschlicherweise mit Infektionsrate bzw. Erkrankungen gleich.





### 3.3 7-Tage Inzidenz

Da die Corona-Zahlen immer auf 100.000 Einwohner berechnet würden, werde für kleinere Gemeinden viel höhere Fallzahlen angegeben als sie tatsächlich existieren.

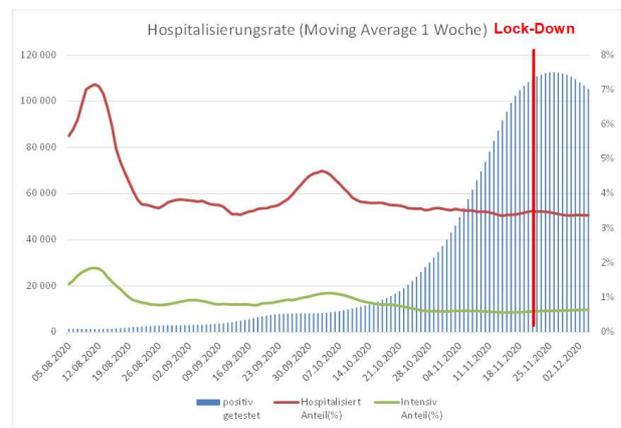
Auch wenn der 7-Tage-Inzidenzwert keine absolute Fallzahl darstellt, sondern nur zur Vergleichbarkeit von Regionen mit unterschiedlich hoher Einwohnerzahl herangezogen wird, so wird dadurch trotzdem (möglicherweise bewusst) ein falscher Eindruck vermittelt, der das Vertrauen der Bürger in die Regierungsstatistiken (siehe auch Pkt. 3.2) zerstört hat.

Da dieser Wert und dessen Berechnung international akkordiert ist, liegt der Verdacht nahe, dass die Überzeichnung der Infektiosität ganz bewusst gewählt wurde.

### 3.4 Hospitalisierung

Leider existiert bis dato kein Kennwert die Hospitalisierungsraten für Normal- und Intensivstationen mit der Anzahl der positiven Testergebnisse in Relation setzt.

Diese Darstellung wäre ein Prognose-Tool für die Bettenbelegungen durch Covid-19 Patienten gewesen. Und man sieht hier einen völlig stabilen Zusammenhang 0,5% für Intensiv- und 3,5% für Normalbetten.



Die derzeit ausgewiesenen Auslastungen sind de facto sinnlos, da das Bettenmanagement in Spitälern nach ein anderen Systemik abläuft. Es ist immer das Ziel, eine möglichst hohe Bettenauslastung (Kosten/Nutzen-Vorgaben des Rechnungshofes für systematisierte Betten) zu erreichen.

## 4. Teststrategie

### 4.1 Allgemeines

Nicht ganz unbegründet wird aktuell von einer Test-Pandemie gesprochen. Da positiv getestete, asymptomatische Personen auch nicht infektiös sind, bzw. pre-symptomatische Personen eine geringe Infektiosität aufweisen, machen Massentests an gesunden Menschen keinen Sinn.

### Der Wuhan-Massentest

Sehr viel können wir aus der Quarantäne- und Teststrategie in Wuhan lernen. Wuhan, wo der Corona-Virus sich zuerst massenhaft verbreitete, erlebte von 23. Januar bis 8. April den ersten und einen der härtesten Lockdowns. Es wurde sehr früh sehr viel getestet.



Ein großer Unterschied zum hiesigen Vorgehen war, dass Infizierte nicht wie bei uns nach Hause geschickt wurden, wo sie ihre Familien anstecken, oder gar, wie in Italien zu Anfang, in Altenheime verbracht wurden. Vielmehr wurden sie in Quarantänezentren isoliert.

Nach Ende des Lockdowns, der das Virus in Wuhan weitgehend ausgeremert hatte, wurden in der zweiten Maihälfte fast alle 10 Millionen Einwohner der Großstadt ab sechs Jahren mit PCR-Tests auf das Virus getestet.

Es wurden keine neuen Fälle mit Covid-19-Symptomen gefunden, aber 300 positiv Getestete ohne Symptome. Von diesen 300 bestätigte ein positiver Antigentest bei zwei Dritteln, dass sie infiziert waren. Beim anderen Drittel halten die AutorInnen falsch positive PCR-Tests für möglich. Außerdem fanden sie 107 von den gut 34.000 genesenen COVID-Patienten, die wieder positiv testeten.

Von den 1.174 engeren Kontaktpersonen der asymptomatisch Infizierten wurde niemand positiv getestet. Dasselbe gilt für die Kontaktpersonen der Reinfizierten.

Die fehlende Infektiosität der neuen asymptomatischen Fälle und der Reinfizierten, ebenfalls asymptomatischen Fälle scheint daran zu liegen, dass diese in aller Regel nur eine geringe Virenlast tragen. In Kulturen konnten jeweils keine Viren gezüchtet werden.

<https://norberthaering.de/unkategorisiert/wuhan-massentest-asymptomatische-infektionen/>

<https://www.nature.com/articles/d41586-020-03141-3>

## 4.2 Massentestung

Die Lehren aus den Wuhan-Test-Erfahrungen:

### **Keine Massentests an asymptomatischen Personen! Kein Lock-Down!**

Für "Abklärung" positiver Testergebnisse kommt es wieder zum Einsatz der Drogen-RKI-PCR-Tests. PCR-Tests können aber nicht zwischen viralen Partikeln und infektiösen Viren unterscheiden, sie eignen sich daher auch nicht für klinische Befundungen und es braucht daher zwingend einen direkten Nachweis der Infektiosität auf einer Zellkultur!

Sinnvoll für Massentestung wäre nur die Kontrolltestung mit einem Antikörpertest, denn dieser weist auf eine Reaktion des Immunsystems auf den Erreger hin. Solche Menschen bräuchten bei ausreichend hohem Titer (Konzentration der Antikörper) auch nicht mehr geimpft oder in Quarantäne geschickt werden. Es gibt Antikörpertests in Form von Labor- (ELISA oder CLIA) oder Schnelltests

Das richtige Rezept zu einer Eindämmung einer Epidemie/Pandemie scheint in der Auswahl der richtigen Test/Quarantäne-Strategie zu sein.



### 4.3 Selektive Testungen

Tests sollten daher auf Menschen mit möglichen COVID-Symptomen, Risikogruppen und Menschen, die mit diesen in Kontakt kommen, konzentriert werden. Zurück zur Normalität und der Weg zu einem selektives Schutz- und Test-Regime wäre das Mittel der Wahl.

Statt nur das Ärzte- und Pflegepersonal in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen regelmäßig zu testen, wäre ein Zutritts-Regime mit Schnell-Antigen Tests bei jedem Zutritt sowohl von Bewohnern als auch Besuchern gewesen. Vermutlich wäre im Hinblick auf die Auslastung in den Intensivstationen (mit überwiegend älteren und vorerkrankten Patienten) eine frühere Aufnahme von Älteren und Vorerkrankten auf Normalstationen mit entsprechender klinischer Abklärung und NIV-Behandlung eine Maßnahme zur Reduzierung der Mortalität gewesen.

Da sich auch in Zukunft ohne nachhaltige Gegenmaßnahmen derartige Infektionswellen 2x im Jahre, wie auch bei Influenza ergeben werden und ein totaler Lock-Down nicht verkräftbar und auch notwendig ist, wäre für ein Leben mit COVID-19 eine geänderte Teststrategie, weg von Massentests für Gesunde (sind nicht infektiös), hin zu Schnell-Antigen-Tests bei Erkrankten und K1-Personen erforderlich

**Dabei muss es das Ziel sein die Dauer einer Infektiosität zu kürzen und die Effektivität des K1 Contact-Tracings zu steigern:**

Dies erreicht man durch Testmöglichkeiten symptomatischer (asymptomatische sind nicht infektiös) Personen in der Fläche, niederschweligen Zugang (durch e-Card), sofortiges Ergebnis und Start der Quarantäne sowie sofort einsetzendes Contact-Tracing.

## 5. Hospitalisierung

### 5.1 Bettenmanagement

Um die Lage in den Spitälern sowie die Auslastungsoptimierung auch in pandemischen Zeiten zu gewährleisten, wäre ein Prognosesystem basierend auf der Hospitalisierungsrate (Pkt. 3.4) zielführend gewesen. Weiters hätte man österreichweit das COVID-19 Behandlungsschema im Hinblick auf NIV (nicht-invasive Beatmung zur Atemunterstützung oder Beatmung), ECMO (Extrakorporale Membran-Oxygenierung), etc. standardisieren und laufend aktualisieren müssen. Ohne Angst- und Panikmache sowie deren Verstärkung durch den Lock-Down hätte auch den ungebremsten Zugang zu stationären Einrichtungen von anderen schweren Erkrankungen, wie Schlaganfällen, Myokard-Infarkte, etc. gesichert, da das Optimieren der Auslastung in Spitälern zum gewohnten Geschäft der Spitalsmanager gehört.

### 5.2 Normalstationen

Die Normalstationen spielen gerade in Zeiten besonderer Beanspruchung stationärer Aufenthalte und Konzentration auf überproportional auftretenden Diagnosen eine ganz



besondere Rolle auch im Hinblick auf die möglicherweise später erforderliche Intensivbetreuung. Daher wären hier die präventive Ausweitung der Bettenkapazitäten und Personalressourcen wesentlich gewesen. Bei kritischen Engpässen stünde ja die strategische Reserve des Bundesheeres samt der Möglichkeit zur Mobilisierung bereit.

Eine Ausweitung des Behandlungsschemas bis hin zur rechtzeitig einsetzenden NIV-Behandlung erhöht Patienten Turn-Over und Überlebensrate und hätte einen Engpass auf Intensiv-Stationen verhindern und gleichzeitig die Mortalität insgesamt senken können.

Wenn man aber konservativ die Patienten zu früh intubiert und sie dann im Schnitt zwei Wochen auf der Intensivstation (ICUs/ICUs ECMO) und anschließend noch auf einer anderen Station liegen, bis sie nach Hause gehen – macht das einen Riesenunterschied.

Es stehen sich prinzipiell zwei Behandlungsformen von CoVID-19 Patienten gegenüber: auf der einen Seite die strategische Frühintubation, die ein ganz schlechtes Überleben zeigt, an der einige aber immer noch festhalten, und auf der anderen Seite die nicht-invasive Ventilation oder Beatmung – kurz NIV.

Bei der NIV vermeiden wir die künstliche Beatmung, solange es überhaupt nur möglich ist. Erst prüfen wir die Sauerstoffeffekte, das heißt, ob man die Patienten allein mit Sauerstoff in verschiedenen Methoden behandeln kann. Und danach kommt eine Beatmungsunterstützung über eine Maske zum Einsatz. Die NIV wird bereits seit Anfang der 90er-Jahre genutzt. Es wurde daher ganz bewusst nach dieser alternativen Methode gesucht, weil die Intubation und auch die künstliche Beatmung mit Überdruck so viele Komplikationen hervorrufen hat. Das einzige Risiko, das es theoretisch bei einer nicht-invasiven Beatmung gibt, ist, dass man zu spät bemerkt, dass der Patient es mit der NIV doch nicht schaffen kann und man dann zu spät intubiert. Aber das kann nicht passieren, wenn man den Patienten gut beobachtet (Personalbedarf!).

### 5.3 Intensivstationen

Der verstärkte NIV-Einsatz auf Normalstationen reduziert den Andrang auf Intensivstationen wesentlich. Der tatsächliche Engpass bei Intensiv-Betten besteht in stark limitierten Verfügbarkeiten von ECMO-Geräten, die speziell ausgebildete Intensiv-Mediziner und Intensiv-Pflegepersonal für Wahl des Einsatz-Systems und den Betrieb erfordern. Bei der extrakorporalen Membran-Oxygenierung (ECMO) wird das venöse Blut außerhalb des Körpers in einer Maschine mit Sauerstoff angereichert und dann ins arterielle Blutgefäßsystem zurückgeleitet. Das Verfahren funktioniert also wie eine externe Lunge. Bei der herkömmlichen künstlichen Beatmung mit einem Beatmungsgerät wird Sauerstoff mit Überdruck in die Lunge gepresst. Weil der Gasaustausch bei der ECMO außerhalb des Körpers erfolgt, kann sich die Lunge des Patienten besser erholen, da die Beatmung so schonender ist.



Die ECMO birgt aber auch Risiken, insbesondere bei älteren und vorerkrankten Patienten, da es zu erheblichen Komplikationen kommen kann, zum Beispiel durch das Anlegen der Kanülen oder durch die benötigte Blutverdünnung.

Es ist daher wichtig, dass dieses hochkomplexe Verfahren durch gut ausgebildete Intensivmediziner und Pflegekräfte durchgeführt wird. Daher sollten ECMO und Herzunterstützungssysteme nur an wenigen großen und erfahrenen Zentren eingesetzt werden. Eine ECMO wird normalerweise eine bis vier Wochen verwendet, was zu längeren Belegzeiten auf der Intensivstation bei COVID-19 Patienten führt.

Obwohl sehr viele COVID-19-Patienten nur moderate Symptome zeigen, entwickelt eine Subgruppe ein schweres respiratorisches Versagen unter dem Bild eines Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS). Ebenso wird eine kardiale Beteiligung mit fulminanter Myokarditis, Herzrhythmusstörungen und Kreislaufversagen beschrieben. COVID-19-Patienten, die mechanisch beatmet werden müssen, weisen eine hohe Mortalität auf. Trotz der Tatsache, dass sowohl in China als auch in Italien (den Ländern mit den zum Zeitpunkt der Manuskripterstellung höchsten Zahlen an COVID-19-Patienten) die Anzahl an ECMO-Patienten unter den COVID-19-Fällen gering ist, erscheint es wichtig, sich in Österreich bzw. in Wien mit diesem speziellen Szenario auseinanderzusetzen und Richtlinien für den ECMO-Einsatz in diesem speziellen Fall zu erstellen. Eine Indikationsstellung zum ECMO-Support bei COVID-19 muss mit Rücksichtnahme auf mögliche zukünftige Ressourcenengpässe restriktiv gestellt werden. Dies bedeutet aber nicht, dass Covid-19-Patienten generell von einer ECMO-Therapie ausgeschlossen werden sollen.

Allerdings sind fortgeschrittenes Patientenalter, Komorbiditäten und grundsätzliche Prognoseeinschätzung wichtige Parameter, die bereits jetzt in die Entscheidung, COVID-19-Patienten mittels ECMO zu unterstützen, einfließen müssen.

### **Priorisierung von Patienten**

Gerade in Pandemiezeiten erscheint ein Priorisieren der Patienten unabdingbar. „First come – first serve“-Entscheidungen müssen vermieden werden, da dies ansonsten darin endet, dass Patienten mit schlechter Prognose die Ressourcen für Patienten mit potenziell guter Prognose verbrauchen. Dieser Punkt ist auch zum momentanen Zeitpunkt (ohne Triagesituation) bereits beachtenswert, da schon jetzt im Hinblick auf zukünftige Engpässe Entscheidungen gefällt werden müssen. Die höchste Priorität soll für jüngere Patienten ohne Komorbiditäten gelten.

Die erhöhte Mortalität während der Lock-Down-Phasen weist uns auch auf Corona-Behandlungsmängel hin, die durch zu rasche Verlegung von Patienten auf ICUs und ICUs/ECMO (vermutlich aufgrund von Personalengpässen in der Pflege auf Normalstationen) resultieren:



## 6. Impfungen

### 6.1 Allgemeines

Leider setzt die Politik im Kampf gegen die Pandemie ausschließlich auf Impfungen.

Obwohl bei einer sehr niedrigen Covid-19 Letalität ein Erfolgsnachweis schwierig und eine rasche Verfügbarkeit (mit reduzierter Sicherheit) auch nicht dringlich ist, setzt man überwiegend auf eine noch nie am Menschen erprobte Impf-Technologie, dem mRNA-Impfstoff, verschweigt alternative, traditionell entwickelte Impfstoffe und verzichtet verhängnisvollerweise auf Test-, Hygiene- und Quarantäne-Maßnahmen, die ein Leben in Normalität mit dem CoV-2 nachhaltig ermöglichen würde.

### 6.2 mRNA Impfungen

Bisher wurden noch nie mRNA-Impfstoffe am Menschen breit eingesetzt.

Noch nie haben es RNA-Impfstoffe über die Phase I hinausgeschafft. Nur bei 2 Impfungen wurde die Phase I abgeschlossen. Da überschießende Immunreaktionen festgestellt wurden, wurde diese Technik seit 2017 nicht mehr weiterverfolgt.

RNA Impfstoffe noch nie im Menschen, nur im Tiermodell, getestet worden. Naja, vielleicht weiss ers ja nicht besser.

RNA vaccine trials in humans  
(not including a large number of cancer vaccines and therapeutic approaches based on mRNA)

Target	Started in	Individuals enrolled*	Company	Status	Phase	Registration nu
CMV	2017	181	Moderna	Fully enrolled	Phase 1	NCT03382405
hMPV/PIV3	2019	114	Moderna	Recruiting	Phase 1	NCT04144348
Zika	2019	120	Moderna	Fully enrolled	Phase 1	NCT04064905
Influenza	2017	156	Moderna	Fully enrolled	Phase 1	NCT03345043
Rabies	2018	53	Curevac	Fully enrolled	Phase 1	NCT03713086
Rabies	2013	101	Curevac	Completed	Phase 1	NCT02241135
Rabies	2014	72	Curevac	Completed	Phase 1	NCT02238756
CMV	2020	452	Moderna	Recruiting	Phase 2	NCT04232280
Chikungunya <sup>1</sup>	2019	39	Moderna	Fully enrolled	Phase 1	NCT03829384

\*Passive immunity based on *in vivo* mAb expression

mRNA-Impfstoffe sind ein erster Schritt bei der Erforschung verschiedener Design-Techniken und Produktionsweisen von Impfstoffen. Aus derzeitiger Sicht haben mRNA-Impfstoffe keine gesicherte Wirkung, keine ausreichende Sicherheits-Historie und keine sterile Immunität und schaffen daher auch keine Unterbrechung der Infektionskette. Eine Impfpflicht auch nur für medizinisches Personal ist nicht nur verfassungswidrig, sondern auch ein gesundheitsgefährdender Übergriff, da es einerseits ein verkürztes Genehmigungsverfahren (es fehlen die zwischen den Phasen üblichen Probezeiten) gab und andererseits die Langzeitstudie in die IV. Phase, also die breite Anwendung am Menschen verschoben wurde.

Es ist daher die „Freiwilligkeit“ ohne wenn und aber sicherzustellen umso mehr als es schon in Kürze traditionell entwickelte Impfstoff-Alternativen geben wird. mRNA Impfstoffe erfordern die Erhaltung der Kühlkette (-70°C) nach den HACCP Richtlinien und haben voraussichtlich nur, wenn überhaupt, eine Wirkdauer von 1-2 Jahren, bei den bisherigen Probanden wurde ein hoher %-Satz überschießender Immunreaktionen (Fieber, Schüttelfrost, Gliederschmerzen) festgestellt und es als besteht als Langzeitfolge die Gefahr von Autoimmunerkrankungen.



### 6.3 Traditionell entwickel- und produzierte Impfstoffe

#### Corona Impfung: Warten bis 2.HJ 2021 lohnt sich

Das Wiener Biotechunternehmen Valneva setzt mit dem Impfling „VLA2001“ auf eine traditionelle und erprobte Methode mit inaktivierten Viren zur Entwicklung eines Vakzins gegen COVID-19. Dieses Vakzin kann risikolos auch an Kinder und Personen mit geschädigter Immunantwort verabreicht werden und schützt voraussichtlich nach einer 2. Auffrischungsimpfung bis zu 10 Jahre. Es benötigt auch nur eine Lagertemperatur von 3°C.

### 7. Alternatives Maßnahmen- und Erkenntnisbündel

Im Vordergrund stehen nachhaltig angelegte Maßnahmen, die ein Leben mit dem Virus ohne Lock-Downs und Einschränkung von Freiheitsrechten in einem angemessenen Verhältnis Freiheit vs. Risiko erlauben und überwiegend auf Hygiene Maßnahmen setzen, die für alle Infektionen der Zukunft angewendet werden können:

- Die unterschiedslose Fokussierung auf positive Testergebnisse ist verfehlt, Symptome sollten eine größere Rolle spielen.
- Wer keine Symptome hat, also auch nicht hustet und niest, verbreitet weniger Viren bzw. ist überhaupt nicht infektiös
- Menschen mit Covid-19-Symptomen sollten sich freiwillig sofort isolieren oder rasch bei niederschwelliger Testmöglichkeit in der Fläche testen lassen, bei positivem Test nur dann in heimische Quarantäne geschickt werden, wenn Isolation möglich ist, sonst wahlweises Angebot zur Unterbringung in leerstehenden Hotels als Quarantäne-Hotels.
- Die Angst vor asymptomatischen jungen Menschen und Kindern, die Erwachsene anstecken, scheint übertrieben. Lehrer mit FFP-2 Masken, Kinder grundsätzlich keine Masken.
- Regelmäßige Tests sollten auf Menschen mit möglichen COVID-Symptomen (niederschwelliges Testangebot in der Fläche durch Test-Container und niedergelassene Ärzte), Risikogruppen (in Pflegeheimen, Spitälern) und Menschen, die mit diesen in Kontakt kommen (Patienten, ärztliches- und pflegerisches Personal sowie Besucher im Zutritts-Test-Regime), konzentriert werden. **Schutz der vulnerablen Personengruppen!**
- Diese sollten entsprechend schneller Ergebnisse bekommen, **um Infektionsdauer zu reduzieren**
- **Besondere Regeln für physischen Abstand und Kontaktvermeidung** sollten für Menschen mit möglichen Corona-Symptomen gelten, bis diese negativ getestet sind.
- **Restriktionen für Menschen ohne jegliche Symptome** und ohne Kontakt zu Risikogruppen können aufgehoben werden.



- **Personen mit durchgemachter und überstandener COVID-19 Erkrankung** mit positivem Antikörpertest sollen von allen einschränkenden Maßnahmen ausgenommen werden.
- **Standardisiertes stationäres Behandlungs-Schema unter NIV** auf Normalstationen, frühzeitige Aufnahme von gefährdeten Personengruppen auf Normalstationen und erweiterbare Kapazitäten unter Einbindung der Militärkrankenhäuser als strategische Reserve.
- **Alternative Impfangebote**, die auf freiwilliger Basis ausgewählt werden können.
- **ACU** (unabhängiger Außerparlamentarischer Corona Untersuchungsausschuss) wacht über Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen.

ISÖ

Wien, den 06.12.2020