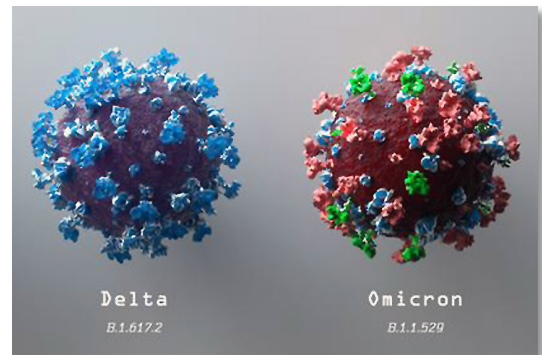


Fazit nach 2 Jahren Corona-Pandemie

«Politik und Wissenschaft sind voneinander getrennte Sphären:
So wenig sich wissenschaftliche Wahrheit nach der Mehrheitsmeinung richtet,
so wenig ist es die Aufgabe von Politik, jene Wahrheit zu vollstrecken.»
Alexander Bogner, Soziologe

Die Corona-Pandemie hat in Europa ihren vierten Akt (Delta) im Herbst 2021 eröffnet und der fünfte Akt (Omikron) ist angezählt. In der Schweiz und den benachbarten Ländern ist man zum vierten Mal wieder nur reaktiv im Notfallmodus, verordnet Massnahmen und setzt die Hoffnung einseitig auf die Wirkung der breit propagierten mRNA-Impfung, die Kinder ab 5 J neuerdings eingeschlossen. Im Hinblick auf ein mittelfristig geplantes Vorgehen zur verlässlichen Bändigung der Pandemie herrscht grosse Unsicherheit, auch über das zuträgliche Zusammenwirken von Wissenschaft und Politik, wobei die sich sehr schnell verbreitende Omikron-Variante diesen Befund unterstreicht.



Einzig? Lichtblick: schwerwiegende Krankheitsfälle sind seit Einführung der Impfung von Risikopersonen vor einem Jahr bei diesen ganz deutlich seltener geworden – doch wie lange hält dieser Schutz durch die mRNA-Vaccine noch an?

Nachdem nun die Covid-19-mRNA-Impfung

- *auch für die Kinder ab 5 Jahren zugelassen worden ist und*
- *die eidgenössischen Impfkommision EKIF in ihrer neuesten Empfehlung keine klare Stellungnahme zur Nutzen-Risiko-Abwägung bei gesunden Kindern wagt, obschon man gerade für diese Altersgruppe die mRNA-Impfung als experimentell bezeichnen muss*
- *die EKIF vielmehr diese Unwägbarkeit den Eltern aufbürdet, obschon ihr klar sein muss:*
- *dass die wiederkehrenden Einschränkungen den Alltag der Familien stark belastet,*
- *und dass in der Öffentlichkeit ein starker Druck pro Impfung bzw. eine deutliche Neigung zur Diskriminierung Ungeimpfter besteht*

fühlt sich die Situation unter dem Gesichtspunkt der individuellen Impfscheidung bei den Kindern ziemlich eingeeengt an – um nicht zu sagen desolat. (*)

Für die AGdI kommen Erinnerungen an die Situation bei der Masernimpfung Mitte Nullerjahre hoch (wenn auch epidemiologisch gänzlich verschieden unterfüttert) als nach 20 Jahren Masernausrottungskampagne die Masernimmunität in der jüngeren Bevölkerung praktisch vollständig auf der Impfmunität beruhte und damit eine natürliche Immunisierung im risikoarmen Alter sehr unwahrscheinlich geworden war. In Sachen Masernimpfung gibt es seither nichts Relevantes mehr zu entscheiden – was bleibt ist achtsam zu sein, dass die Kinder spätestens mit 10 Jahren immun gegen Masern sind und das heisst in den allermeisten Fällen, spätestens dann die MMR-Impfung zu geben.

() Kommt dazu, dass sich, unabhängig von Covid-19, die Rechtsprechung jüngst in einer Weise entwickelt, die den Impfeempfehlungen der EKIF zunehmend juristischen Normcharakter beimisst und damit den Entscheidungsspielraum von Eltern und beratenden HausärztInnen weiter einengt, haftungsrechtliche Risiken dagegen erhöht.*

Wie es dazu kam

1. SARS-Covid-19 ist ein neuartiges humanpathogenes-Corona-Virus, welches vor zwei Jahren weltweit auf eine naive Immunitätslage traf ('virgin soil').
2. Entsprechend verbreitete sich das neue Virus innert Wochen über den ganzen Globus und steckte in kürzester Zeit ungewöhnlich viele Menschen an.
3. Ein erheblicher Teil der Erkrankten erlitt ursprünglich einen schwerwiegenden Verlauf (10-15% der registrierten Fälle), oft mit Todesfolge (in ca. 5% der registrierten Fälle)
4. Die hohe Dynamik der Pandemie führte schnell zu einer ungewohnt hohen Belastung des Gesundheitswesens und während den Infektionsschüben zu einer deutlichen Übersterblichkeit in der Gesamtbevölkerung – u.a. auch, weil es keine wirksame anti-virale Therapie gab (was inzwischen zugelassen worden ist, ist teuer und wenig praxistauglich).
5. Es zeichnete sich, bei hohen Erkrankungszahlen, rasch Risikofaktoren für einen schwerwiegenden Verlauf ab, darunter vor allem Alter über 70 Jahre, chronische Vorerkrankungen (auch bei jüngeren Menschen), leben in Pflegeinstitutionen und/oder in beengenden Verhältnisse (hohe Viruslast bei der Infektion).
6. Die Behörden waren gezwungen, drastische Einschränkungen, vor allem im öffentlichen und im beruflichen Leben zu verordnen, um die Ansteckungen zu verringern und das Gesundheitssystem zu entlasten.
7. Die Schweizer Behörden waren auf den Pandemiefall schlecht vorbereitet, obschon genau diesem Fall in der Katastrophen-Vorsorgeplanung einige Jahre zuvor eine der höchsten Prioritäten attestiert worden war (aufgrund des neuen Epidemiegesetzes 2013).
8. Das Informationsverhalten der Behörden und der Fachwelt war von Beginn an oft widersprüchlich und unvollständig. Die Unwägbarkeiten hinter den Entscheidungen wurden nicht selten verschwiegen. Fehler wurden oft nicht eingestanden oder allenfalls mit Pseudoerklärungen verschleiert (zB. Mangel an Schutzmasken im Frühling 2020). Das Vertrauen zumindest des eher bis sehr skeptischen Drittels der Bevölkerung in die verordneten Massnahmen und Empfehlungen wurde damit sicher nicht gefördert. Eine nachhaltige Zählung der Pandemie wird aber durch Polarisierung behindert.
9. Europa und die Weltgemeinschaft, waren ebenfalls schlecht vorbereitet, sodass kein konzertiertes Vorgehen gegen dieses weltweiten Geschehen zustande kam. Vielmehr schaute jedes Land, bei unterschiedlichsten Vorgehensweisen, vor allem für sich. Die WHO, die global zentrale Instanz im Pandemiefall, versuchte weltweit zu koordinieren, fanden aber zu wenig Unterstützung.
10. In der Folge gab es keine Vereinheitlichung der Datenerhebungen, keine Normierung der Falldefinitionen oder der Anforderungen an die Testtechnik etc., sodass die Chancen für belastbare, breit abgestützte Erkenntnisgewinne schon sehr früh verspielt worden sind. Diese Versäumnisse lassen sich nachträglich nicht mehr kompensieren – allzu Vieles bleibt deshalb auch zwei Jahre nach Pandemiebeginn unsicher und unklar.
11. Alle Beurteilungen der Lage, der Wirksamkeit der Mittel und folglich der **Entscheidungen von Fachwelt und Behörden basieren auf dieser unzuverlässigen Erkenntnisgrundlage**. Es gibt entsprechend unlösbare, ermüdende und hässliche Kontroversen über das angemessene Vorgehen, über den Stellenwert der verfügbaren Impfstoffe, über die Zumutbarkeit von Einschränkungen etc.
12. Der pathogenetische Ansatz dominierte sehr früh. Der Ehrgeiz und die Finanzen wurden in die technischen Mittel und ins modellbasierte Management der Virusdynamik gesteckt.

Dagegen wurde die salutogenetische Seite kaum beachtet: die Leistungsfähigkeit des individuellen Immunsystems und der Wert der Immunität nach Infekt wird der Impfwirkung nachgeordnet, insofern abgewertet bzw. gering geschätzt (der Status 'genesen' fristet bei den Kriterien für die Zertifikate immer noch ein 'Mauerblümchendasein': Genesene werden bezüglich 2-G-Regime und Quarantäne unsinnig benachteiligt). Die Frage, ob der Schutz nach Infektion solider als derjenige nach mRNA-Impfung sei, wurde wider alle Vernunft so erledigt, dass man die Genesenen drängte, sich 'zur Sicherheit' noch impfen zu lassen, womit die Gruppe der Genesenen im grossen Topf der Geimpften unterging.

Dennoch wird erst die Immunität infolge Infekt (mit oder ohne Impfung) den Übergang in die endemische Situation ermöglichen.

Was daraus folgt

13. Zwei Jahre nach Beginn der Corona-Pandemie sind wir immer noch im Notfallmodus: kurzfristiges Reagieren wenn Überlastung droht. Es gibt noch keinen überzeugenden internationalen Plan, wie die Pandemie nachhaltig zu bewältigen wäre.
14. Inzwischen sind wir in der Schweiz in der vierten Welle angelangt, der steilsten in Europa, und die Spitäler sind schon wieder am Anschlag. Die Verlautbarungen der Fachwelt und der Behörden sind weiterhin widersprüchlich bis auf den Punkt, die mRNA-Impfung und Boosterung sei für alle über 12 Jahren zu forcieren (neuerdings soll auch schon ab 5 Jahren geimpft werden).
15. Die mRNA-Impfung ist bisher sehr wirksam im verhindern von schwerwiegenden Verläufen bei den Risikopersonen – insofern ist sie ein Notfallinstrument im Dienste der Erkrankten und des gesellschaftlichen Funktionierens.
16. Die mRNA-Impfung ist aber kaum geeignet, durch breite Anwendung die Pandemie zu bezwingen, weil die Impfmunität auf sehr schmalem Fuss steht: einerseits erzeugt sie keine Schleimhautimmunität und zielt andererseits nur gegen eine bestimmte Art der Spikeproteine, aber nicht gegen die zahlreichen weiteren Oberflächenantigene des Virus. Die Folgen: Geimpfte bleiben potentiell Virusträger und ansteckend. Die Propagierung der Impfung für die ganze Bevölkerung begünstigt darüberhinaus die Selektion und Verbreitung von Escape-Mutanten.
17. Die mRNA-Zulassungsstudien (Phase-III) waren sehr eng auf den Nachweis der primären und damit kurzfristigen Wirksamkeit angelegt. Die Impfstoffhersteller versäumten es, diese in der Prävention experimentelle Technik so gründlich wie möglich zu untersuchen.
18. Die Ethikkommissionen und die Zulassungsbehörden, welche ja auch die Studienprotokolle bewilligen und die Einhaltung der Regeln kontrollieren müssen, tolerierten unter dem hohen Erwartungsdruck leider dieses Vorgehen, anstatt die übliche Sorgfaltspflicht einzufordern.
19. Eine Notfallzulassung (Studien-Beobachtungszeit nur gut 2 Monate) liess sich aufgrund der Notlage gut begründen, wenn sie denn zumindest an diese zwei Bedingungen geknüpft worden wäre: Anwendung der Vakzine klar eingrenzen (definierte Risikogruppen), aktives, prospektives Monitoring der Nebenwirkungen verlangen ('Postmarketing Surveillance').
20. FDA und EMA sprachen explizit von einer Notfallzulassung ('Emergency Use Listing') währen dem Swissmedic, aufgrund der gleichen Datenbasis, stolz von einer 'Zulassung im Normalverfahren' sprach (und spricht) und keine harten Bedingungen daran knüpfte.

21. Was primär in der Zulassungsforschung versäumt wurde, lässt sich nicht mehr nachholen. Insofern ist **auch bei den mRNA-Impfstoffen die Erkenntnisgrundlage irreparabel mit essentiellen Lücken behaftet**, insbesondere auch, was die verlässliche Erfassung der Spät-Nebenwirkungen betrifft. (*)
22. Die äusserst dürftige Information des Publikums durch die Behörden, das Vermeiden von aktivem Ansprechen der Risikoseite der experimentellen mRNA-Vaccinen im Zuge der Impfkampagnen und in den öffentlichen Impfzentren, erfüllt die eigenen Vorgaben das BAG betreffend Aufklärungspflicht bei weitem nicht und ist eigentlich illegal – eine Hausärztin könnte es sich nicht leisten (Haftung), die persönliche Impfaufklärung und deren Dokumentation zu vernachlässigen.
23. Es wurde 'versäumt' in der Öffentlichkeit immer wieder auf die Dringlichkeit des Meldens von unerwarteten Reaktionen hinzuweisen. Kommt dazu die unpraktischen Meldemodalitäten, das fehlende Personal zur gründlichen Verarbeitung der Meldungen bei Swissmedic und ganz grundsätzlich das ineffiziente passive Nebenwirkungsmonitoring (Wirkungsgrad 10–15%). **Dies alles verunmöglicht erst recht, dass wir je verlässlich wissen werden, wie sicher die mRNA-Impfstoffe sind.** Man verimpft aber über drei Viertel aller Impfungen an gesunde Personen mit sehr kleinem Krankheitsrisiko! Viele 'Experten' sogar streiten schlicht ab, dass es bei der Covid-19- oder anderen etablierten Impfungen überhaupt ein Langzeitrisiko gebe. (*)
24. Im Falle eines vermuteten **Impfschadens** liegt, selbst nach der Notfallzulassung, die ganze **Beweislast** auch bei der Covid-19-Impfung bei den Betroffenen selbst. Wegen der obigen Punkte 17.–23. werden sie aber keine Chancen haben, Recht zu bekommen.

(*) Das Zulassungs- und Promotionsprozedere erinnert strukturell sehr stark an frühere Einführungen von Impfstoffen zur generellen Anwendung wie Hep-B in den Neunziger- und HPV in den Nullerjahren. Im Gegensatz zu Covid-19 gab es damals aber keine Notsituation, dennoch wurde massiv Promotion betrieben. Bei der Hep-B-Impfung wurde das wirksame Konzept der gezielten Impfung von Risikopersonen ohne Not verlassen, sodass nun die Säuglinge schon mit 2 Mt. die erste Dosis verabreicht bekommen. Bei der HPV-Impfung gab es keinen relevanten Anlass zur Einführung, weil die Prävention des Portiocarcinoms schon effizient etabliert war (PAP-Abstriche alle 3 Jahre). Die Wirkung der Impfung auf die Inzidenz dieses Carcinoms ist immer noch unklar. In beiden Fällen werden die allermeisten dieser gesunden Kinder den Impfschutz nie benötigen, werden aber ohne Not dem Impfrisiko ausgesetzt (Protein-Impfstoffe mit Wirkverstärker). Die Post-Marketing-Surveillance der unerwünschten Langzeitwirkungen ist rein passiver Natur, also ineffizient.

25. Das Durchmachen des Infektes (oder allenfalls eine Impfung mit inaktivierten Ganzviruspartikeln), führt zu einer breiteren, vielfältigeren Immunreaktion, also zu einer Immunität, welche weniger empfindlich auf Virusmutationen, somit im Hemmen der Viruszirkulation wahrscheinlich auch längerfristig wirksamer ist, als mRNA-Impfstoffe (oder als der DNA-Impfstoff von Astra-Zeneca und auch der Protein-Impfstoff von Novavax).
26. Im Sommerhalbjahr 2020 und vor allem 2021 mit den tiefen Inzidenzen, bot sich die Chance, die Frage der längerfristigen Strategie gegen SARS-Covid-19 abzuklären, national und vor allem international. Es bot sich die Chance, das Erfassen des Krankheitsgeschehens und die Vorgehensweisen zu koordinieren, sowie alternative Impfstoffentwicklungen kooperativ zu fördern. Stattdessen war man allenthalben unkritisch erleichtert, fühlte sich durch die breite Anwendung der mRNA-Impfung in trügerischer Sicherheit und liess die Zügel fahren. Zwischen den Ländern und Weltregionen ist eher eine Konkurrenz, ein Wettrennen um den ultimativen Erfolg, als eine Zusammenarbeit im Gange.

27. Die Folgen: die Delta- und Anfang 2022 die Omikron-Variante treiben die Behörden erneut zu heftig umstrittenen Notfalleingriffen. Bei den exponentiell steigenden Ansteckungen und Spitaleintritten bleibt nichts anderes übrig als zu hoffen, mit forcierten Impfungen und Boostern die Dynamik zu bremsen. Der Zwang der Situation ist wohl weitgehend hausgemacht und die Perspektivlosigkeit mittelfristig zum grossen Teil auch.
28. Die Impfstoffhersteller haben mit den **mRNA-Impfstoffen** in Rekordzeit ein wirksames und anpassungsfähiges Notfallinstrument in grosser Zahl zur Verfügung gestellt – zunächst ein **sehr positiver Beitrag für die Risikopersonen** und für das Funktionieren des Gesundheitswesens, der Gesellschaft und der Wirtschaft.
29. Die Impfstoffhersteller haben ein grosses Interesse, diese Technik weiterhin breit anwenden und die aufgebauten Produktionskapazitäten nutzen zu können. Die epidemiologische Dynamik mit dem beschleunigten Selektionsdruck wir diesen Interessen entgegenkommen (Parallele bei den Grippeimpfungen: es sind sog. 'Spalt- oder Untereinheiten-Impfstoffe', zwei Arten von Protein-Impfstoffen. Diese haben eine ähnliche Wirkung auf Selektion von Virusmutationen, mit der Folge von jährlich erneuten Impfungen und dies bei abnehmender Impfwirksamkeit).
30. Die Impfstoffhersteller spielen ihre Macht gekonnt aus – sie nutzen den Handlungsdruck und den Spielraum unverfroren aus, welcher ihnen durch die Politik und durch die Zulassungsbehörden, nicht selten unter Missachtung der eigenen Qualitätsstandards, eingeräumt wird. Die grössten streben ein Monopol auf mRNA-Technologie an:
 - a. Studienprotokolle mit Fokuseinengung auf den markttauglichen Endpunkt manifeste Erkrankung (zB. wurden subklinische Virusträger nicht aktiv gesucht)
 - b. vorzeitige Auflösung der Plazebogruppe aus sog. 'ethischen Gründen'
 - c. Geheimhaltung der Primärdaten vorallem der Phase-III-Studien
 - d. vermutlich Druckausübung auf Zulassungsbehörden, um günstige Zulassungs-Bedingungen zu erreichen (zB. Eventualität Rückzug Zulassungsgesuche); auch bei zukünftigen Modifikationen.
 - e. Ausschluss des Entwicklungsrisikos in den geheimen Verträgen mit den Käufern
 - f. Verkauf prioritär an Länder mit guter Zahlungskraft
 - g. Behinderung von Wissens- und Technologietransfer, damit auch die Konkurrenz (mRNA- oder andere Impf-Techniken. Es ist zB. auffällig dass die inaktivierten Ganzvirus-Impfstoffe von Valneva und Sinovac im Zulassungsprozess in Europa und den USA über 1 Jahr hinten nachhinken).
 - h. Angebote zur Bevorteilung von Ländern, welche Abnahmegarantie auf zukünftige modifizierte mRNA-Impfstoffe über mehrere Jahre gewähren (Covid-19 und neu Influenza)

«... Aber es fehlen die vergleichbaren Daten. Es existiert keine Logistik zum konsequenten Informationsaustausch zwischen Regierungen, Gesundheitsbehörden, internationalen Einrichtungen. Das wäre enorm wichtig gewesen, wurde aber versäumt. ... Die 'Lösung' liegt nun im hochkapitalistischen Pharmasektor. Die WHO hat im Mai 2020 versucht, eine politische Entscheidung herbeizuführen, die ein gemeinsames Vorgehen vorgeschrieben hätte, weltweite Forschung, Vakzine mit vergleichbaren Tests und Versuchsgruppen, solidarisch und koordiniert von der WHO. Alle Vakzinen hätten sich der gleichen Prüfung unterziehen müssen um eine Zulassung zu bekommen. ...»
Satyajit Rath, indischer Immunologe und Regierungsberater (aus Interview WOZ Herbst 2021)

Schlussfolgerungen

1. Es sind sehr viele Fehler gemacht worden, begreifliche und unbegreifliche, womit der Verlauf der Pandemie in jüngster Vergangenheit und in naher Zukunft verkompliziert worden ist. Unter dem **Gesichtspunkt der Nachhaltigkeit** ist ziemlich viel 'Geschirr zerbrochen' worden: unvermeidliches und vermeidbares.

2. **mRNA- und DNA- Impfstoffe** (vermutlich auch Protein-Impfstoffe wie Nuvaxovid) sind geeignet mit zu helfen, den gesundheitlichen Pandemieschaden zu begrenzen, aber sie sind nicht geeignet, die Pandemie-Dynamik selbst zu beherrschen.
3. Das einseitige **Insistieren auf einer möglichst durchgreifende Immunisierung** mit mRNA-Impfstoffen hat nur kurzfristig und in abnehmendem Mass eine wünschbare Wirkung. Mittelfristig / Langfristig ist dieses Vorgehen für die Volksgesundheit sehr wahrscheinlich nicht hilfreich, vielleicht sogar schädlich.
4. Man kann nur hoffen, dass sich in naher Zukunft **Covid-19-Mutanten** durchsetzen, welche **weniger pathogen** sind und dennoch eine breite Immunität hinterlassen.
5. Man kann nur hoffen, dass möglichst viele Geimpfte und Ungeimpfte, welche nicht zur Risikogruppe zählen, sich mit Hilfe der jeweils aktuellen **Wild-Virusvariante eine breite Immunität erwerben**, ohne dabei Schaden zu nehmen.
6. Man kann zudem hoffen, dass in absehbarer Zeit eine **Impfstoff-Alternative** zur Verfügung steht, die eine breitere und robustere Immunität bewirken kann, und welche auf einer Impftechnik beruht, mit der schon genügend Erfahrung vorliegt (wie zB. inaktivierte Ganzvirus-Impfstoffe).
7. Eine **Impfpflicht** für bestimmte Berufsgruppen oder gar für alle ist sachlich, speziell mit mRNA-Impfstoffen, nicht gerechtfertigt (Geimpfte können weiterhin ansteckend sein, Impfwirkung fragmentarisch und kurz, mittelfristig negative Auswirkung auf epidemiologische Dynamik), ist grundrechtlich unwürdig (Zwang mit fragwürdiger Begründung, Unverhältnismässigkeit, Sanktionierung aufgrund von Fehlentscheidungen anderer) und gesellschaftlich schädlich (Stigmatisierung, Ausgrenzung, Polarisierung).
8. Die **Impfung der gesunden Kindern** mit dem experimentellen mRNA-Impfstoff zu ermöglichen und voranzutreiben ist sachlich unbegreiflich (ein sehr kleines Krankheitsrisiko steht einem unbekanntem Impfrisiko und einer fraglichen Wirkung bei Omikron gegenüber).
9. Das **Entscheidungs-Dilemma** ist aber nicht auszuräumen, denn es gibt keine unanfechtbare und keine nationale Lösung – die Entscheidungsträger sind nicht zu beneiden:
 - a. Viele Infekte in kurzer Zeit bedeutet viele Kranke zu Hause, viele Hospitalisationen, vermehrt Todesfälle; Überlastung des Gesundheitswesens, Beeinträchtigung des Arbeitssektors, der Grundversorgung, der Schulen, Verlust von Einkommen; Beschränkung des Soziallebens, persönliche Überforderung durch Selbstisolation und Quarantäne etc. mithin **politisch, gesellschaftlich ein Imperativ zu handeln**
 - b. die Gesellschaft ist aber ein hoch komplexes und mit vielen Widersprüchen behaftetes Wesen. Sie ist kein Feld, in dem man ein Experiment kontrollieren und notfalls bei Schwierigkeiten oder Misserfolg abbrechen könnte.
 - c. die **Mittel und Massnahmen**, welche (aktuell) zur Verfügung stehen, **sind nicht genügend wirksam, potentiell 'toxisch' und ungleich verteilt**. Die richtige 'Dosis' bei sich ständig verändernden Voraussetzungen zu finden, ist sehr schwierig.

Die Komplexität der epidemiologischen, der gesellschaftlichen und der globale Dimensionen lässt keine ultimative und widerspruchsfreie Lösung zu.

«Es ergibt keinen Sinn, gesunden Erwachsenen Auffrischimpfungen zu verabreichen, wenn ... Hochrisikogruppen in der ganzen Welt noch immer auf ihre erste Dosis warten ... während dem weltweit sechsmal mehr Auffrischimpfungen verabreicht werden als Erstimpfungen in einkommensschwachen Ländern.»

Tedros A. Ghebreyesus, Generaldirektor WHO (November 2021)