

Coronafakten.com Archiv – 2024

Privat: Skandal: Wiener Konzerthaus bietet Pandemieleugnern eine Bühne

[Januar 14, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Ein Kommentar](#) / [Bearbeiten](#)



Pandemieleugner-Veranstaltung im Wiener Konzerthaus

Werbung für eine

Das Wiener Konzerthaus wurde 1911-1913 errichtet. Es ist die Hauptspielstätte der Wiener Symphoniker, des Wiener Kammerorchesters und des Klangforums Wien. Die Wiener

Konzerthausgesellschaft fungieren als Betreiber des Konzerthauses und ist ein privater, gemeinnütziger Verein. Neben dem offiziellen Programm wird es auch privat für Betriebsfeiern, Modeschauen, Kongresse und Geschäftspräsentationen genutzt. Die hier beworbene Veranstaltung ist so ein privater Anlass und wurde im offiziellen Programm des Wiener Konzerthauses nicht ausgeschrieben. Das ist jedoch keine Rechtfertigung, demokratiefeindlichen Gruppierungen eine Plattform zu bieten. Neben der LFÄ werben auch die „Grüne gegen die Impflicht & 2G“ für die Veranstaltung sowie der deutsche Verein „Mediziner und Wissenschaftler für Gesundheit, Freiheit und Demokratie“ ([siehe Faktencheck](#)) – zu den Gründern zählen u.a. Sucharit Bhakdi und Stefan Homburg, Mitglied ist zudem Wolfgang Wodarg.

Die Veranstaltung ist kein Einzelfall. Bereits am 20. Oktober 2023 fand im Klagenfurter Konzerthaus [eine ähnliche Veranstaltung](#) statt. Hauptredner damals: Martin Haditsch, der meinte, man hätte Covid „lieber laufen lassen sollen“. Haditsch war [von Beginn an](#) als Verharmloser der Pandemie gemeinsam mit AIDS-Leugner Christian Fiala in Erscheinung getreten, am 3. September 2020 wurde er von Ö1-Redakteurin Renate Schmidt-Kunz unkritisch interviewt. Veranstalter in Klagenfurt waren die „*Liste der freien Ärztinnen Kärntens*“ (LFÄ), eine MFG-nahe Liste, und die „*Wissenschaftliche Initiative – Gesundheit für Österreich*“, ein Verein von Pandemieleugnern mit Obmann Andreas Sönnichsen, von dem sich die Universität Wien bereits im ersten Pandemiejahr distanziert hat.

Update, 24.1.23

„das wiener konzerthaus hat mir heute mitgeteilt, dass es vom mietvertrag für die als „wiener gesundheitstage“ gebuchte veranstaltung zurückgetreten ist, bei der wordag und andere referenten ihre wissenschaftsfeindlichen „ergüsse“ loswerden hätten wollen. protestemails wirkten.“ (Quelle: Otmar Tuma, Twitter)

Im Wiener Konzerthaus treten auf:

- **Wolfgang Wodarg**, Internist und Umweltmediziner: Er trat im Pandemieleugnerfilm „Corona.Film“ von OVAL-Media-Gründer Robert Cibis und Impfgegner Bert Ehgartner auf – gemeinsam mit Sucharit Bhakdi, John Ioannidis, Franz Allerberger und Raphael Bonelli.
- **Renate Holzeisen, Rechtsanwältin**: Sie war 2023 Spitzenkandidatin für die impfkritische Liste VITA in Südtirol – [wenig überraschend leugnet die Partei auch die globale Erderwärmung](#)
- **Ossi Huber, Musiker und Songwriter**: „*Ich stamme aus einer traditionell deutsch-nationalen Familie, als Zwölfjähriger habe ich noch geglaubt, dass die Slowenen bei uns einmarschieren*“, erzählte Huber gegenüber der APA ([Ö24, 20.04.11](#)), bis zur Pandemie ist er nicht fremdenfeindlich oder rechts aufgefallen, im Gegenteil, er stellte sich in der „Ortstafelfrage“ in Kärnten auf die Seite der Minderheiten – Im Oktober 2022 taucht er dafür als Unterzeichner einer Unterstützungserklärung für maßnahmenkritische Aufarbeitung der Pandemie auf, im März 2023 hat er eine **Petition zur „Aufarbeitung des COVID-19 Managements“** unterzeichnet – beide Male initiiert vom Verein „**Zukunft Jetzt**“ – Vizepräsidentin ist die Impf- und Maßnahmengegnerin Patricia Marchart, die durch den Dokumentarfilm „**Eine andere Zukunft**“ bekannt wurde. Mitwirkende u.a. Kinderarzt Reinhold Kerbl, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendliche, der auch die ÖVP-Bildungsminister beraten hat, Verschwörungserzählerin Ulrike Guerot, Public-Health-Mediziner Martin Sprenger, Neurowissenschaftler Manuel Schabus.

Zu den Erstunterzeichnern der Petition von 2023 zählten u.a.

- Infektiologin Petra Apfalter („Wir haben keine zweite Welle, sondern einen Labor-Tsunami“, September 2020)
- Peter Kampits, Mitglied der Bioethikkommission in Österreich
- Reinholt Kerbl
- Martin Sprenger
- Manuel Schabus, der sich um Umfeld der MFG bewegt

Das vermeintliche Ende der Pandemie zu feiern ist derzeit keine Randerscheinung, sondern bewegt sich im Zeitgeist der Politik und Gesellschaft, mit der Bundesregierung, die während den Rekordzahlen der letzten Coronawelle die Resultate des „Versöhnungsprozesses“ mit dem Titel „Nach Corona“ verkündete.

Die WHO warnt unterdessen seit dem erklärten Ende des Internationalen Gesundheitnotstands im Mai 2023, dass die Pandemie selbst nicht beendet sei und auch die globale Gesundheitsbedrohung durch wiederholte SARS-CoV2-Infektionen weiterhin gegeben ist – im Licht weltweit sinkender Impfraten, neuer Varianten und weitgehend abwesende Schutzmaßnahmen.

Was wissen wir über die Ansichten der Konzerthaus-Führungsebene zur Pandemie?

Vorab: Ich hab vollkommenes Verständnis dafür, dass die Kulturschaffenden sich in der Pandemie ungerecht behandelt gefühlt haben. Die Bundesregierung hat von Beginn an vorwiegend das Wohlbefinden der Tourismuswirtschaft und der größten Förderer der ÖVP im Blick gehabt. Es schien der Regierung leicht zu fallen, die Kulturbetriebe ohne lange zu fackeln länger geschlossen zu halten, und sich dafür detaillierte Regeln zu überlegen, wie Sommer- und Wintertourismus mit unzähligen Ausnahmen trotzdem stattfinden konnten.

Im Vorstand sind derzeit Matthias Naske, Johanna Möslinger und Mag. Günter Tröbinger, der auch Coronabeauftragter war und für die Umsetzung der Verordnungen im Kulturbereich für das Konzerthaus zuständig war.

„Die Kultureinrichtungen sind mit Sicherheit von allen Orten, an denen viele Menschen zusammenkommen, die sichersten. Der Kultursektor ist nicht der Pandemietreiber.“

[Konzerthausdirektor Naske am 08.12.2021](#)

Es ist aber auch klar, dass jeder Bereich die Verantwortung in der Pandemie weit von sich wegweis. Egal ob Gastronomie, Hotelbesitzer, Kulturveranstalter oder Schulen – alle beteuerten selbstbewusst „dass unser Bereich sicherlich kein Treiber der Pandemie“ sei. Infektionen und Superspreader-Ereignisse geschahen immer woanders. Dabei war von Beginn vom Kitzloch über das Chorwochenende in Perg, dem Rotarier-Cluster in Salzburg, dem Ausbruch in einem Hotel am Wolfgangsee bis den großen Konzertveranstaltungen (Benefizitkonzerte in der BA.2-Welle im März 2022) und der nachgeholtene EM 2021 klar, dass sich keine Branche beruhigt zurücklehnen und aus der Verantwortung nehmen kann.

Es gibt sicherlich Abstufungen in der Gefährdung. Eine Theatervorstellung mit guter Lüftungsanlage, ruhig sitzendem Publikum, war nie das Problem, eher schon die Pausen dazwischen mit Ausschank von Getränken und engem Beisammenstehen. Anders ein großes Konzert mit Menschenmassen, lautem Singen und reichlich Alkohol.

„Wenn man nun den Booster und einen zusätzlichen PCR verlangen müsse, stelle sich schlicht die Frage: „Wie hoch müssen die Hürden noch in den Himmel wachsen, die man den Menschen auferlegt?“

[Naske gegenüber der apa AM 23.12.2021](#)

Unverständnis äußerte Naske auch gegenüber den strengerden Verordnungen im Zuge der Delta- und Omicron-Welle zum Jahresende 2021 – was vor allem zeigt, dass die Bevölkerung als auch Verantwortungsverträger nie ausreichend darüber aufgeklärt wurden, dass sich das Virus ständig weiterentwickelt und bestehende oder früher einmal ausreichende Verordnungen ebenso angepasst werden mussten. Gegen die Omicron-Variante reichte auch eine dreimalige Impfung leider nicht mehr aus. Ein zusätzlicher PCR-Test (und Maske tragen) waren alternativlos zu einer Schließung.

„Spätestens seit dem Ende der Corona-Pandemie bildet das Haus einen weiteren Schwerpunkt mit der Integration von Musiker:innen der Freien Szene im Spielplan“

Naske, aus dem Geschäftsbericht des Wiener Konzerthaus von 2022/2023, Seite 6

Laut Datumsangabe wurde der Bericht am 15. November 2023 herausgegeben. Von der Politik kommuniziert wurde natürlich das Ende der Pandemie, so gesehen keine Randmeinung. In Summe finde ich keine explizit verharmlosenden Statements seitens des Wiener Konzerthaus, nur die übliche und teilweise berechtigte Kritik an den Verordnungen, die zu finanziellen Schwierigkeiten führten. Das war dann aber eine Sache von mangelnden Förderungen.

Die bis heute nie addressierte Gretchenfrage ist also, wie können Indoor-Veranstaltungen infektionssicher stattfinden? Wir kennen eigentlich seit dem Sommer 2020 schon die Antwort: Die Zahl der infizierten Personen senken und/oder Frischluftzufuhr ermöglichen bzw. die Raumluft filtern. Die erste Maßnahme haben wir bis Sommer 2022 noch konsequent angewendet: Isolation und Quarantäne. Frischluftzufuhr funktioniert sonst über moderne Belüftungsanlagen und mobile Luftreiniger. In meiner naiven Vorstellung sah ich zunehmend Konzert- und Kinosäle mit CO2-Infopanels an den Eingängen ausgestattet und ab einem bestimmten Schwellenwert hätte man sich eben eine Maske übergezogen oder die Lüftungsanlage wäre automatisch hochgedreht werden. Das Kultur- und Musikhaus *Treibhaus* in Innsbruck hatte eine solche CO2-Ampel umgesetzt (Stand 2022).

Eine abschließende Bitte an regelmäßige Besucher des Wiener Konzerthaus, die jetzt zurecht empört sind:

Statt das Wiener Konzerthaus nun zu boykottieren – schreibt hin, ruft an, beschwert Euch. Vielleicht lässt sich verhindern, dass dies künftig nicht mehr vorkommt. Auch die Betreiber des Konzerthaus müssen nicht alles dulden – es kann auch klare Richtlinien geben, mit denen das Hausrecht durchgesetzt wird.

MECFS/LC und SARS-CoV2-Monitoring: PR-Aktionen des Gesundheitsministers

STANDARD: Sie waren selbst Krebspatient, hatten damals Töchter im schulpflichtigen Alter. Wenn es Corona gegeben hätte, was hätten Sie gedacht, wenn alle Maßnahmen gefallen wären?

Rauch: Vermutlich genau dasselbe, was diese Leute sich jetzt denken. In so einer lebensbedrohlichen Situation, wo sich alles auf das eigene Überleben verengt, hast du null Verständnis für alles, was außerhalb stattfindet. Trotzdem kann ich die Maßnahmenplanung nicht ausschließlich daran ausrichten, was für die am meisten gefährdete Gruppe gerade notwendig ist. Ich bin schon jemand, der darauf schaut, auch Vorsicht walten zu lassen. Aber Gesundheit in meiner Welt ist nicht nur die Abwesenheit von Covid.

Gesundheitsminister Rauch kurz nach Amtsantritt, DerStandard am 10. März 2022: Ein Staat, der nicht bereit ist, das schwächste Glied zu schützen, ist keine Demokratie mehr, sondern setzt das Recht des Stärkeren um – bzw. hier das Recht der vermeintlich gesunden Mehrheit, die zu bequem ist, für andere zu verzichten oder sich geringfügig einzuschränken (z.B. Maske im Wartezimmer, in Öffis oder generell bei Symptomen zu tragen). Das ist „Health Supremacy“.

Es gibt schon wieder zu viele brennende Themen, die ich als One-Man-Show kaum adäquat abdecken kann. Zwei davon möchte ich jetzt herausgreifen, weil sie gerade sehr drängend sind. Das eine ist unsere Datenqualität, mit der das Infektionsgeschehen *überwacht* wird, das andere der Umgang mit chronisch kranken Menschen durch die Infektion selbst. Der Gesundheitsminister zeichnet sich wiederholt durch PR-Aktionen aus, die sich hinterher als Luftblasen entpuppen. De facto wird nichts bzw. bei weitem nichts ausreichendes getan – weder zum Schutz der Betroffenen, noch zu deren Therapiemöglichkeiten oder sozialer Absicherung. In der jetzigen Konstellation als Gesundheits- und Sozialminister ist Rauch (Grüne) für beides zuständig. Ein Infektionsgeschehen nur zu überwachen, aber nicht einzugreifen, wenn die Welle Rekordhöhen erreicht, ist pure Heuchelei. Wir sahen dies schon in den ersten Pandemiejahren, als man Schulen als „Infektionsradar“ instrumentalisierte, statt eben dort Schutzmaßnahmen zu verhängen, um Kinder, Jugendliche, aber auch Pädagogen zu schützen.

Im vergangenen Jahr wurden viele LongCOVID-Ambulanzen geschlossen, obwohl diese nach eigener Auskunft mit massiven Anfragen und Überlastung zu tun hatten. Verbleibende, wenige Fachärzte in Österreich, die sich mit postviralen Erkrankungen generell auskennen, waren und sind völlig überlastet. Auf ihnen lastet eine menschenunmögliche Verantwortung, selbst bloß nicht auszufallen.

Der Vorgänger von Rauch, Wolfgang Mückstein, ließ in einer Stellungnahme an MECFS-Betroffene am 21. Februar 2022 ausrichten, dass die Zuständigkeiten bei MECFS unklar sein würden, und es auch wenig Forschung geben würde, um das Feld voranzubringen. Es wurde außerdem behauptet, dass es bei MECFS keine klaren biologischen Marker geben würde, eine eigene Anlaufstelle für MECFS-Patienten war nicht geplant.

Anlaufstellen, soziale Absicherung, kein Zwang zur Verschlechterung der Erkrankung durch aktivierende Reha-Maßnahmen, Übernahme von teuren Medikamenten durch die Kasse, mehr Pflegepersonal für Schwerbetroffene – das alleine sind bereits wichtige Punkte, die in Angriff genommen werden müssen. Es ist aber auch genauso wichtig, dass sich die Betroffenen selbst gegen ein dauerhaft etabliertes, hochinfektiöses Virus schützen können, indem pflegende Angehörige geschützt werden. Und da passiert eben nichts mehr bzw. das Gegenteil wie Erschwerung von Impfstoffangebot, strengere Kriterien für Paxlovid-Erhält und keinerlei Schutz in Spitäler bzw. Verbote, Luftreiniger zu verwenden.

Zur Klarstellung der Begrifflichkeiten:

LongCOVID ist ein Oberbegriff für verschiedene Spätfolgen einer SARS-CoV2-Infektion, von Lungenembolie über Herzmuskelentzündung, [kognitive Einschränkungen](#) und Demenz, chronische Infektion und dauerhaftem Geruchsverlust bis hin zu Belastungsintoleranz (PEM) und Bettlägerigkeit.

MECFS ist eine postvirale Erkrankung, deren Leitsymptom die Belastungsintoleranz ist. SARS-CoV2 ist einer der Auslöser, davor waren es Influenza, Epstein-Barr-Viren und andere Virusinfektionen. Zu trennen ist also das allgemeine LongCOVID vom spezifischen LongCOVID mit PEM, das nach 6 Monaten zum MECFS wird. Unter diesen Voraussetzungen kommt eine Hilfe für LongCOVID mit PEM-Betroffene auch MECFS-Betroffenen zugute und umgekehrt.

Beschämende Datenqualität zu SARS-CoV2

Österreich hatte weltweit in den ersten Pandemiejahren einen guten Ruf bei den Genomsequenzierungen von SARS-CoV2. Seit Molekularbiologe Elling und sein Team seit März 2023 nicht mehr zuständig sein dürfen, sondern die AGES diesen Part übernehmen hat, gibt es abwechselnd zu wenig sequenzierte Proben, keine Veröffentlichung, Verzögerungen bei den Veröffentlichungen – oder wie hier, falsche Datenzuschreibungen:

Variantenaufteilung in BA.2.86 inklusive JN.1, XBB*-Varianten und restliche Varianten – links Stand 11.12.2023, rechts 16.01.24



Links der Stand Mitte Dezember: XBB startet durch, JN.1 folgt mit großem Abstand nach. Rechts Mitte Jänner nach der Datenkorrektur: Die vermeintliche XBB-Welle war eine JN.1-Welle. XBB* ging deutlich zurück in diesem Zeitraum.

Wir haben lange gerätselt, warum in anderen Teilen der Welt JN.1 verbreitet eine Rekordwelle verursacht hat, aber in Österreich der Großteil davon XBB*-Varianten gewesen sein sollten. Die Richtigstellung des Variantenanteils ist nicht nur eine akademische

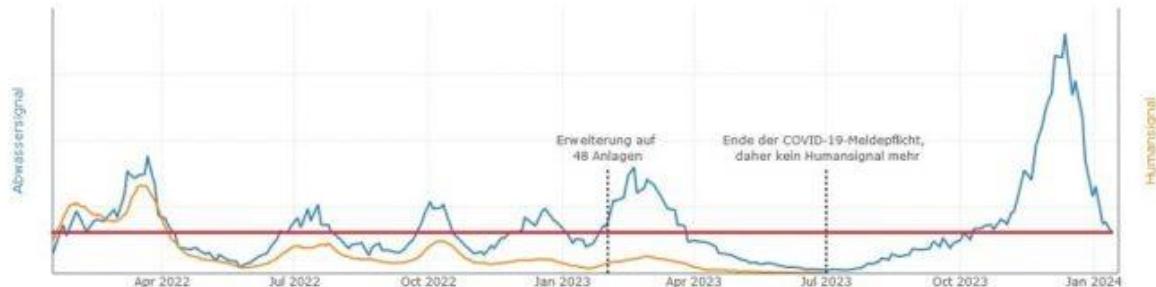
Korrektur, sondern hat weitreichende Implikationen für die Interpretation und Ausblick für die kommenden Wochen:

- Es war nicht wie spekuliert die Kreuzimmunität durch frühere XBB*-Infektionen, die diese Welle gebrochen hat.
- Die Brechung der JN.1-Welle geschah durch einen sogenannten Overshoot, es standen nicht mehr genügend empfängliche Personen zur Verfügung. Weitere Infektionen beschleunigten den Zusammenbruch der Welle.
- Der Peak wurde bereits vor den Ferien erreicht, damit sind die Ferien keine Erklärung für den Abfall. Familientreffen und Winterurlaub dürften eher zum Overshoot beigetragen haben.
- Entgegen erster Vermutungen kommt es mit Ende der Weihnachtsferien nicht zu einem deutlichen Wiederanstieg. Mit den alten Daten hätte man vermuten können, dass JN.1 jetzt erst durchstartet, aber JN.1 ist durch und vorerst keine neue Subvariante in Sicht.

In Summe sind die Aussichten mit der Datenkorrektur also deutlich besser für die kommenden Wochen, was die Gefahr einer weiteren SARS-CoV2-Welle betrifft – auch im Hinblick auf die Paxlovid-Versorgung. Es ist aber keine Entwarnung.

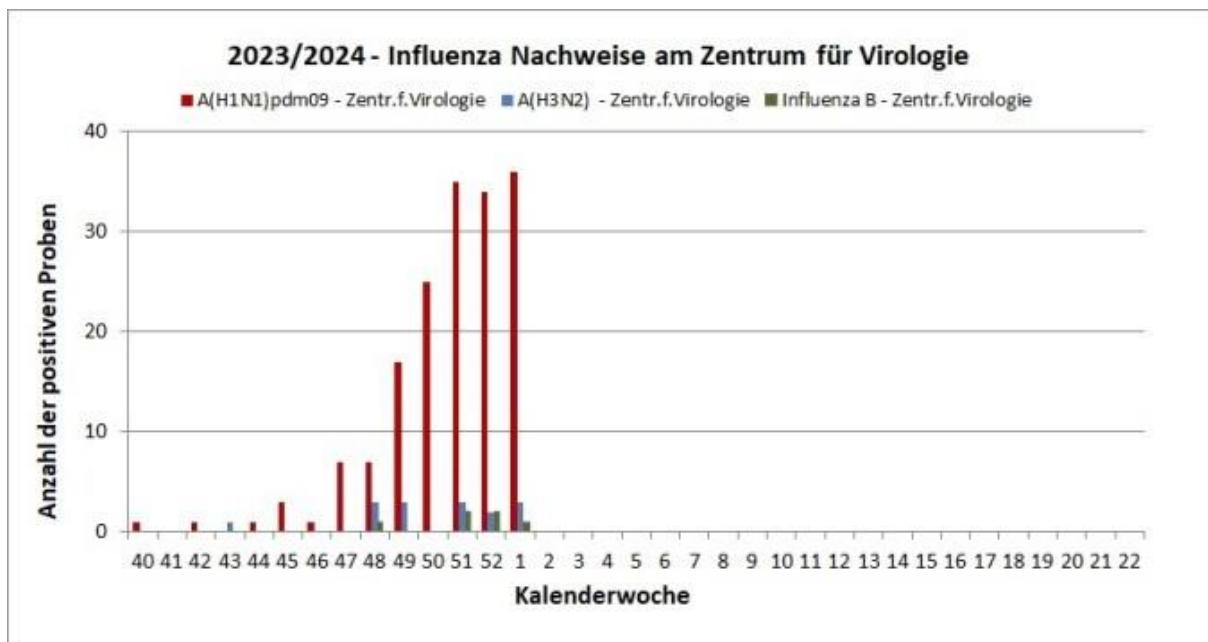
Zum Einen bewegen wir uns mit den aktuellen Abwasserwerten österreichweit immer noch etwa auf halber Höhe der BA.5- und Winterwellen 2022/2023 – die Grundinfektionsrate (Baselinie) ist weiterhin hoch und der Abfall verlangsamt sich gerade. Schulbeginn und Berufsalltag werden natürlich wieder zu weiteren Infektionen beitragen. Ein Grund zur Sorglosigkeit ist damit nicht gegeben.

Entwicklung der Virenfracht in den 48 Regionen des Nationalen Abwassermanagementprogramms:



[abgerufen am 17.01.24, Abwasserdaten](#)

Zum Anderen nimmt die Influenzawelle gerade massiv an Fahrt auf:



Influenza-Nachweise in Österreich pro Kalenderwoche ([Quelle](#)), abgerufen am 17.01.24

Die meisten respiratorisch übertragenen Viren werden über die Luft übertragen, neben SARS-CoV2 auch Influenza, RSV, Rhinovirus, Enteroviren („Sommergrippe“) und Adenoviren ([Wang et al. 08/2021](#)). Aerosole überwiegen auch auf kurzer Distanz, nicht die großen Tröpfchen ([Chen et al. 06/2020](#)). Bei den anderen „saisonalen Erkältungsviren“ schützen also dieselben Maßnahmen wie bei SARS-CoV2 auch – sogar noch effektiver, weil andere Viren nicht so ansteckend sind wie SARS-CoV2 (ausgenommen Masern). Daher war Influenza in den ersten beiden Pandemiejahren kaum existent, zwei von vier Virussträngen wurden sogar ausgerottet.

Wie schon im Vorjahr wird die Influenzawelle auch diese Saison jene Menschen töten, deren Immunsystem alters- oder krankheitsbedingt geschwächt ist. Übersterblichkeit durch Grippe, nicht SARS-CoV2 im Jänner. Normalität von Zeiten vor der Pandemie, die keiner mehr infrage stellt. Die Lebenserwartung sinkt seit drei Jahren, das erste Mal seit dem Zweiten Weltkrieg – auch das hinterfragt niemand. Medizinische Errungenschaften sorgen dafür, dass wir eine höhere Lebenserwartung haben, dass auch junge Menschen mit schweren Krankheiten oder Behinderungen länger leben können – gleichzeitig setzen wir all diese Errungenschaften aufs Spiel, indem wir diesen Personenkreis nicht mehr schützen. Eine unmittelbar vorher stattgefundene SARS-CoV2-Welle hat 2022/2023 zur starken RSV-Welle beigetragen ([Wang et al. 2023](#)), anekdotisch wird aus Spitätern berichtet, dass eine kürzliche SARS-CoV2-Infektion auch zu schwereren Influenzaverläufen beiträgt, und eher zu moderaten Symptomen trotz Influenzaimpfung. **Es gilt also weiterhin beides zu vermeiden, wenn man sich einen mehrwöchigen Krankenstand und Spätfolgen ersparen will.**

Spiel mit den Energiereserven der Betroffenen

„Versorgungspfad“ – „Referenzzentrum“ – „Nationaler Aktionsplan“

Diese Schlagworte, ugs. auch PR-Sprech genannt, nennt der Gesundheitsminister immer wieder, wenn ihn jemand mit Kritik an seiner Gesundheitspolitik für Betroffene von postviralen Spätfolgen konfrontiert.

Im ersten Jahr seiner Amtszeit hat Rauch stolz den Versorgungspfad präsentiert – erste Anlaufstelle für Betroffene von Spätfolgen aller Art (!) sei demnach der Hausarzt.

„Eine weitere Abklärung in speziellen Versorgungsangeboten, wie zum Beispiel Spezialambulanzen oder Gesundheitszentren der ÖGK, kann bei komplexen Fällen notwendig sein.“

Viele von diesen Ambulanzen oder Zentren wurden 2023 geschlossen. In der [aktuellen Liste an Anlaufstellen des Vereins LongCOVID Austria](#) gibt es 11 Rehazentren, 2 Ambulanzen und sonst nur einzelne Fachärzte für ganz Österreich. Der Versorgungspfad existiert in der Praxis nicht, die vorhandenen Fachärzte haben meist noch andere Patienten und sind nicht alleine für MECFS/LongCOVID-Patienten zuständig. Rehabilitation mit körperlichem Training ist bei Belastungsintoleranz schädlich und kann zur dauerhaften Zustandsverschlechterung führen. MECFS ist leider eine Erkrankung, in der Behandlung nicht zwingend zum „Happy End“ führt, sondern auch bedeuten kann, den status quo zu halten.

Im zweiten Amtsjahr hat Rauch wie gesagt die meisten Ambulanzen mit Ende der SARS-CoV2-Meldepflicht im Juli 2023 schließen lassen alias die Finanzierung gestoppt. Im Herbst gab es das MECFS-Symposium, wo Gesundheitsminister Rauch das nächste Schlagwort hinwarf: Ein [nationales Referenzzentrum](#) für postvirale Erkrankungen sollte entstehen.

Was Betroffene und Angehörige davon wohl erwartet hätten: Eines oder mehrere (dezentrale) Behandlungszentren mit interdisziplinären Fachärzten, damit die Betroffenen kurze Laufwege haben, um sich schnell Hilfe suchen zu können, etwa Diagnostik, Forschung und Therapieansätze unter einem Dach.

Was der Minister damit gemeint hat: „*Zentraler Knotenpunkt der Wissensvermittlung und Forschung sowie den Austausch mit der Praxis koordinieren und den Betroffenen medizinische Betreuung auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ermöglichen*“ – auf Empfehlung des Obersten Sanitätsrats.

Damit das unmissverständlich klargestellt ist: Ein Referenzzentrum ist kein Behandlungszentrum, sondern dient *nur* zum Wissensaustausch über postvirale Krankheiten. Zweifellos wichtig, aber hilft kurzfristig den Betroffenen nicht. Die [Volksanwaltschaft](#) forderte kürzlich einen (erneuten) Ausbau der LongCOVID-Ambulanzen – in ganz Österreich, nicht nur zentral, denn Betroffene mit MECFS sind häufig nicht mobil, um quer durch Österreich zu reisen.

„Leider geht aus einigen Antworten hervor, dass kein Ausbau von Long-Covid-Ambulanzen geplant ist. Hier gilt es, rasch umzudenken, denn sonst geht wertvolle Zeit verloren, und die Krankheit wird bei den Betroffenen immer chronischer. Die Devise muss lauten: Ausbau statt Rückbau.“ (14.01.24)

Für MECFS gibt es übrigens weiterhin keine einzige Spezialambulanz. Ein erster Schritt wäre die Möglichkeit von Hausbesuchen und Telemedizin in Begutachtungsverfahren auszubauen.

Auch bei der [ORF-Sendung Bürgeranwalt](#) wurde das Thema Versorgung aufgegriffen und die kastratophale Situation wurde von Betroffenen und Angehörigen geschildert.

Im dritten Jahr seiner Amtszeit kündigt Rauch an, die Empfehlungen des Obersten Sanitätsrats umsetzen zu wollen:

Anfang Februar 2024 soll das Nationale Referenzzentrum europaweit ausgeschrieben werden, im Sommer soll feststehen, wer das Zentrum betreibt. Es ist äußerst fragwürdig, ob das kompetente Leute übernehmen werden, denn bereits Ende 2023 hat Rauch das [heftig kritisierte Medikamentenboard](#) zu teuren, lebensverlängenden Therapien beschlossen, wo die Politik künftig „Kosten über Leben“ stellt.

Im Frühjahr soll mit den Bundesländern vereinbart werden, inwiefern der Finanzausgleich der Versorgung von Menschen mit postviroalem Syndrom zugute kommt. Bis zum Sommer soll ein „Aktionsplan“ erarbeitet werden, auch Betroffene sollen eingebunden werden.

Notiz am Rande: Spätestens im Herbst, möglicherweise schon im Sommer finden Nationalratswahlen statt. Die Grünen sind dann womöglich nicht mehr Teil der Regierung, Rauch geht in Pension. Der heiße Wahlkampf beginnt und die Pandemie ist insofern weiterhin Thema, dass sich alle Parteien der FPÖ-Wähler anbiedern und die FPÖ sich für die angeblichen Freiheitsbeschränkungen „rächen“ will. Wie willig die Länder in diesem toxischen Umfeld sein werden, mit dem Minister zu verhandeln, sei dahingestellt.

Was er kurzfristig tun könnte und müsste: Betroffene und Angehörige schützen – Maskenpflicht im Gesundheitswesen, telefonische Krankmeldung, Freistellung bzw. erleichterte Homeoffice-Möglichkeit von vulnerablen Personenkreisen, Schutz für ihre Kinder durch Luftfilter in den Schulen, Impfkampagnen und mehr Pflegefreistellung, damit Kinder krank zuhause bleiben können und nicht andere Kinder anstecken. Prävention sollte im Vordergrund stehen, denn viele LongCOVID-Betroffene, die sich erneut anstecken, erleben eine Verschlechterung ihres Zustands – teilweise auch auf Reha, die sie ja genesen lassen soll.

Auch das System PVA sollte endlich angegangen werden. Viele Betroffene werden durch zwielichtige Gutachten als „gesund“, „voll arbeitsfähig“ oder „sekundärer Krankheitsgewinn“ geframed und stigmatisiert – der Weg in die Armut, weitere Krankheitsverschlechterung und steigende Suizidgefahr.

[Statt PR-Sprech](#) hätte er auch dies schreiben können:

„Ich bedaure, dass wir 2023 die bestehenden Anlaufstellen geschlossen haben, obwohl der Bedarf nicht abgenommen hat. Wir werden diese Fehlentscheidung rückgängig machen.“

Schlussfolgerung

Von den hingeworfenen Schlagworten bleibt nichts übrig, was Betroffenen kurzfristig hilft – und zwar weder jenen, die schon lange vor der Pandemie betroffen waren (MECFS) noch den neuen MECFS-Patienten (LongCOVID + PEM) durch eine oder mehrere SARS-CoV2-Infektionen.

Es fehlt an Primärprävention (Schutzmaßnahmen), um die Zahl an Neuerkrankungen zu reduzieren. Es hapert an der Verharmlosung und mangelnder Aufklärung, sodass die Durchimpfungsquoten niedrig sind, was ebenfalls die Inzidenz reduzieren würde. Die Zahl der bestehenden Betroffenen von Spätfolgen könnte man durch Versorgungszentren ebenfalls reduzieren oder zumindest den Schweregrad verringern, etwa in dem man nicht PEM-Betroffene in eine Reha mit täglichen Trainingseinheiten zwingt. Vieles hätte man schon vor

Jahren in Angriff nehmen können. Stattdessen Rückbau, Pandemie zu Ende erklären und jegliche rechtliche Einsprüche im Keim ersticken:

Die Meldepflicht wurde im Juli 2023 abgeschafft. Das Epidemiegesetz wird erst aktiviert, wenn eine meldepflichtige Krankheit vorliegt. Der Verfassungsgerichtshof kann nicht angerufen werden, weil die Unterlassung einer Verordnungserlassung nicht bekämpft werden kann. Eine Amtshaftung wegen unterlassener Verordnung ist nach der sehr restriktiven Rechtssprechung des Oberlandesgerichtshofs zu Ischgl praktisch ausgeschlossen.

“dass die der Behörde im Epidemiegesetz auferlegten Handlungspflichten “ausschließlich den Schutz der Allgemeinheit bezoeken”, hieß es in einer Aussendung. Und offenbar nicht den Schutz des Einzelnen.” (OGH, 02.06.23)

In Spanien wurde kürzlich das Gesundheitwesen zweier Provinzen zu Schmerzensgeld- und Schatzensersatzzahlungen verurteilt. Eine aus anderem Grund hospitalisierte Patientin hat sich mit SARS-CoV2 angesteckt und ist verstorben. Das Spital hat argumentiert, man habe die damaligen Vorschriften befolgt. Die Richterin urteilte:

Dafür, dass man COVID-negative Patienten nicht zu positiven Patienten ins Zimmer lege, brauche es keine Vorschriften, sondern genügend gesunden Menschenverstand.

Mangelnde journalistische Sorgfalt beim ORF: eine bittere Erkenntnis

[Februar 5, 2024 / CitizenJournalist / Keine Kommentare / Bearbeiten](#)

Number of COVID-19 patients in hospital



Data source: Official data collated by Our World in Data – Last updated 3 February 2024 – [Learn more about this data](#)
[OurWorldInData.org/coronavirus](#) | CC BY

Corona-Zitate von Infektiologe Wenisch (Klinik Favoriten) und Public-Health-Mediziner Sprenger (Uni Graz) sowie vom Sendungsverantwortlichen Settele (Dok1, ORF)

Am 20. September 2023 sendete der ORF die Dokumentation „Dok1 – Die verschwundene Seuche“ von Hanno Settele über SARS-CoV2. Ich schrieb am Folgetag einen [ausführlichen](#)

[Faktencheck](#) zum Beitrag. In meinem Blogtext bin ich zudem darauf eingegangen, wie Settele auf Kritik an der Sendung reagiert hat – mit ad hominem-Angriffen und völlig uneinsichtig, als man auf die WHO-Statements zur Pandemie verwiesen hat.

Aufgrund dieser Uneinsichtigkeit schrieb ich [an den ORF-Publikumsrat eine Beschwerde](#) und begründete diese ausführlich. Ich unterlegte alle kritischen Kommentare mit mehreren Quellen/Fachliteratur, um meinen Standpunkt zu untermauern – schließlich bin ich kein Mediziner oder Biologe, und man glaubt mir nicht einfach so alles, nur weil ich es studiert habe (/end sarcasm). Lange geschah überhaupt nichts und ich hatte schon den Eindruck, man würde meine Anfrage ignorieren – am 31. Jänner 2024 kam schließlich die Stellungnahme vom Vorsitzenden des Beschwerdeausschusses, welche die Beschwerde als unbegründet abwies.

Sowohl die formale als auch inhaltliche Beantwortung meiner Beschwerde ist in meinen Augen skandalös, weswegen ich diese öffentlich mache: Schließlich finanziert der Steuerzahler in Österreich den ORF- seit 2024 mit einer allgemeinen Haushaltsabgabe. Es ist also auch im Interesse des Bürgers und der Bürgerin, dass die journalistische Qualität und die Standards im ORF eingehalten werden. Denn wie mit Beschwerden und Anregungen umgegangen wird, hat auch Einfluss darauf, wie künftig überhaupt noch Kritik geübt werden kann und Verbesserungen möglich sind. Derzeit kann man das an den ORF-Kundendienst oder beim Publikumsrat tun ([Kontaktadressen](#)).

Erst hinterher hab ich mich damit auseinandergesetzt, wie der Publikumsrat besetzt wird und wer für die Beantwortung von Beschwerden zuständig ist. Derzeit weisen 14 von 30 Mitgliedern im Publikumsrat ÖVP-Nähe auf. Das einzige Mitglied mit einem medizinisch-naturwissenschaftlichen Hintergrund ist der Internist Dr. Siegfried Meryn. Im Beschwerdeausschuss sitzt gar kein Naturwissenschaftler, dafür gilt der Vorsitzende Bernhard Wiesinger als Leiter der ÖAMTC-Interessensvertretung als ÖVP-nah und die stellvertretende Vorsitzende Barbara Nepp wurde von der FPÖ entsandt.

Das ist – diplomatisch formuliert – nicht übermäßig demokratisch, den staatlichen Rundfunks durch Regierungsfunktionäre oder parteinahe Personen kontrollieren zu lassen, wenn es um Sendungen geht, die die Regierungs- und Oppositionsarbeit etreffen. Es hat jedenfalls wenig mit Gewaltenteilung und Unabhängigkeit der Medien zu tun – und zwar egal, von welcher Partei die Personen kommen.

Formale Beantwortung

„Infolge Ihrer Beschwerde hat der Sendungsverantwortliche die interviewten Ärzte um schriftliche Stellungnahme gebeten.“

Cui bono?

Man hätte eine Stellungnahme von Dritten einholen müssen, die kein Naheverhältnis zu den interviewten Ärzten haben oder aus anderen Gründen befangen sein konnten.

- Auf die mitgelieferten Literaturhinweise meiner Beschwerde ist niemand eingegangen
- Die schriftlichen Stellungnahmen der interviewten Ärzte enthalten keine Belege in Form von Literaturhinweisen.
- Kein Arzt ist auf Spätfolgen einer SARS-CoV2-Infektion eingegangen, weshalb Infektionsvermeidung sinnvoll war und ist.

- Die kritisierten Aussagen in der Dok1 wurden erneut bekräftigt und um weitere Desinformation ergänzt.
- Meinungen werden als Fakten präsentiert und geben nicht den wissenschaftlichen Mehrheitskonsens wieder.
- Die politische Nähe von Franz zur FPÖ (er ließ Kickl durch eine Blutabnahme bestätigen, dass er nicht geimpft sei, und war Kandidat für eine FPÖ-Ärzteliste in Niederösterreich 2017) und die Bereitschaft von Sprenger, rechtsextremen Medien (Auf1) Interviews zu geben, sich von Kickl zitieren zu lassen, in Impfgegner-Filmen mitzumachen („Eine andere Freiheit“ – gemeinsam mit AIDS-Leugner Fiala und Verschwörungsaktivistin Guerot) und sich von radikalen Impfgegnern zitieren zu lassen, wird vom Sendungsverantwortlichen offenbar als nicht relevant genug erachtet

Die inhaltliche Entgegnung wurde abgeschlossen mit folgender Begründung für die Abweisung der Beschwerde:

In der Diskussion im Rahmen des Beschwerdeausschusses gab der Sendungsverantwortliche zu bedenken, dass es ein sehr großes Feld sei und man mittlerweile **zu jeder Behauptung eine Gegenstudie** finden könne.

Das ist eine klassische Argumentation von **Leugnern wissenschaftlicher Fakten**, auch **False Balance** genannt. Darauf bin ich auch im letzten Absatz meiner Beschwerde eingegangen:

„Wenn einer sagt, es stürmt und schneit, und ein anderer, es ist trocken und scheint die Sonne, kann man nicht sagen, dass man ausgewogen berichtet. Dann muss man eben aus dem Fenster sehen und schauen, wie es wirklich ist – da kann nur einer von beiden richtig liegen.“

Ralph Janik, Lehrbeauftragter für Rechtswissenschaften und Internationale Beziehungen vor kurzem auf Twitter:

„Von radikalen Impfgegnern bis hin zu russischer Propaganda: Wir alle müssen endlich lernen, Blödsinn offen und öffentlich als Blödsinn zu bezeichnen. Müll als Müll. Lüge als Lüge. **Nix mit „das kann man so sehen und so sehen“**. Manche Dinge kann man nur so sehen. Verblödung und politische Verantwortungslosigkeit haben reale Auswirkungen [Vaccine Hesitancy]. Das ist halt alles kein Spaß für ach so lustige Talkshows mit irgendwelchen halbgebildeten Wissenschaftsfeinden mehr. Noch was, das wir kollektiv lernen müssen: **Meinung von Fakten unterscheiden**. Ob, zB, die Welt eine Scheibe oder die Impfung gegen Masern sinnvoll und wichtig ist hat nichts mit ersterem und so zirka alles mit Zweiterem zu tun.“

„Im Herbst 2023 seien die Datenlage und der Wissensstand zu Covid19 natürlich ein anderer gewesen als zu Beginn oder in den früheren Stadien der Pandemie. Die Sendung habe sich aber genau mit dem Verlauf der Pandemie und den sich daraus ergebenden Verwerfungen innerhalb unserer Gesellschaft beschäftigt. Mit dem heutigen Wissen würden die handelnden Personen Sachverhalte anders beurteilen und das eine oder andere anders formulieren. Die Mitglieder des Beschwerdeausschusses haben sich dieser Argumentation angeschlossen und waren der Meinung, dass der Beitrag **in keine Richtung tendenziös** sei.“

Die Datenlage ergab schon im Herbst 2020 ein klares Bild über die Übertragungswege, zum Beitrag der Kinder und Jugendlichen am Infektionsgeschehen, zunehmende Berichte und Studien zu Langzeitfolgen von SARS-CoV2 (die von den interviewten Ärzten mit keinem

Wort erwähnt werden) sowie klare Aussagen darüber, was zu spätes Handeln und Überlastung des Gesundheitswesens für Folgen haben würde.

Daraus ergeben sich eben NICHT die Schlussfolgerungen der interviewten Ärzte, dass andere Interessen zu wenig berücksichtigt wurden, dass die Schulschließungen ein Fehler waren und dass das Virus immer harmloser geworden wäre.

Datenlage und Wissensstand sind das eine, Wahltermine und Populismus das andere.

man ließ die doch recht zahlreichen kritischen Stimmen einfach zu wenig zu Wort kommen (Das hat übrigens auch Hanno Settele sinngemäß bei der Vorbesprechung zum gegenständlichen Interview gesagt).

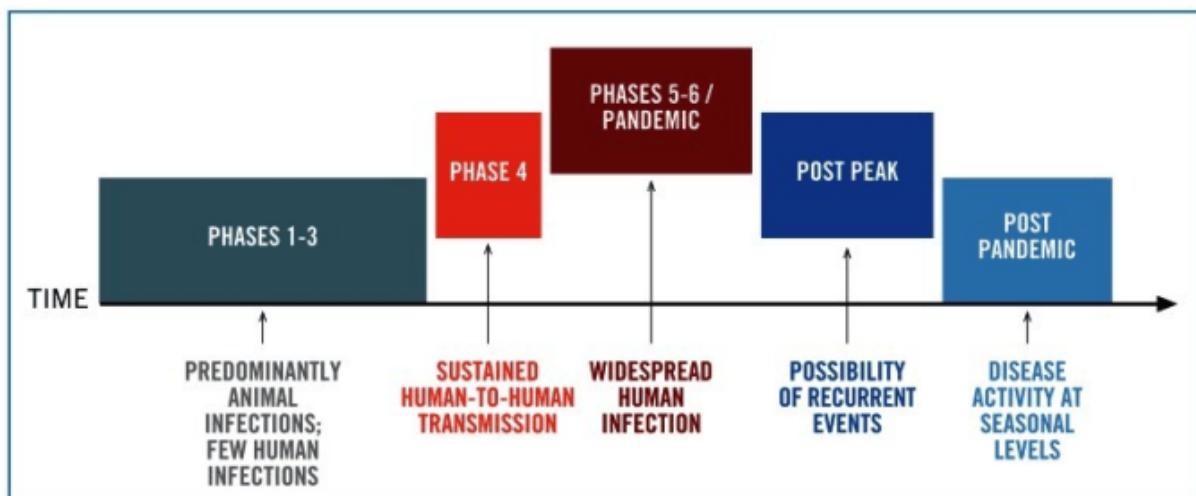
Marcus Franz in der schriftlichen stellungnahme (s.u.)

Settele vertrat hier offenbar die Meinung der „kritischen Stimmen“, die er mit Wenisch, Sprenger und Franz zu Wort kommen lässt. Auf ihre eklatanten Fehleinschätzungen und -aussagen in den letzten Jahren hat Settele diese nicht angesprochen (siehe Beispiele in der Titelgrafik). Ich nenne das tendenziös.

Inhaltliche Kritik

Rot eingefärbt meine Beschwerde, die in der Beantwortung angeführt wurde.

Beschwerde: Wenisch behauptet, die Pandemie sei vorbei.



Pandemische Phasen laut WHO (2009)

Wir befinden uns klar nicht mehr in der akuten Phase (5-6), sondern bereits nach dem Höhepunkt, aber noch (?) nicht mit saisonalen Verläufen. Es handelt sich also um die **post-akute Phase der Pandemie**, aber noch nicht „nach der Pandemie“.

Settele: Wenisch folgt damit den Aussagen der GesundheitsministerInnen Österreichs, Deutschlands, Schwedens und weiterer mehr als 100 Staaten.

Wenisch: Meine Aussage bezog sich darauf, dass wir im Falle von COVID19 vom Zustand einer Pandemie in den Zustand einer Endemie gekommen sind. Das bedeutet: Patient*innen

werden saisonal und dauerhaft von der Viruserkrankung betroffen sein. Glücklicherweise haben wir mittlerweile Therapieoptionen zur Verfügung.

Gesundheitsminister sind Politiker. Politiker können keine Pandemie beenden. Die Pandemie ist vorbei, wenn die Daten zeigen, dass die Pandemie vorbei ist, und nicht, wenn Regierungen sich damit nicht mehr beschäftigen wollen.

„It is therefore with great hope that I declare Covid19 over as a global health emergency. However, that does not mean COVID-19 is over as a global health threat. Last week, COVID-19 claimed a life every three minutes – and that's just the deaths we know about“. (WHO-Chef Tedros am 05.05.23)

„Auch wenn die gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite wohl vorüber ist, die Pandemie ist es sicher nicht“ (WHO-Europa-Regionaldirektor Kluge am 12.06.23)

Die Pandemie wurde von der WHO nicht beendet, sondern die Internationale Gesundheitsnotlage. Das haben führende WHO-Mitarbeiter im gesamten letzten Jahr betont. Die letzte Welle mit der Virusvariante JN.1 hat eindrucksvoll gezeigt, dass die Pandemie nicht vorbei ist – die Variante hat sich innerhalb von 2,5 Monaten weltweit ausbreitet und neue Wellen angetrieben, unabhängig von der Jahreszeit.

Das Virus ist daher – anders als Wenisch hier behauptet – nicht saisonal, aber auch nicht endemisch, denn die Viruszirkulation ist weder lokal/regional begrenzt noch auf niedrigem Niveau.

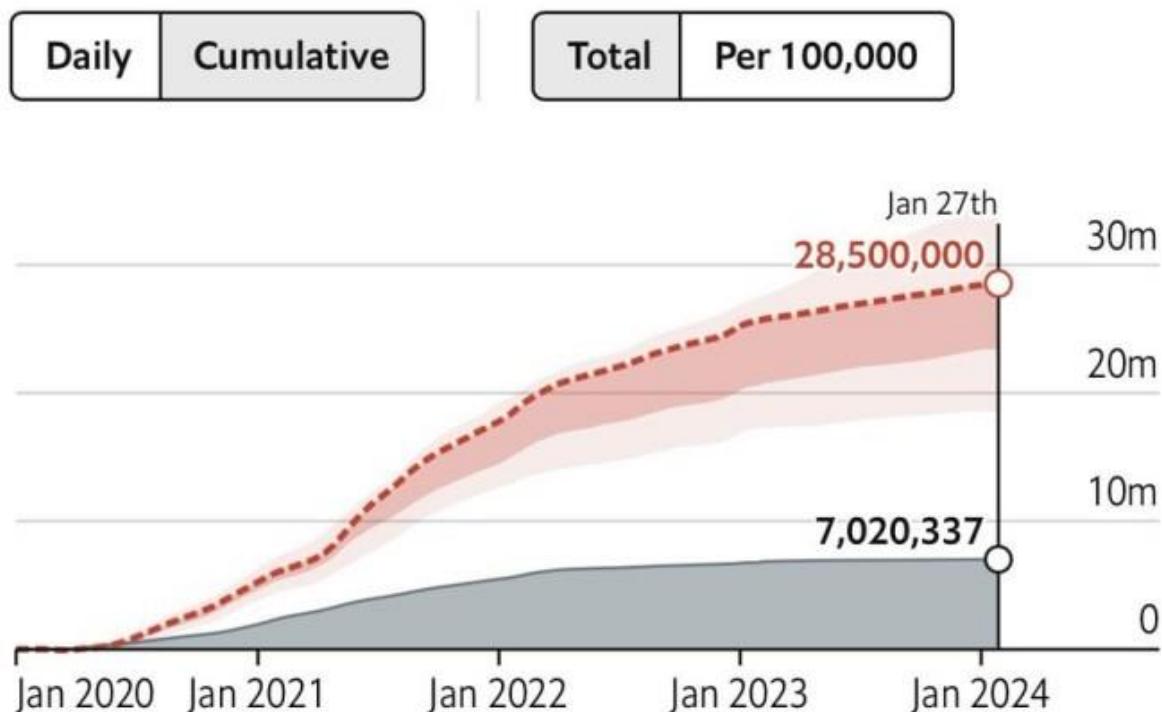
Was Wenisch hier **als Intensivmediziner** wohl meint, sind Therapieoptionen bei **schweren Verläufen**, die in der post-akuten Phase der Pandemie glücklicherweise seltener vorkommen, weil die Bevölkerungsmündigkeit durch Impfung und überstandene Infektionen gestiegen ist. Es gibt jedoch keine Therapieoptionen gegen LongCOVID generell oder die chronifizierte Form MECFS.

Therapieoptionen wie Paxlovid werden kaum verschrieben und seit Februar 2024 nur nach Vorlage eines positiven Tests. Das Medikament beugt aber nur dann am effektivsten schweren Akutverläufen vor, wenn es so früh wie möglich ab Infektionszeitpunkt gegeben wird ([Wong et al. 2023](#)).

Beschwerde: Wenisch setzt Covid19 mit Influenza, „Sommergrippe“ (die durch Enteroviren verursacht wird) oder bakteriellen Infektionen gleich.

Global estimated excess deaths and official covid-19 deaths

— Official covid-19 deaths
… Estimated excess deaths



Auch 2023 gab es eine weltweite Übersterblichkeit von 3,2 Millionen Toten ([Economist](#))

Wenisch: *Ich setze COVID-19 Erkrankungen auch nicht mit anderen Viruserkrankungen gleich, sondern erkläre lediglich, dass COVID-19 wie andere Infektionserkrankungen dauerhaft ein Thema bleiben wird, mit dem wir umgehen müssen.*

Die WHO hat zu „dauerhaftes Thema und Umgang damit“ ein klares Statement am 5. Mai 2023 getroffen:

„This virus is here to stay. It is still killing, and it's still changing. The risk remains of new variants emerging that cause new surges in cases and deaths. **The worst thing any country could do now is to use this news as a reason to let down its guard, to dismantle the systems it has built, or to send the message to its people that covid-19 is nothing to worry about.**“ (Tedros, 05.05.23)

Österreich hat exakt das Gegenteil getan. Es hat die Meldepflicht abgeschafft, alle Schutzmaßnahmen beendet und sammelt auch keine Daten mehr über die Sterblichkeit durch SARS-CoV2. Es wird kaum noch getestet und LongCOVID-Ambulanzen wurden geschlossen. Es wird wiederholt behauptet, es sei nun eine Erkältungskrankheit.

Mehrere Studien zeigen eine 4-5x höhere Sterblichkeit von SARS-CoV2 in der Omicron-Ära gegenüber Influenza, bzw. eine viel größere Belastung des Gesundheitssystems durch LongCOVID als durch Spätfolgen nach Influenza.

SARS-CoV2 kann daher nicht wie andere Infektionskrankheiten behandelt werden.

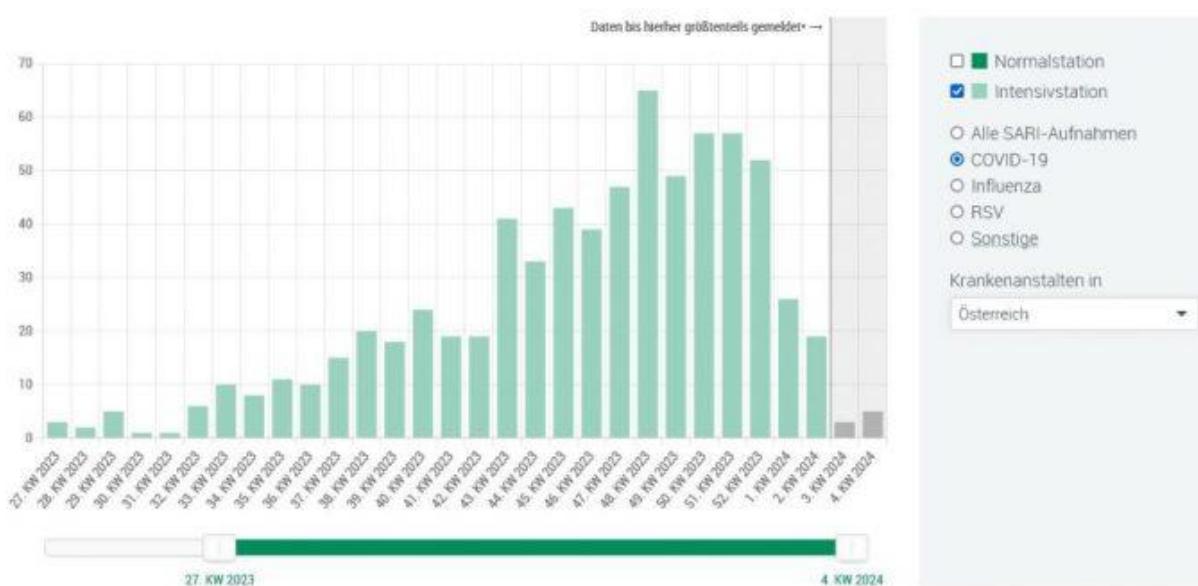
Beschwerde: Settele behauptet, die Zeit der Akutverläufe, die Wenisch als Intensivmediziner betreut, sei vorbei.

Settele behauptet nicht, dass die Zeit der Akutverläufe vorbei sei. Settele verweist auf jene Zeiten, als in der Klinik Favoriten Dutzende, wenn nicht hunderte Menschen Woche für Woche ob Covid-19 in Lebensgefahr schwebten und dort intensivmedizinisch behandelt werden mussten.

Wenisch antwortet: „Richtig ja, das ist vorbei.“

Anzahl der stationären Aufnahmen mit SARI-Diagnosen

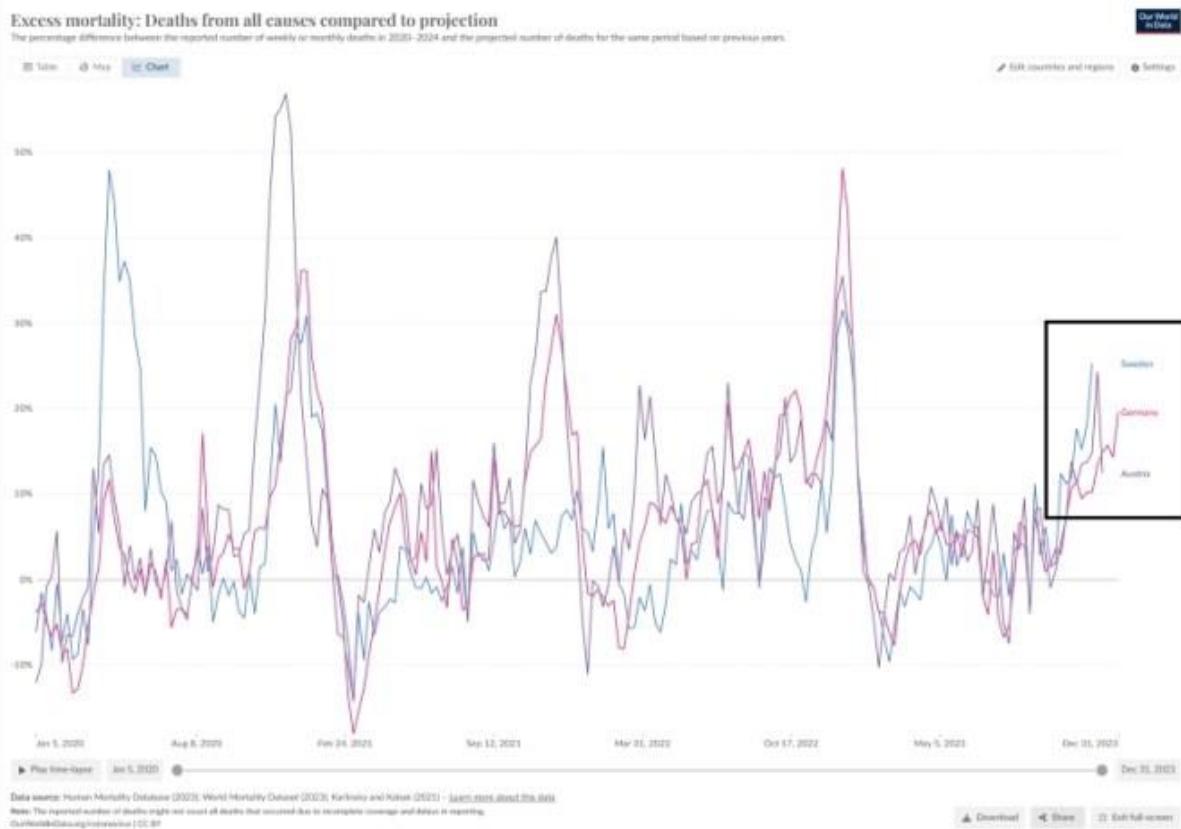
Das Diagramm zeigt die absolute Zahl der stationären Aufnahmen in Krankenanstalten mit schweren Atemwegsinfektionen im Wochenvergleich. Die Daten lassen sich nach Diagnose, Bundesland sowie Aufnahmestation filtern.



In der JN.1-Welle wurden pro Woche [laut SARI-Dashboard](#) zu Spitzenzeiten 50-60 Patienten auf die Intensivstation aufgenommen.

Die Zeit der Akutverläufe ist nicht vorbei, sondern der Höhepunkt ist überschritten. Es kommen aber weiterhin, vor allem ältere Menschen, ins Spital, die den Impfempfehlungen nicht folgen und vom Hausarzt kein Paxlovid bekommen.

50-60 Patienten pro Woche, die in der letzten Welle intensivmedizinisch behandelt werden mussten sind nicht nichts, zumal sie im Gegensatz zu den ersten Jahren jetzt gemeinsam mit anderen Viren auftreten. Patienten mit schweren Verläufen haben ein höheres Risiko für Spätfolgen sowie eine verringerte Lebenserwartung. Ältere Menschen mit Grunderkrankungen werden durch einen schweren Covid19-Verlauf noch kräcker ([Cohen et al. 2022](#)).



Übersterblichkeit 2020 bis 2024, verglichen mit den Jahren vor der Pandemie (inklusive Influenza-Tote!) in Österreich, Deutschland und Schweden, Stand 31.12.2023 ([Our World in Data](#))

Und es sterben auch nach wie vor Menschen an SARS-CoV2. In Österreich aufgrund der katastrophalen Impfrate deutlich mehr als in anderen Ländern.

Beschwerde: Sprenger behauptet, SARS-CoV2 sei so gefährlich wie andere Coronaviren.

Stellungnahme Dr. Sprenger: Die Aussage ist korrekt. Die Frage bezieht sich auf die aktuellen Varianten von SARS-CoV-2. Das Erkrankungs- und Sterberisiko der aktuellen Varianten von SARS-CoV-2 sind vergleichbar mit anderen respiratorischen Viren, wie z.B. den vier bereits endemischen Coronaviren, Influenzaviren für ältere Menschen (auch aufgrund der Impfung), oder RS-Viren für Säuglinge.

Diese Aussage ist falsch, das gilt auch für die aktuellen Varianten – siehe Übersterblichkeit 2022 und 2023, siehe Spätfolgen. Sprenger bezieht sich ausschließlich auf Akutverläufe. Damit wird ein wesentlicher Teil der Krankheitslast von SARS-CoV2 unterschlagen.

Gewöhnliche Coronaviren lösen kaum Spätfolgen aus. Zudem ist SARS-CoV2 kein respiratorisches, sondern ein multisystemisches Virus ([Varga et al. 2020](#)). Die britische Heart Foundation erläutert ausführlich, wie Corona die Gefäße schädigt ([BHF 2023](#)). Viele Studien haben seitdem diese Erkenntnisse untermauert, dass Gefäßerkrankungen und Thrombosen für zahlreiche Symptome verantwortlich sind ([Libby and Lüscher 2020](#), [Lei et al. 2021](#), [Wygrecka et al. 2021](#), [Spudich and Nath 2022](#)).

Epidemiologe Robert Zangerle:

„Bei der ILI-Aktivität dominierten die Grippeviren, auch in den Notfallambulanzen war der Anteil der Grippekranken höher als der Anteil der Covidkranken, aber **bei den Aufnahmen ins Krankenhaus überwog Covid gegenüber Grippe; noch deutlicher fiel dieses Verhältnis bei den Todesfällen aus.** Die Todesfälle durch Covid sind nur noch ein Bruchteil dessen, was sie vor 2-3 Jahren waren, **aber es sterben an Covid immer noch viel mehr Menschen als an Grippe.,,**

([Seuchenkolumne, 19.01.24](#))

Beschwerde: Settele: „Also keine Notwendigkeit mehr für Lockdowns und ähnliches.“

Settele: „Also keine Notwendigkeit mehr für Lockdowns und ähnliches?“

Settele: *Das ist eine Frage gewesen und keine Aussage.*

Und meine vollständige Kritik war: Das ist eine manipulative Frage gewesen, denn niemand fordert heute mehr Lockdowns. Public-Health-Mediziner mit Fokus auf Prävention kennen längst **gelindere Maßnahmen**, die Infektionszahlen reduzieren, z.B. Umrüstung von Gebäuden mit modernen Raumabluftanlagen, Luftreiniger und anderer Technologie, um die Luft in Innenräumen frei von Viren zu halten, z.B. [beim Weltwirtschaftsforum in Davos 2023](#), wo keine Kosten für modernste Schutzmaßnahmen gescheut wurden.

Beschwerde: Die Aussage Sprengers, nicht mehr zu schauen, welche Bakterien und Viren gerade zirkulieren, ist völlig absurd als Public-Health-Mediziner.

(Zitat Sprenger: „Ich glaube, wir müssen diese Scheinwerfer abschalten. Weil wenn wir jedes Mal genau wissen wollen, welche Bakterien in uns und auf uns sind und welche Viren gerade um uns sind oder auf uns sind, dann machen wir uns nur verrückt.“)

Stellungnahme Dr. Sprenger: Ich weiß nicht, was genau die Frage von Hanno Settele war, auf die sich meine Antwort bezieht. Faktum ist, wir haben mehr bakterielle Zellen und Viren in und auf uns, als wir eigene Körperzellen haben (das menschliche Biom besteht aus ungefähr 40 Billionen Bakterien und das menschliche Virom besteht aus zirka 400 Billionen Viren). Meine Aussage bezieht natürlich nicht auf indizierte medizinisch-diagnostische Tests bei denen gezielt auf bakterielle und virale Infektionen getestet wird.

Die Frage war: „keine Notwendigkeit mehr für Lockdowns und ähnliches?“

Den letzten Satz seiner schriftlichen Stellungnahme hat er im Interview weggelassen. So suggeriert es, dass nicht mehr getestet werden soll bei Symptomen von Infektionskrankheiten. Es macht aber einen Unterschied gerade für Patienten mit Risikofaktoren, ob sie Paxlovid oder Tamiflu erhalten sollen.

Beschwerde: Welchen fachlichen Hintergrund hat Internist Franz, um zu beurteilen, wie hoch eine Infektionswelle im Herbst und Winter wird?

Settele: Internist Franz hat, wie viele Berufskollegen und -kolleginnen auch, hunderte infizierte Personen behandelt. Es war Ziel dieser Sendung, vermehrt Gelehrte aus der Praxis einzubauen, um dabei einen Eindruck zu gewinnen, was sich in den Praxen abgespielt hat.

Das war nicht die Frage, sondern nach dem fachlichen Hintergrund, die epidemiologische Entwicklung des Virus beurteilen zu können. Auch Hausärzte behandeln hunderte von Corona-Patienten, aber gehen in der Regel nicht ins Fernsehen und orakeln, wann eine Virusvariante dominant wird und wie viele Personen sich in einer Welle infizieren („epistemic trespassing“). Das ist eine Frage, die man **Virologen und Epidemiologen oder Molekularbiologen** stellen kann, z.b. Judith Aberle, Florian Krammer, Andreas Bergthaler, Ulrich Elling, Dorothee von Laer, Redlberger-Fritz, etc. etc.

Franz ist Facharzt für Gastroenterologie und Onkologie, weder Infektiologe noch Epidemiologe.

Beschwerde: Warum wird er hier dennoch als „Experte“ aufgeführt?

Settele: *Warum die Tatsache, dass Dr. Franz bei FPÖ-Chef Herbert Kickl eine Blutabnahme durchgeführt hat, dessen medizinischen Qualifikationen bestreiten soll, geht aus der Beschwerde nicht hervor. Wir haben Dr. Franz auch nicht nach seiner politischen Präferenz gefragt.*

Meine vollständige Kritik war:

„Marcus Franz hat bei FPÖ-Chef Kickl eine Blutabnahme gemacht, **damit Kickl beweisen konnte, dass er nicht geimpft sei**. Ein politisches Naheverhältnis darf wohl angenommen werden.“

Kein seriöser Experte oder Mediziner würde den Chef einer Partei unterstützen, die die Pandemie leugnet, die Impfung schlechtdreht und Werbung für ein nutzloses bzw. sogar schädliches Medikament macht. Franz hat selbst öffentlich behauptet, die Impfung würde das Immunsystem von Kindern schwächen.

Natürlich spielt die politische Präferenz bei seinen Aussagen eine Rolle.

Beschwerde: *Franz behauptet fälschlicherweise, dass respiratorische Viren mit der Zeit harmloser werden. Auf welches Virus soll das zutreffen? Influenza, MERS?*

„The loss of virulence as viruses evolve is a common misconception“ ([NERVTAG, 10.02.22](#))

Epidemiologe Zangerle: „**Dass das Virus keinen Übertragungsvorteil hätte, wenn es den Wirt töte, ist bei SARS-CoV-2 unzutreffend, vor allem weil die meisten Übertragungen Tage bis Wochen, also relativ knapp vor dem Tod passieren.**“ (16.02.22, Seuchenkolumne)

Molekularbiologe Elling: „**Das Virus hat keinerlei „Interesse“ (=Selektionsvorteil) milder zu werden, denn Ansteckung passiert sowieso präsymptomatisch.**“ (16.02.22, Twitter)

Stellungnahme Dr. Franz: *Das beste und aktuellste Beispiel, dass respiratorisch übertragene Viren tendenziell harmlos werden, ist das Coronavirus selbst: die Omikron-Variante war der Gamechanger in der Pandemie, weil diese Mutation zwar ansteckender, aber viel weniger krankmachend ist als der Wildtyp bzw. die Ursprungsvariante.*

Richtig ist: Die Virusvariante Omicron besteht aus zahlreichen (mittlerweile tausenden) Untervarianten, von denen nur die allererste – BA.1 – **harmloser war als Delta, aber immer noch schwerer als der Wildtyp**. Mit den nachfolgenden Varianten, die bei uns hohe Infektionswellen ausgelöst haben – BA.2, BA.5, XBB.1.5, EG.5.1 und JN.1 – ist die Krankheitsschwere wieder gestiegen.

Für Krebspatienten waren die Omicron-Varianten die tödlichste Welle, um 4% höhere Sterblichkeit als bei vorherigen Varianten ([Potter et al. 2023](#)). Die milderden Verläufe gab es vor allem durch Impfung und vorhergehende, überstandene Infektionen, das zeigt eine Studie, die die Übersterblichkeit bei Delta und Omicron vergleicht ([Faust et al. 2022](#)).

Es gab zwar deutlich weniger Krankenhausaufenthalte mit BA.1, aber aufgrund der höheren Übertragbarkeit war die Gesamtzahl höher ([Wang et al. 2022](#)). Mit BA.2 war die Viruslast doppelt so hoch wie bei BA.1 ([Lentini et al. 2022](#)), die intrinsische Schwere war ähnlich hoch wie beim Wildtyp, die Impfung machte den Unterschied ([Mesfin et al. 2022](#), [Wong et al. 2023](#)).

BA.4/BA.5 waren wieder pathogener als BA.1/BA.2 durch effektivere Unterdrückung der angeborenen Immunabwehr ([Reuschl et al. 2024](#)).

“Für das erste Halbjahr 2022 ist das Rätsel gelöst. Die hohe Sterblichkeit [in der Schweiz] kann zum grössten Teil mit den Auswirkungen der Omikron-Welle erklärt werden.” ([NZZ, 29.04.23](#))

Die Entwicklung von SARS-CoV2 ist jedenfalls nicht vorhersehbar ([Kun et al. 2023](#)).

Auch Prof. Drosten bezeichnet COVID ja mittlerweile als Erkältungskrankheit.

Franz

Auch Prof. Drosten sollte seine Aussagen bzgl. Erkältungskrankheit begründen. So geht er in seinen Interviews ebenfalls nicht auf die Krankheitslast durch LongCOVID ein.

Wir sahen und sehen weiters seit vielen Jahrzehnten bei diversen Influenza-Epidemien, dass nach einer Saison mit einer sehr pathogenen Variante in den Jahren danach meist wieder harmlosere Typen nachkommen.

Franz

Und danach kommen wieder schwerere Saisonen, durch unterschiedliche Virusstrände und nachlassende Immunität. Wo ist die Entwicklung hin zu immer harmloseren Verläufen in den letzten 100 Jahren?

Influenza fordert **jährlich** 290 000 bis 650 000 Tote. 19% der Influenzatoten unter 5 Jahren geschehen in Entwicklungsländern ([mehr Infos bei der WHO](#)).

Bei den Rhinoviren (die banalen Schnupfen verursachen) ist dies ebenfalls zu beobachten: Ein Schnupfen ist zwar lästig, aber für den betroffenen Menschen im Grunde immer harmlos. Die beständig harmlosen und überall vorkommenden Rhinoviren begleiten daher den Menschen seit undenklichen Zeiten.

Franz

Das [Rhinovirus](#) besteht aus rund 100 verschiedenen Subtypen und verursacht rund die Hälfte aller „gewöhnlichen Erkältungskrankheiten“ und kann bis in die Antike zurückverfolgt werden. Es beeinträchtigt anders als ursprünglich angenommen nicht nur die oberen, sondern auch die unteren Atemwege und ist nach RSV das zweithäufigste Virus, das bei keuchenden Kleinkindern detektiert wird. Die Rhinovirus.-Spezies A und C können schwerere Verläufe bis hin zu Asthma bei Kleinkindern auslösen.

Die Aussage, dass es „im Grunde immer harmlos“ ist, trifft also auf Kleinkinder nicht zu.

Ein weiteres Beispiel ist das Respiratory Syncytial Virus (RSV), das gerade jetzt oft in den Medien erwähnt wird: Das RSV ist für kleine Kinder mitunter gefährlich, für die große Masse der Erwachsenen aber harmlos. Für alte geschwächte Menschen kann es dann (wie alle anderen Infektionen) wieder problematisch werden.

Franz

RSV ist das tödlichste Virus für Kleinkinder:

„Importantly, the annual global hospitalization rate of RSV infection in young children is nearly 10% and is associated with approximately 59,600 deaths.“

und mehr als „problematisch“ für ältere Menschen:

„Morbidity and mortality are also high in elderly adults, with approximately 14,000 deaths annually due to RSV in the USA.,,

[\(Giallonardo et al. 2018\)](#)

Eine Virusevolution zu harmloseren Verläufen bei RSV ist nicht bekannt oder beschrieben, das war die Frage. Es ging nicht um Viren, die vielleicht schon immer „harmlos“ für die Mehrheitsbevölkerung waren. Mein Beispiel mit MERS hat er übergangen. Oder Ebola. Oder Marburg-Virus.

Vereinfacht ausgedrückt: Wir können empirisch davon ausgehen, dass respiratorische Viren kein grundsätzliches „Interesse“ haben, dass ihre jeweiligen Wirte ständig und immer schwer erkranken oder sterben, das würde ihnen ja langfristig bzw. evolutionsbiologisch betrachtet quasi die Existenzgrundlage entziehen. Eine Entwicklung in Richtung Harmlosigkeit ist also aus evolutionärer Sicht für die Viren sinnvoll – so wie es auch die Anpassung unserer Immunsysteme durch die angeborene und erworbene Immunität ist. Aus der Immunität heraus entsteht ja ebenfalls förmlich spiegelgleich die Harmlosigkeit von viralen Antigenen.

Das ist eine veraltete und längst widerlegte Theorie.

Die [Idee](#), dass Infektionen mit der Zeit weniger tödlich werden, wurde erstmals durch den Bakteriologen Dr. Theobald Smith in den späten 1800er Jahren vorgeschlagen. Seine Theorie wurde später als „Gesetz der niedergehenden Virulenz“ tituliert ([Méhot 2012](#)). Sie basierte darauf, dass Pathogene sich dahingehend entwickeln, ihre menschlichen Wirte nicht mehr umzubringen, um über eigenes Überleben zu sichern. Stattdessen erzeugen sie nur eine milde Infektion, womit Menschen herumlaufen und andere anstecken können. *Gut für das Virus und*

wohl gut für uns (fast die exakt gleichen Worte wie im Artikel verwendet auch Veterinärvirologe Nowotny, wenn er über Omicron spricht).

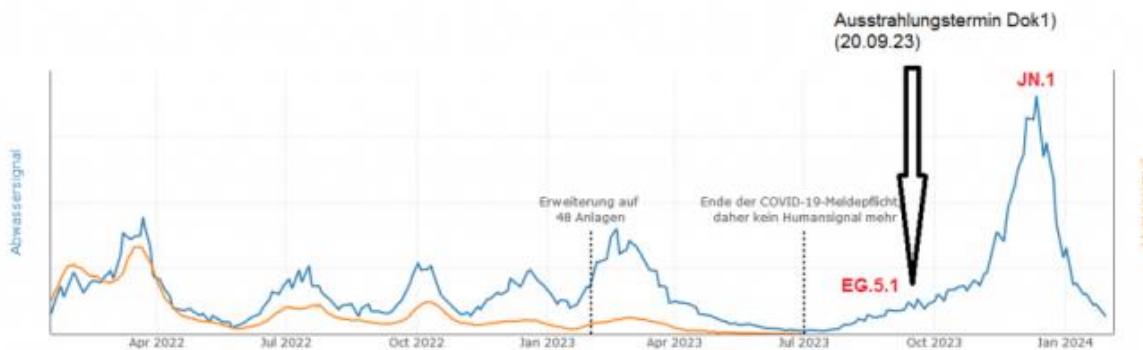
In den letzten 100 Jahren haben Virologen aber gelernt, dass die Virusentwicklung viel chaotischer ist – eine Frage von Zufällen. Das Virus ist kein denkendes und strategisch planendes Lebewesen. Der evolutionäre Druck beinhaltet multiple Faktoren, darunter die Zahl der empfänglichen Wirte, wie lange die Menschen nach der Infektion leben, die Reaktion des Immunsystems und die Inkubationszeit.

Nachdem es keinerlei mehr Maßnahmen gibt, kann SARS-CoV2 aus dem Vollen schöpfen und weiter (oft) mutieren. Viele Varianten entwickeln keinen Wachstumsvorteil gegenüber bestehenden Varianten und sterben aus, manche sammeln aber eine oder mehrere entscheidende Mutationen auf, die einen Wachstumsvorteil erzeugen. Varianten mit Fitnessvorteilen sind aber nicht zwingend harmloser als vorherige Varianten. Das hängt maßgeblich von der Immunabwehr des Wirts ab.

Franz spricht übrigens nur von angeborener und erworbenen Immunität, aber nicht von Immunität durch Impfung, das ist hier aber der entscheidende Unterschied. Als die Omicron-Varianten kamen, war die Impfung bereits da. Mit der Impfung waren die Verläufe deutlich weniger schwer als davor. Die Impfung hier auszuklammern stellt ihre hohe Effektivität auf die Reduktion von schweren Verläufen und Todesfällen in Abrede. In Europa hat die Ankunft der Impfung rund 1,4 Millionen Menschen das Leben gerettet ([WHO European Respiratory Surveillance Network](#), 13.01.24 preprint).

Beschwerde: Settele: „Drei Experten, eine Meinung: Das Virus stellt derzeit keine große Gefahr mehr da.“

Entwicklung der Virenfracht in den 48 Regionen des Nationalen Abwassermanagementprogramms:



Entwicklung der [Viruslast im Abwasser](#) von Österreich (48 Regionen)

Settele: Diese Aussage ist im Kontext mit den im Film unmittelbar zuvor getätigten Aussagen der Experten zu werten. Sie beinhaltet außerdem das Wort „derzeit“, wodurch keinerlei Zukunftsprognose erstellt wird.

Derzeit war schon zum Ausstrahlungszeitpunkt falsch, wenn man die WHO-Warnungen und den internationalen Trend mit steigenden Hospitalisierungen beachtete, ebenso die Medienberichte vor allem im Ausland über wirtschaftliche Schäden durch die hohe Krankheitslast.

Beschwerde: Wenisch muss seine Aussage zu Schulschließungen nicht begründen.

Seine Aussage:

„Wo ich immer schon dagegen war, und wurde ja auch kritisiert. Ich find halt, dass man Kindergarten, Volksschule, Unterstufe nie schließen hätte dürfen. Zumal ja die Kinder ohnehin im Großen und Ganzen eher mildere Verläufe hatten. Im 20er Jahr war das noch ok, aber 2021 sicher nicht, 2022.“

Stellungnahme Dr. Wenisch: Ich begründe meine Aussage zu den Schulschließungen sehr wohl – nämlich damit, dass Kinder von Beginn der Pandemie an **sehr viel mildere Krankheitsverläufe** gezeigt haben. Die wissenschaftliche Evidenz, auf die wir mittlerweile verweisen können, zeigt dies auch ganz klar. Im Übrigen habe ich bei vielen Gelegenheiten während der Pandemie öffentlich argumentiert, weshalb die antipandemischen Maßnahmen im Bereich von Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen überschießend waren.

Wenisch unterliegt hier einem Bias, weil er auf seiner Erwachsenen-Intensivstation nun einmal keine Kinder mit schweren Verläufen zu Gesicht bekommt oder kaum bekam. Genau dafür gibt es nun einmal Daten und Fakten aus klinischen Studien, das hat mehr Gewicht als Anekdoten.

Kinder sind selbst von schweren Erkrankungen betroffen:

- In den USA zählt Covid19 zu den führenden Todesursachen bei Kindern und Jugendlichen unter 19 Jahren ([Flaxman et al. 2022](#), [Flaxman et al. 2023](#)).
- In Österreich gab es von März 2020 bis November 2022 6583 Patienten im Alter von 0-19 Jahren, bei Kleinkindern (0-4 Jahre) 3552 Patienten, 521 Kinder mussten auf die Intensivstation, 15 Kinder starben
- Das Multientzündungssyndrom MISC hat vor Omicron (also auch 2021) mehrheitlich Kinder ohne Risikofaktoren betroffen ([Sorg et al. 2022](#))
- Ein höheres Sterberisiko haben Kinder mit Immunschwäche ([Abolhassani et al. 2022](#)) und Downsyndrom ([Clift et al. 2020](#)). Das heißt im Umkehrschluss: Ohne Schutzmaßnahmen in Bildungseinrichtungen schließt man kranke und behinderte Kinder vom Sozialleben aus.
- In England mussten von 3,2 Millionen infizierten Kinder rund 30000 ins Krankenhaus, 70 Kinder starben ([Wilde et al. 2023](#))

Kindergärten und Schulen verbreiten das Virus in die Haushalte und damit zu den „vulnerablen Gruppen“

- keine unterbrochenen Infektionsketten mehr („Durchseuchung“), das Virus gelangt immer von den jüngsten zu den ältesten Altersgruppen und richtet dort die meisten schwere Verläufe und Todesfälle an
- Kindergartenkinder können Kontaktpersonen anstecken ([Ergebnisse der deutschen KITA-Studie 2022](#)), nur bei niedriger Hintergrundinzidenz gibt es weniger Übertragungen ([Hoehl et al. 2020](#)), KindergärtnerInnen haben ein [doppelt so hohes Risiko](#) einer SARS-CoV2-Infektion wie andere
- Daten aus [Neuseeland](#), [Deutschland](#), [Dänemark](#) und [Schweden](#) zeigen, dass Erziehungsberufe zu den am meisten gefährdeten Gruppen für Infektions- und Longcovid-Risiko zählen.

Langzeitfolgen im einstelligen Prozentbereich

- 1,8% bei Grundschülern ([Warren-Gash et al. 2023](#))
- Omicron-Reinfektionen führen häufiger zu LongCOVID, wenn die Erstinfektion mit Delta war ([Ertesvag et al. 2023](#))
- Anstieg bei Typ-I und Typ-II-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen ([D'Souza et al. 2021](#), [Weiss et al. 2023](#)), genetisch vorbelastete Kleinkinder mit deutlich erhöhtem Diabetes-Risiko ([Lugar et al. 2023](#))
- akute Lungenembolie, Herzmuskelentzündung, venöse Thrombosen, Nierenversagen ([Roessler et al. 2022](#), [Kompaniyets et al. 2022](#))

Karl Zwiauer, Kinderarzt und Mitglied des Nationalen Impfremiums, war im [September 2021](#) noch der Meinung: „*Wir kennen keine Kinderkrankheit, die so belastend ist wie die Covid-Erkrankung.*“

Zur Verallgemeinerung, dass Kinder sehr viel milder Verläufe zeigen:

Das war allerdings auch bei Poliomyelitis der Fall, wo **72% der Infektionen asymptomatisch** verlaufen sind. **Nur bei 1%** traf die gefürchtete paralytische Poliomyelitis auf, die „klassische Kinderlähmung“. In den 60ern startete eine große Impfaktion, seit 2002 gilt Europa als poliofrei.

Vor der Pandemie wurden [Volksschulen noch wegen Influenza](#) geschlossen:

„Im Pandemieplan für Influenza sind Schulschließungen explizit aufgeführt, um die Ausbreitung des Virus zu verhindern. Was wäre denn die Alternative gewesen? Schulschließungen waren die effektivste Maßnahme, um die Pandemie einzudämmen.“

Beschwerde: Sprenger redet von unerwünschten Effekten von Schulschließungen wie sozialer Ungleichheit.

Richtig, sozial benachteiligte Kinder haben stärker unter den Schulschließungen gelitten als mit wohlhabenderen oder höherqualifizierten Eltern. In der Mathematik ist der Nachholbedarf höher als bei Lesekompetenzen. ([Bock-Schappelwein et al. 2021](#)). Allerdings hätte man benachteiligte Kinder sozial und finanziell stärker unterstützen können. Ihnen war **nicht** damit geholfen, **keine** Schutzmaßnahmen zu ergreifen.

Stellungnahme Dr. Sprenger: Inzwischen ist es Allgemeinwissen, dass Schulschließungen ein Fehler waren.

Das entspricht nicht den Tatsachen.

- SARS-CoV2-Infektionen bei Freunden und Angehörigen waren starke Auslöser für depressive Symptome und Angstsymptome bei Kindern ([Pustake et al. 2023](#))
- Schulschließungen wirkten sich in den USA nicht auf die psychische Gesundheit aus ([Xiao et al. 2023](#)).
- Auch in Schweden, wo nur die Oberstufen ins Distance Learning musste, gab es **weniger psychische Belastung** als mit offenen Schulen, vor allem weniger Diagnosen von Angst und Depressionen ([Björkegren et al. 2024](#)). Schulschließungen führen zu einem Rückgang von Mobbing und Suiziden.
- Bei Präsenzunterricht nehmen Suizide zu und bei Schulschließungen ab ([Hansen et al. 2022](#))
- die Pandemie hat nicht zu steigenden Suizidzahlen geführt ([Sun et al. 2023](#)).

- „Laut Zwischenergebnissen der Neuauflage der Studie zur Psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen der Donau Universität Krems lasse sich der Trend ablesen, dass sich die Situation trotz Aufhebung der Corona-Maßnahmen im Vergleich zum vergangenen Herbst weiter verschlechtert habe.“ ([Bezirksnachrichten, 02.05.22](#))

„Schulschliessungen zwischen einem und sechs Monaten weisen keine negativen Zusammenhänge mit den Kompetenzen bei Mathematik, Lesen und Naturwissenschaften auf.“

Bericht aus der schweiz, 05.12.23 bzw. „Tagesanzeiger“

In Summe waren Schulschließungen also kein Fehler, aber man hätte sie natürlich verhindern oder verkürzen können, wenn man schon ab Herbst 2020 die Forderungen zu sauberer Luft in Bildungseinrichtungen umgesetzt hätte und eine allgemeine Maskenpflicht konsequent durchgefahrene, statt sich immer wieder an der Auslastung der Intensivstationen zu orientieren.

Sie waren erst Recht kein Fehler mit der Zahl der Todesfälle, Hospitalisierungen und Spätfolgen, die man durch die Unterbrechung von Infektionsketten verhindert hat. Settele stellte aber all diese Fragen im Interview nicht, was ein Durchlaufen wie in UK oder Schweden bedeutet hätte.

„und bevor die Baumärkte aufgehen, doch bitte die Schulen aufmachen.“

(Sprenger in der Dok1-Sendung)

Vergleich von Äpfel und Birnen: Baumärkte sind meist viel besser durchlüftet und spärlicher besetzt als Klassenzimmer und das Infektionsrisiko daher viel niedriger. Ein Baumarktkunde hält sich keine fünf Stunden mit 25 weiteren Kunden in einem kleinen Raum auf.

Beschwerde: Mangelnde Objektivität.

Begründung (vollständige Kritik):

„Settele interviewt Johannes Huber, der keinen medizinischen oder naturwissenschaftlichen Hintergrund hat. Huber zweifelte in mehreren Kommentaren den Sinn von Schulschließungen an, ignoriert LongCOVID und räumt Freiheitsrechten „im Zweifel Vorrang vor Beschränkungen“ ein – in einer Pandemie, wo es auf jeden Einzelnen ankommt, um Schwächere zu schützen, eine fatale Denkweise.“

Settele: Johannes Huber wurde nicht als Mediziner oder Naturwissenschaftler, sondern als Medienschaffender interviewt. Es ging bei ihm darum, die viel kritisierte Rolle der Medien in der Pandemiezeit zu beleuchten. Mit keinem Wort kritisiert Huber die Einschränkung von Freiheitsrechten generell. Sowie Millionen von Österreichinnen und Österreichern stellt er sich aber die Frage, ob nicht die eine oder andere Maßnahme überschießend war. Das steht ihm zu.

Die Recherche von Hubers Texten zeigt, dass er tendenziell so denkt wie Sprenger oder Settele selbst. Wenn also der eine Medienschaffende hier stellvertretend für die „viel kritisierte Rolle der Medien“ spricht, dann ist das nicht objektiv, sondern verstärkt lediglich

die grundsätzliche Behauptung, dass Maßnahmen übertrieben gewesen sein würden. Das ist mit mangelnder Objektivität gemeint.

Denn es gab auch eine Gruppe von Österreicherinnen und Österreichern, die sich die Frage stellte, ob nicht die eine oder andere Maßnahmen zu spät und zu schwach daherkam.

Beschwerde: Impfschaden nach Corona-Infektion?

Settele: *Die Aussagen des jungen Mannes geben zu 100% korrekt wieder, wie dieser seine Krankheit und deren Verlauf empfindet. Mit keinem Wort wird im Verlauf der ganzen Sendung insinuiert, dass die Covid-19 Impfung generell zu Erkrankungen führen würde. Ganz im Gegenteil.*

Es wurden hier nicht die Empfindungen oder Symptome des Betroffenen in Frage gestellt, sondern die behauptete Ursache!

Vollständige Kritik:

„Der junge Fußballer leidet unter einer Herzmuskelentzündung. Er hatte insgesamt drei Impfungen, nach der dritten Impfung wären die ersten leichten Symptome aufgetaucht. Drei Monate später folgte eine Corona-Infektion und zwei Monate danach der Zusammenbruch. Trotzdem wird die Herzmuskelentzündung auf die Impfung geschoben, nicht auf die Infektion!

Es gibt klare Richtlinien für die Rückkehr zum Leistungssport nach einer Infektion mit Herzuntersuchungen ([D'Ascenzi et al. 2022](#)). Selbst nach leichten oder symptomfreien Verläufen treten Herzmuskelentzündungen gelegentlich auf, speziell dann, wenn sich die Betroffenen nicht ausreichend schonen, sondern zu früh mit dem Sport beginnen. Impfschäden treten nicht erst fünf Monate nach der Impfung auf.

Laut [Epidemiologe Zangerle](#) ist eine Herzmuskelentzündung bei 16-19jährigen am häufigsten, vor allem nach der 2. Impfung, aber sehr selten nach der dritten Impfung. Nach Auffrischung mit dem bivalenten Impfstoff im Herbst 2022 wurden 2 Fälle von Personen bis zum 40. Lebensjahr bei ca. 65 000 Dosen nachgewiesen.

Im Beitrag wurde aber nirgends erwähnt, dass auch Covid19-Infektionen Herzmuskelentzündungen verursachen können. Hier werden die Zuschauer in die Irre geführt, dass die Impfung für die ausgelösten Beschwerden verantwortlich sein müsse. So hält man besonders junge Menschen vom Impfen ab.“

Beschwerde: Unterstellender Kommentar von Marcus Franz ohne Einordnung.

False Balancing



Franz: „Und man braucht auch die Öffnung Richtung kritischer Stimmen, sodass man Leute, die was zu sagen haben, was vielleicht nicht dem allgemeinen Grundton entspricht, einbezieht, ohne die niederzumachen.“

in der Dok1-Sendung

Ausführliche Kritik:

„Natürlich hat man kritische Stimmen zugelassen, das hat auch Anschober dezidiert im Beitrag erwähnt mit den Einzelinteressen, denen zu stark nachgegeben wurde. Mit Allerberger, Gartlehner, Schernhammer, Oswald Wagner, Reinhold Kerbl, Matthias Strolz, Petra Apfalter wurden wiederholt Berater geholt bzw. öffentlich befragt, die gegen Schulschließungen, Maskenpflicht oder sonstige Maßnahmen aufgetreten sind. Der „allgemeine Grundton“ sollte sich übrigens an den Fakten orientieren und nicht an Wahlkampfdaten oder Partikularinteressen.“

Stellungnahme Dr. Franz: Das ist keine Unterstellung dem ORF gegenüber, sondern eine vielfach gemachte und nachweisbare allgemeine Beobachtung, die zahlreiche Menschen teilen.

Nochmal: Franz ist nicht nur Arzt, sondern Politiker – er trat im April 2017 als Kandidat für die FPÖ-Liste „Freiheitliche und Unabhängige Ärzte NÖ“ an, und traf Aussagen wie, dass „Hitler ein Linksextremist gewesen sei“ und spricht abfällig von „Menschenrechtsmanikern“.

Hier die politische Präferenz von Franz zu ignorieren, bedeutet, dass die Aussagen nicht im Kontext gesehen werden. Hier wird es als Tatsache präsentiert, es ist aber eine (politische) Meinung.

Stellungnahme Franz: Sukkus dieser meiner Anregung zur Öffnung ist, dass man bei so großen Themen/Problemen wie „Corona“ mehrere Stimmen von verschiedene Seiten braucht und diese hören muss. Wie benötigen ausgewogene Diskussionsrunden, ohne Vorverurteilungen einzelner Personen und man muss in der jeweiligen Debatte ergebnisoffen

bleiben, so wie es eigentlich gute Tradition des ORF ist. Gerade bei medizinischen Themen ist der sogenannte „Stand der Wissenschaft“ ein sich ständig ändernder und facettenreicher, es gibt nicht die EINE Meinung oder die EINE absolute Wahrheit in der Medizin, schon gar nicht in der Infektiologie.

Noch einmal: Es hat genau diesen „ausgewogenen“ Diskurs gegeben – ich verweise diesbezüglich auf meine [Zitatsammlungen der ersten Pandemiejahre](#).

In der Pandemie ist der Eindruck entstanden, dass viele Journalisten aus dem deutschen und österreichischen ÖRR und aus den Qualitätsmedien kritische Ärzte und Naturwissenschaftler fast nie interviewt oder einfach ignoriert haben und deren Meinungen manchmal sarkastisch kommentiert oder auch abfällig wiedergegeben (gerne mit dem Codewort „der/die umstrittene“ XY) oder einzelne davon als „Schwurbler“ und dergleichen bezeichnet haben.

In Ö1 wurde Martin Haditisch interviewt, im FALTER kam Andreas Sönnichsen zu Wort. Zu Beginn wurden wiederholt Sprenger, Apfalter, Allerberger interviewt.

Also nein, dieser Eindruck ist überhaupt nicht entstanden, im Gegenteil. Ab Lockdown 2 wurde nurmehr diskutiert, wie man Maßnahmen verzögern und schnell wieder aufheben kann. „Kritische Ärzte und Naturwissenschaftler“, die sich außerhalb es wissenschaftlichen Konsens und von Fakten bewegen und sonst auf Verschwörungsplattformen publizieren, muss man weiterhin entsprechend benennen statt mitdiskutieren lassen.

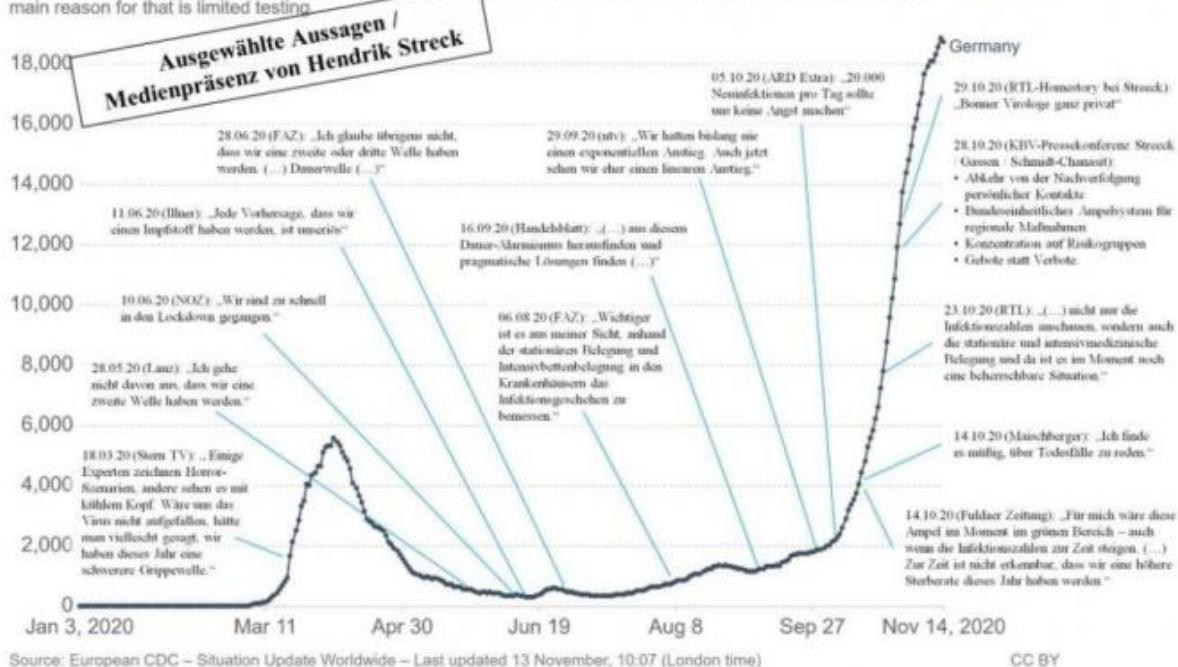
Stellungnahme Franz: Besonders stark ist dies auch auf den Social Media wie zB Twitter aufgefallen. Als Beispiel: Kapazitäten wie die deutschen Virologen Hendrik Streeck oder Klaus Stöhr wurden medial bzw. in Talk-Shows angegriffen, weil sie teilweise maßnahmenkritisch waren bzw. nicht zu 100% die in Österreich wie in Deutschland politmedial gepushte Meinung der deutschen Professoren Drosten, Priesemann, Ciesek etc . teilten. (Prof. Stöhr, langjähriger Leiter des WHO-Impfprogramms(!!), musste übrigens wegen einer Falschdarstellung sogar den „Spiegel“ verklagen – und hat gewonnen.)

Sie wurden völlig zurecht kritisiert wegen zahlreicher wissenschaftsferner Äußerungen. Streeck detto, der sich ständig verschätzt hat mit seinen Einschätzungen:

Daily new confirmed COVID-19 cases

Shown is the rolling 7-day average. The number of confirmed cases is lower than the number of actual cases; the main reason for that is limited testing.

Our World
in Data



Source: European CDC – Situation Update Worldwide – Last updated 13 November, 10:07 (London time)

CC BY

Streeck-Zitate im ersten Pandemiejahr in Deutschland

Stellungnahme Franz: In Österreich wurden epidemiologisch erfahrene Leute wie der bekannte Grazer Public-Health-Experte Dr. Martin Sprenger oder der Psychiater Prof. Raphael Bonelli oder meine Wenigkeit, die wir uns sachlich-kritisch zu bestimmten Maßnahmen geäußert haben, von den Leitmedien lange praktisch ignoriert bzw. wurden Aussagen und Statements oft nicht objektiv behandelt, man ließ die doch recht zahlreichen kritischen Stimmen einfach zu wenig zu Wort kommen (Das hat übrigens auch Hanno Settele sinngemäß bei der Vorbesprechung zum gegenständlichen Interview gesagt).

Raphael Bonelli, der gemeinsam mit Wolfgang Wodarg, Sucharit Bhakdi, Allerberger und Ionnadis im „Corona.film“ mitgewirkt hat, der von Impfgegner Bert Ehrhartner und OvalMedia-Gründer Robert Cibis gedreht wurde – sachlich-kritisch? Naja.

Am 21. Juni 2021 behauptete der damalige Leiter (!) der Öffentlichen Gesundheit der Gesundheitsbehörde AGES, Infektiologe Allerberger, in einem Interview mit OVAL-Media:

„Ohne PCR-Tests wäre Pandemie niemandem aufgefallen“

Keine weiteren Fragen.

Manche Maßnahmen- bzw. Impfkritiker wurden teilweise sogar disziplinarrechtlich von der Ärztekammer verfolgt, weil sie medizinisch andere Meinungen vertraten als die politmedial verbreitete. Die Ärztekammer hat damals besonders in der Impffrage einen eher autoritären Stil verfolgt – trotz der Tatsache, dass etliche Aussagen, die zu Beginn der Impfungen offiziell seitens der Politik getroffen wurden (wie zB der oft gebrachte Satz „die Impfung ist nebenwirkungsfrei und sicher“) nachweislich falsch waren.

Mein o.g. Satz ist also keine Unterstellung, sondern die Beschreibung eines Eindrucks, den ich in den Jahren der Pandemie gewonnen habe.

In einer Pandemie sollte es darum gehen, Leben zu retten und nicht politische Opposition zu betreiben. Bis zum ersten Lockdown hat das sogar die FPÖ verstanden, die sogar einen strengen Lockdown gefordert hatte.

Man sollte bei Impfungen schon noch zwischen unmittelbaren Impfreaktionen, die nach Tagen wieder abklingen und anhaltenden Nebenwirkungen unterscheiden. Dass oft behauptet worden wäre, die Impfung sei nebenwirkungsfrei, [lässt sich so nicht nachvollziehen](#). Es war auch nicht nachweislich falsch zu sagen, dass die Impfung sicher ist – aber da kommen wir schnell in eine ideologisch geprägte Debatte, auf die ich mich nicht einlassen werde.

Der Beschwerdeführer schreibt: „Natürlich gibt es „DIE Wissenschaft“, nämlich Daten und Fakten, objektiv erhobene Statistik, auf der Grundlagenforschung aufsetzt.“

Bezug war die Aussage von Huber:

„Es gibt die gesundheitliche Dimension, es gibt aber vor allem auch die Soziale und die Wirtschaftliche. Und die sind uns genauso wichtig. Wir müssen das Ganze in einer Balance halten. Wir dürfen nicht nur sagen, sobald ein Coronafall auftaucht, wir sperren das ganze Land zu. Das ist Wahnsinn. Weil es gibt nicht DIE Wissenschaft, nicht DIE Wahrheit. In dem Fall zeigt sich das brutal.„

Settele: *Diese Aussage ist in Bezug auf die Covid-19-Pandemie nachweislich unrichtig. Weltweit beklagen Forscherinnen und Forscher, dass es zu Pandemiezeiten eben keine vergleichbaren Daten und Fakten gegeben hat. Der Grund lag und liegt in der Tatsache, dass die einzelnen Länder auf höchst unterschiedlichen Grundlagen „Daten und Fakten“ veröffentlicht haben. Die Stimmen, dass in Österreich bis in vielen Bereichen eigentlich keine verlässlichen Erkenntnisse statistischer Natur vorliegen, sind bis heute nicht verstummt.*

Meine Aussage bezieht sich nicht auf die unzureichende Datenlage in Österreich, sondern darauf, dass es zu jeder Zeit außerhalb von Österreich jede Menge Studien und Daten zu Übertragungswegen, Rolle der Kinder, Long COVID, Risikofaktoren, Wirksamkeit von Masken, Wirksamkeit der Impfung, neue Varianten gegeben hat.

Die Aussage von Huber, man würde bei einem Fall „das ganze Land“ zusperren, ist ein weiterer Strohmann, denn niemand in Österreich hat das je gefordert.

Was Huber in seinem Statement in der Dok1-Sendung meint, ist das, was ab Welle 2 **tatsächlich** eingetreten ist: Es **wurden** zunehmend „andere Interessen“ berücksichtigt: Vom Skitourismus über den Weihnachtshandel bis zu den Bundesländern. Keiner wollte für seinen Bereich mehr neue oder verlängerte Maßnahmen. Eine Pandemie fußt aber auf der Anzahl der Übertragungen von Mensch zu Mensch, und da kann kein gesellschaftlicher Bereich einfach ausgeklammert werden, weil es für diesen bequemer ist.

Soziale Härtefälle werden nicht vermieden, wenn man Schutzmaßnahmen vermeidet, sondern dadurch noch potenziert. Denn überproportional sind sozial benachteiligte Menschen auch von schwereren Verläufen oder Spätfolgen betroffen. Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen haben höhere Risikofaktoren als gesunde und wohlhabende Menschen, die zudem besseren Zugang zu medizinischer Versorgung haben.

Hätte man vielleicht sogar **mehr Tote verhindern** können mit vorausschauenden Maßnahmen statt kurzfristig dominierender Gier der Wirtschaftstreibenden, deren Horizont nicht weiter als 2-3 Wochen zu reichen scheint?

„Wer die Gesundheit aufgibt, um Wirtschaft zu schützen, der wird am Ende beides verlieren.“

Das [Ergebnis](#) sehen wir jetzt: 30% mehr Krankenstände, Mehrkosten in Milliardenhöhe.

Schlussfolgerung

Der Sinn der Maßnahmen wird hinterfragt, aber die Folgen ungebremsten Durchlaufenlassens ohne Maßnahmen ausgeblendet. Kritische Stimmen seien zu wenig gehört worden, aber nur in Richtung übertriebene Maßnahmen. Über vier Jahre Zitate sammeln, wo ich schwerpunktmaßig diese „kritischen“ Stimmen dokumentiert habe, belegen das Gegenteil: Gartlehner, Schernhammer und Weiss waren regelmäßig in der ZiB2, Wenisch in „Wien heute“, Sprenger und Haditsch in Ö1, Apfalter im ORF-Report – Maßnahmenkritik gab es durchgehend.

Die Kritiker und Interessensvertreter haben sich letztendlich durchgesetzt, denn der zweite Lockdown war weniger streng als der erste. Der dritte fand nur im Osten statt. Die Schulen blieben ab dem Sommer 2021 überhaupt offen. Der vierte Lockdown war spät und halbherzig. Und danach wurden alle Maßnahmen sukzessive aufgehoben. 2023 wurde sogar die Meldepflicht abgeschafft und auch die Covid-Todesstatistik. Mangels Tests ist die Dunkelziffer bei LongCOVID enorm: Aus den Augen, aus dem Sinn.

Die „Argumente“ des Beschwerdeausschusses, in der Dok1-Sendung keine tendenziöse Berichterstattung zu erkennen, kann ich nicht nachvollziehen. Immerhin lassen die Stellungnahmen vor allem von Settele und Franz jetzt besser nachvollziehen, wie es zur Einladung von Franz in den Beitrag gekommen ist.

Ohne weitere Welle ins Frühjahr?

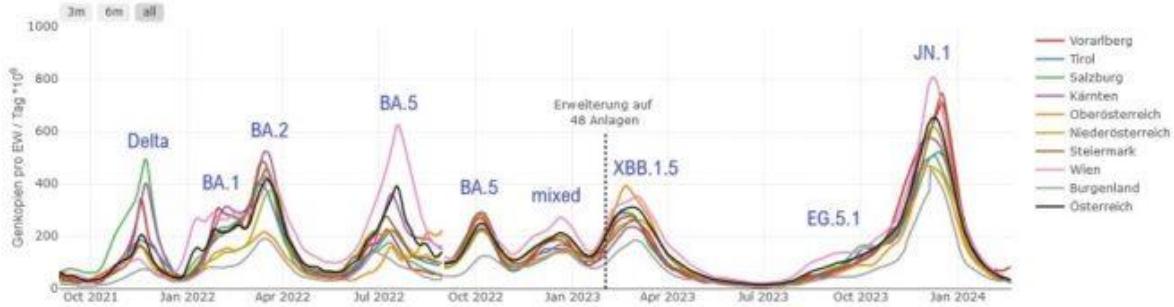
[Februar 26, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Keine Kommentare](#) / [Bearbeiten](#)

Laut den heute aktualisierten **Sentinaldaten** in Österreich gibt es keine Überraschungen. Bei einer Gesamtprobenzahl von $n = 206$ (deutlich gesunken) sind **26% von Influenza**, wobei Influenza A weiter zurückgeht und Influenza B leicht zunimmt. Influenza B hat im Vorjahr die Saison mit einem deutlich flacheren Gipfel bis Anfang April gestreckt. RSV ist mit 11% stabil und SARS-CoV2 mit 1,4% stabil niedrig. Der Rest sind Rhinoviren und humane Coronaviren, die beide grippale Infekte verursachen – aber in der Regel kaum mit Spätfolgen verbunden sind.

Die **Masern** sind leider auch weiter am Vormarsch und daher sollte man seinen eigenen Impfpass einmal überprüfen. Wer nach 1970 geimpft wurde, hat den **Lebendimpfstoff** zumindest einmal erhalten (Masern-Mumps-Röteln-Kombinationsimpfung). Wer davon noch einen messbaren Impftiter vorzuweisen hat oder als Kind die Masern durchgemacht hat, ist lebenslang geschützt. Empfohlen wird aber schon länger eine zweite MMR-Impfung, um Impfversager vom ersten Mal mitzunehmen. Die 2. Impfung gilt daher nicht als Booster. Ich

hab das vor kurzem unkompliziert in einer Ordination für Reiseimpfungen nachgeholt, ohne vorherige Titerbestimmung, denn Überimpfen geht nicht.

Personengewichtete Verläufe der Bundesländer (und gesamt Ö):



Viruslast im Abwasser, nach Bundesländern und Gesamt (schwarz), bis 20./21. Februar 2024

Die [aktuelle Abwasserkurve](#) zeigt eine Stabilisierung der SARS-CoV2-Werte auf niedrigem Niveau – geringer als im Winter 2022/2023, aber noch höher als im Juli 2023. Die dominante Variante ist **JN.1** und Sublinien. In Vorarlberg gibt es einen leichten Wiederanstieg, der vor allem auf die Gebiete [Hofsteig und Bregenz](#) (unteres Rheintal) zurückzuführen ist, sich aber schon wieder abgeschwächt hat – wahrscheinlich ein lokaler Cluster. In [Wien](#) zeigt die Tendenz weiter nach unten – hier dürften die Werte nahe dem absoluten Minimum seit Beginn der Abwasseraufzeichnungen liegen.

JN.1.23

Predicted Immune Escape Vs ACE2 Binding (relative to BA.2)



Immune Escape (1) and ACE2 binding scores (2) were generated using nextclade tool by Cornelius Roemer et al

1. Predicted impact of RBD mutations on ACE2 binding, relative to a BA.2 baseline.

The score is calculated using the same data and logic as Bloom lab's ACE2 binding calculator (see <https://doi.org/10.1101/2022.09.20.508785>).

2. Predicted neutralizing antibody escape relative to BA.2. The score is calculated using the same logic as Bloom lab's antibody escape calculator (see <https://doi.org/10.1101/2022.09.15.507787>).

Prognostizierter Immun Escape versus ACE2-Bindung für derzeitig dominante Varianten (JN.1 und JN.1.4) und JN.1.23 (rot, ganz rechts oben), Stand 21.02.24

Die JN.1.-Subvariante JN.1.23 zeichnet sich durch die zusätzlichen Mutationen **K444R und Y453F** aus und wurde bis Anfang Februar auf drei Kontinenten nachgewiesen, also innerhalb einer Woche eine weltweite Ausbreitung. Von der vorhergesagten Immunflucht und ACE2-Bindung her übertrifft sie alle bisherigen Varianten bei weitem – also deutlich ansteckender und mit Potential, eine **weitere Infektionswelle** auszulösen.

Eine weitere Gefahr sind Varianten, die durch den Einsatz des antiviralen Medikaments **Molnupiravir** entstehen können ([Sanderson et al. 2023](#)). Leider wird dieses Medikament immer noch in mehreren Ländern verschrieben, darunter USA, Japan, Südkorea und Israel. Ein Cluster bestehend aus drei JN.1-Sequenzen mit über **60 neuen Mutationen** tauchte gerade in Israel auf, die beiden Wochen davor weitere Varianten in den USA und in Südkorea (Danke, Ryan Hisner, für den Hinweis.)

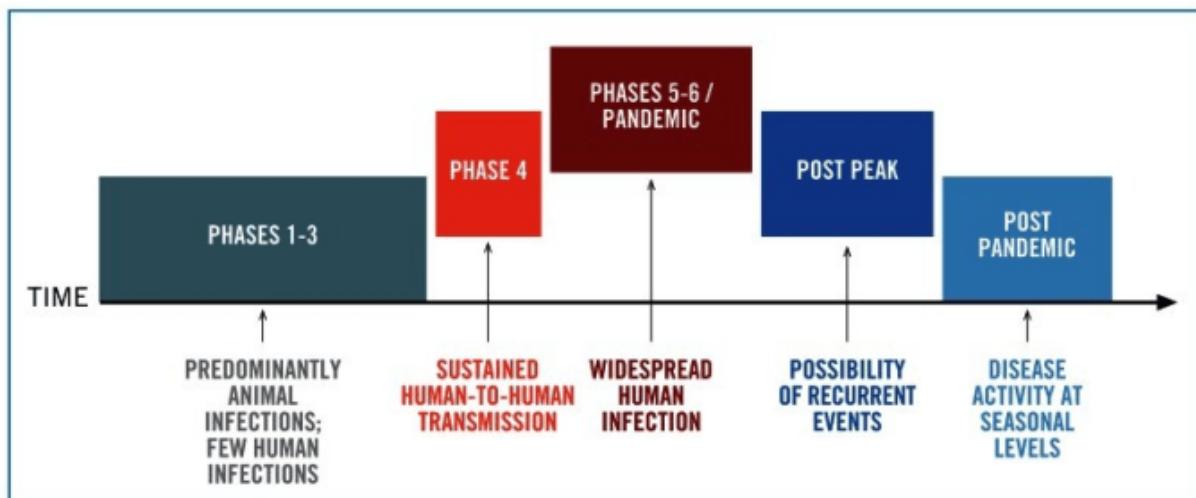
Mit **Stand 26.02.24** gibt es aber vorerst keine weiteren Daten, wie verbreitet potentiell Wellen auslösende Varianten schon sind und ob es bereits zu Wiederanstiegen kommt, die nicht mit JN.1 zusammenhängen. Die gute Nachricht ist, **dass die angepasste XBB-Impfung auch gegen JN.1 wirkt** und sogar die Übertragung für einige Zeit unterbinden kann ([zahlreiche Paper sind hier aufgelistet](#)).

Die **schlechte Nachricht** ist, dass nun die ersten LongCOVID-Fälle der hohen JN.1-Welle eintrudeln, aber auf genauso wenig Gehör stoßen wie die Jahre vorher. „Corona ist vorbei“ und es redet niemand mehr darüber, während vor Masern gewarnt wird. Dabei sind sich beide Virusinfektionen insofern ähnlich, als das SARS-CoV2 zumindest vorübergehende Störungen des Immunsystems auslösen kann und Masern das Immungedächtnis teilweise löscht ([erst seit 2019 bekannt](#)). Beide Erkrankungen tarnen sich durch grippale Anfangssymptome, können danach aber im ganzen Körper randalieren. Masern kann zu schweren Spätfolgen, auch bei Kindern, führen, die tödlich enden können – SARS-CoV2 hat diese Spätfolgen allerdings auch im Angebot. Über Masern wird jetzt aufgeklärt, zu Corona nicht mehr. Diese Heuchelei ist unerträglich.

Trotz meiner zahlreichen Bemühungen, zumindest die psychologische Barriere zu verstehen, die die Mehrheitsbevölkerung daran hindert, sich und andere vor pathogenen Erregern zu schützen – Stichwort [Trauma](#) und [unreife Abwehrmechanismen](#) – regt es mich nach wie vor auf, wie wenig man aus den vergangenen Jahren gelernt hat. Saubere Luft ist egal, außer es geht um Staubbelastung und allergische Symptome. Kaum einer scheint den Sinn darin zu verstehen, über mobile Luftreiniger (und regelmäßiges Lüften) die Viruslast aller möglicher Pathogene zu verringern, und damit das eigene Infektionsrisiko.

Das Narrativ des „Immunsystem trainieren“ hat sich festgesetzt in den Hirnen. Stattdessen greift Esoterik weiter um sich, mit den *hochdosierten Vitamintabletten* als Vorbeugung von Infekten, statt die Virusübertragung an sich zu verhindern oder zumindest einzudämmen. Infekte scheinen schicksalsgegeben, unbeeinflussbar zu sein. Wir sollten klüger sein: Es scheint nicht bekannt, dass erworbene Immunität durch Impfung und/oder Infektion Ansteckungen verhindern kann, wenn die Viruslast niedrig ist ([Lind et al. 2023](#)) – ein Ansatz, [den ich selbst oft wähle](#), wenn ich mit dem CO2-Messgerät oder Luftreiniger vor Ort entscheide, ob die Luft wortwörtlich rein ist, um indoor etwas zu essen oder zu trinken.

Ist die Pandemie vorbei?



[Pandemische Phasen laut WHO \(2009\)](#)

Von Zeit zu Zeit werde ich diese Frage stellen, um meinen eigenen Kompass einzunorden, damit ich mich nicht falsch abbiege gegenüber dem wissenschaftlichen Mehrheitskonsens. Weltweit gesehen befinden wir uns nach wie vor hinter dem Höhepunkt der Pandemie, in der „post peak“ Phase.

Für die WHO ist die Pandemie dann vorbei, wenn sich die Virusaktivität auf saisonalem Niveau bewegt, sprich wie bei Influenza Winterwellen jeweils auf der Nord- und Südhalbkugel, aber nicht auf beiden Hemisphären gleichzeitig.

Spekulation: Saisonalität wird bei SARS-CoV2 wahrscheinlich nicht möglich sein – dafür mutiert es zu häufig und ist deutlich ansteckender als Influenza. Es reichen dann auch ungünstigere Bedingungen – etwa sommerliche Wetterbedingungen – für $R_{eff} > 1$, während Influenza offenbar nur unter günstigen Bedingungen (Kälte) gedeihen kann. Jetzt haben wir noch dazu die Sondersituation, dass JN.1 die vorher dominanten XBB-Wellen weggefegt hat, aber keine neue Variante nachkommt, die auf absehbare Zeit übernehmen wird – soweit man das mit der schwindenden Surveillance weltweit sagen kann. Dann bleibt als Ursache für erneute Anstiege nur **mit der Zeit nachlassende Immunität** („waning“), also ab Hochsommer bis Frühherbst auf der Nordhalbkugel. Nicht sonderlich saisonal auf die Witterung bezogen, wenn man die Erderwärmung einbezieht (sommerlich warm bis Oktober). Wenn also maßgeblich neue Varianten und nachlassende Immunität Wellen antreiben, kann das saisonal sein, muss aber nicht. Es kann genauso sein, dass die nächste Variante erst auf der Südhalbkugel dominant wird, wo dann Winter herrscht, und gleichzeitig auf der Nordhalbkugel im Sommer.

In der Schweiz wird die [Inzidenz derzeit auf rund 500 geschätzt](#) – dort infiziert sich pro Woche also ca. jede 200. Person. Ich weiß nicht, was als akzeptable **endemische Grundinfektionsrate** bezeichnet werden könnte, aber eine Inzidenz von 500 erscheint mir dafür jedenfalls zu hoch. In Österreich wird sie etwas niedriger sein, aber immer noch zu hoch.

Ich bin kein Epidemiologe, aber mit meinen Laienaugen betrachtet ist SARS-CoV2 ein Präzedenzfall. Es ist deutlich ansteckender als Influenza, aber nicht mit der Impfung ausrottbar wie Masern – jedenfalls nicht mit den intramuskulären Impfstoffen. Es ist nicht saisonal, aber auch nicht endemisch, weil sich Varianten innerhalb weniger Wochen weltweit ausbreiten (danke, Reiseverkehr, der wieder wie 2019 floriert). Epidemisch passt dazu genauso wenig, also was zur Hölle ist SARS-CoV2 dann? Und wie soll man mit so einer Viruserkrankung dauerhaft leben können, [die derart schwerwiegende Spätfolgen wie LongCOVID und MECFS anrichtet?](#)

Wenn sich auch im Frühling und Sommer auf der Nordhalbkugel keine weitere Welle abspielt, bin ich auch geneigt, die Pandemie als zu Ende zu betrachten, aber ich bin mir unklar, wie der Zustand dann heißen soll. Sicher ist nur, dass das Virus nicht mehr weggeht, und Reinfektionen dauerhaft ein Risiko darstellen werden – aber mit längeren Pausen dazwischen würden Reinfektionen seltener passieren und schon dadurch die Inzidenz von LongCOVID weiter sinken.

Skandal: Gesundheitsminister Rauch hintergeht Risikopatienten!

[März 27, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Keine Kommentare](#) / [Bearbeiten](#)

Ende der Corona-Maßnahmen

Bundesweite Regelung

Endet am 30. April 2023

 Maskenpflicht im Spital oder Pflegeheim

 Risikogruppenfreistellung (erhöhter Arbeitnehmer-schutz für besonders gefährdete Personen)

Endet am 30. Juni 2023

 Meldepflicht bei Covid-Erkrankung

 Verkehrsbeschränkungen für positiv Getestete

Bleibt bestehen

 Gratis-Impfung

 Kostenlose COVID-19-Medikamente

 Gratis-Tests bei Symptomen und für Risikopatienten

 Auswertung des Abwassers aus Kläranlagen und Analyse von PCR-Proben

Grafik: © APA, Quelle: BMSGK



Johannes Rauch  @johannes_rauch · 21 Min.

Die #Pandemie geht das Virus bleibt. Für den Übergang in die regulären Strukturen des Gesundheitssystems ist heute ein #Gesetzesentwurf in Begutachtung gegangen. Die Eckpfeiler wie Impfungen, Tests, Medikamente oder das Abwassermanagement werden damit langfristig gesichert. 1/3

3

2

4

586

...



Johannes Rauch  @johannes_rauch · 21 Min.

#CoronaImpfung und #Medikamente bleiben für die Patient:innen kostenlos. Das #Abwassermanagement wird fortgeführt & auf weitere Krankheiten ausgeweitet. Das #Testen von Menschen mit Symptomen bleibt ebenfalls kostenfrei, um eine Behandlung mit COVID-19-Medikamenten abzuklären. 2/3



Johannes Rauch  @johannes_rauch

Apotheken erhalten die Möglichkeit, Tests auch für Menschen ohne Symptome kostenpflichtig anzubieten. So treffen wir umfassend #Vorsorge, damit wir mit Corona wie mit anderen Krankheiten langfristig gut leben können. 3/3

5:58 nachm 5. Apr. 2023 439 Mal angezeigt

Im Frühjahr 2023 hat Gesundheitsminister Rauch noch behauptet, dass das Testen von Menschen mit Symptomen kostenfrei bleiben würde, um eine Behandlung mit COVID-19-Medikamenten abzuklären (betrifft in erster Linie Risikopatienten, weil Paxlovid/Metformin nicht für gesunde Menschen empfohlen werden)

Gesundheit dürfe keine „Frage des Geldes und des Einkommens sein“, hielt Gesundheitsminister Rauch eingangs fest. Es müsse in Österreich Gesundheitsleistungen auf hohem Niveau für alle geben, „dafür brauche ich meine E-Card, nicht meine Kreditkarte“, sagte Rauch.

Derstandard, 28. März 2023

Ende März 2024 zeigt sich dann, wie viel von Rauchs Ankündigungspolitik zu halten ist: NICHTS.

Die geltende Verordnung läuft mit 31. März 2024 aus. **Ab April** sind Corona-Tests auch bei Krankheitsverdacht (Antigentests, bisher wurde nur jeder fünfte Antigentest mit PCR nachgetestet) kostenpflichtig – **mit bis zu 40 Euro pro Test** (25 Euro für Durchführung und 15 Euro für das Test-Set) – ein Wucherpreis, wenn man bedenkt, wie viel man für handelsübliche Schnelltests bei jedem Medizinfachgeschäft bekommt. Das wird die Testquote stark nach unten drücken.

Das Problem mit der Kostenübernahme ist schon länger bekannt, weil der Bund für die Bezahlung der Tests einspringt – mit Auslaufen der Regelungen nach dem Epidemiegesetz (SARS-CoV2 ist in Österreich nicht mehr meldepflichtig) ist eigentlich die Sozialversicherung zuständig.

Das Gesundheitsministerium hat noch Mitte Dezember 2024 behauptet, dass die Tests für Patienten kostenlos bleiben würden.

„Heute“ fragte im Gesundheitsministerium nach, ob die Gratis-Tests in Ordinationen tatsächlich mit nächstem Jahr Geschichte sind. Dort ist man um Beruhigung bemüht: „Der Bund wird die Kosten für die Covid-19-Antigentests bis Ende März 2024 weiterhin tragen“, wird versichert. Mitte April würden die Testungen in die Regelstrukturen überführt und von

der Sozialversicherung übernommen. **Für die einzelnen Patienten ändere sich dadurch aber an der aktuellen Praxis nichts. Das Geld komme eben dann nur aus einem anderen Topf, die Tests blieben kostenlos.**

HEUTE, 18. Dezember 2023

Der Vertreter der steirischen Ärztekammer und Allgemeinmediziner Alexander Moussa (Hartberg) sieht einen massiven Rückschritt und fordert gratis Tests auch für Influenza, RSV und Keuchhusten.

„Wir brauchen diese Tests und die Testergebnisse, um auch eine zielgerichtete Behandlung durchzuführen. Zum Beispiel ist der Nachweis einer Corona-Infektion **auch Voraussetzung für die Verschreibung von Paxlovid.**“

„Ich glaube, wir haben alle in der Pandemie gelernt, dass das Testen wichtig ist, um zu erkennen, wer eine Infektion hat und um dementsprechend den Kreis der Infizierten möglichst klein zu halten“, so Moussa. Er sehe durch den Wegfall der Kostenübernahme „eine große Gefahr für die Volksgesundheit“.

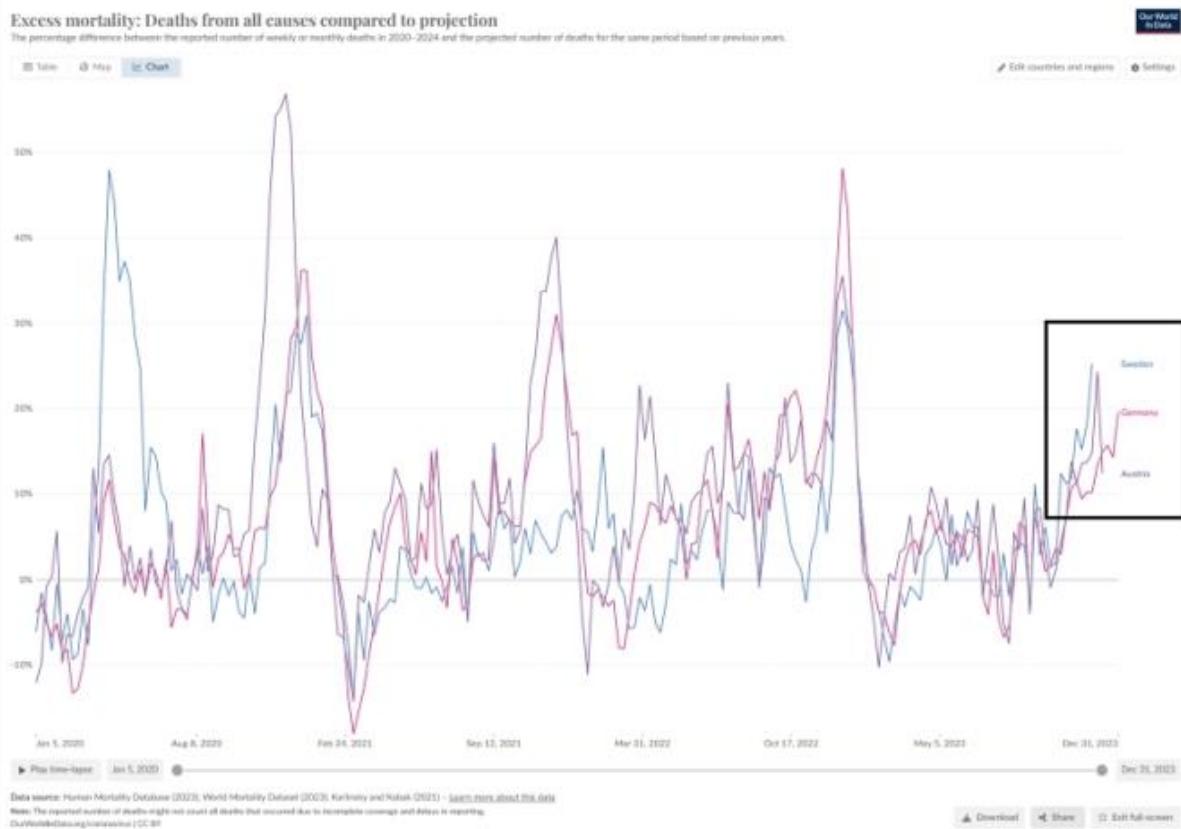
ORF STEIERMARK, 27.03.24

Der Arzt sagt es: Der **Nachweis einer Corona-Infektion** ist auch die **Voraussetzung für die Verschreibung von Paxlovid.**

Ein Schelm, wer Böses denkt – letzten Winter geriet Rauch mächtig ins Rudern, als es zu einem – angekündigten – Paxlovidmangel kam.

Zudem erhielt ein Großteil der stationär aufgenommenen Patienten im Klinik Floridsdorf (nicht nur da) zuvor kein Paxlovid durch den Hausarzt, etwa die Hälfte der betroffenen Patienten mit schwerem Verlauf wären aber geeignet gewesen.

Neben der extrem niedrigen Booster-Rate mit dem angepassten monovalenten XBB-Impfstoff (Pfizer und Novavax) ist auch die verhältnismäßig geringe Vergabe von Paxlovid maßgeblich Schuld an der **hohen Übersterblichkeit in der JN.1-Welle** im November und Dezember



Übersterblichkeit bis Jahresende 2023 in Schweden, Deutschland und Österreich

Paxlovid wird vorrangig nur an RisikopatientInnen abgegeben – das Risikoprofil ist seit Februar 2024 deutlich strenger geworden – wohl auch, weil seitdem ebenfalls die Österreichische Gesundheitskasse für die Anschaffung von Paxlovid zuständig ist, nicht mehr der Bund. Voraussetzung für eine Verschreibung ist aber ...

Entsprechend der bestimmten Verwendung im hellgelben Bereich des EKO ist die Verschreibung von Paxlovid an die Einhaltung der folgenden Voraussetzungen geknüpft:

- Bei Erwachsenen mit **durch Antigen- oder PCR-Test bestätigter symptomatischer COVID-19-Infektion**, wenn ein erhöhtes Risiko besteht, einen schweren Verlauf zu entwickeln und wenn aufgrund zirkulierender Virusvarianten kein Verdacht auf eine Unwirksamkeit von Nirmatrelvir besteht.
- Die **Risikofaktoren** für einen schweren Verlauf sind unter www.sozialversicherung.at/erstattungskodex_risikofaktoren_covid-19 publiziert.
- Mögliche **Wechselwirkungen** mit anderen Arzneimitteln sind sorgfältig zu prüfen.
- Therapiebeginn innerhalb von **höchstens 5 Tagen nach Symptombeginn**.

Der erforderliche **COVID-Test** ist von der behandelnden Ärztin bzw dem behandelnden Arzt selbst durchzuführen. Von der Patientin bzw dem Patienten selbst durchgeführte COVID-Tests („Wohnzimmertests“) genügen nicht. Der ärztlich durchgeführte COVID-Test kann bei

... erraten ein Schnelltest beim behandelnden Arzt. Von Patienten selbst durchgeführte Schnelltests genügen demnach nicht.

Eine nebenbei heftig kritisierte Regelung, denn eine frühzeitige Gabe (0-1 Tage nach ersten Symptomen oder Diagnose) reduziert die Sterblichkeit und schwere Akutverläufe signifikant verglichen mit verzögertem Therapiebeginn (**2 und mehr Tage**), weshalb **niederschwellige Tests und rasch verfügbare Medikamente** essentiell sind ([Wong et al. 2023](#)).

Unterm Strich hat das Gesundheitsministerium hier gleich zwei Punkte vom ursprünglich angekündigten Plan, in die Regelversorgung überzugehen, nicht eingehalten:

- keine gratis Medikamente mehr, weil ...
- keine gratis Tests mehr bei Symptomen

Eine Win-win-Situation für die Regierung:

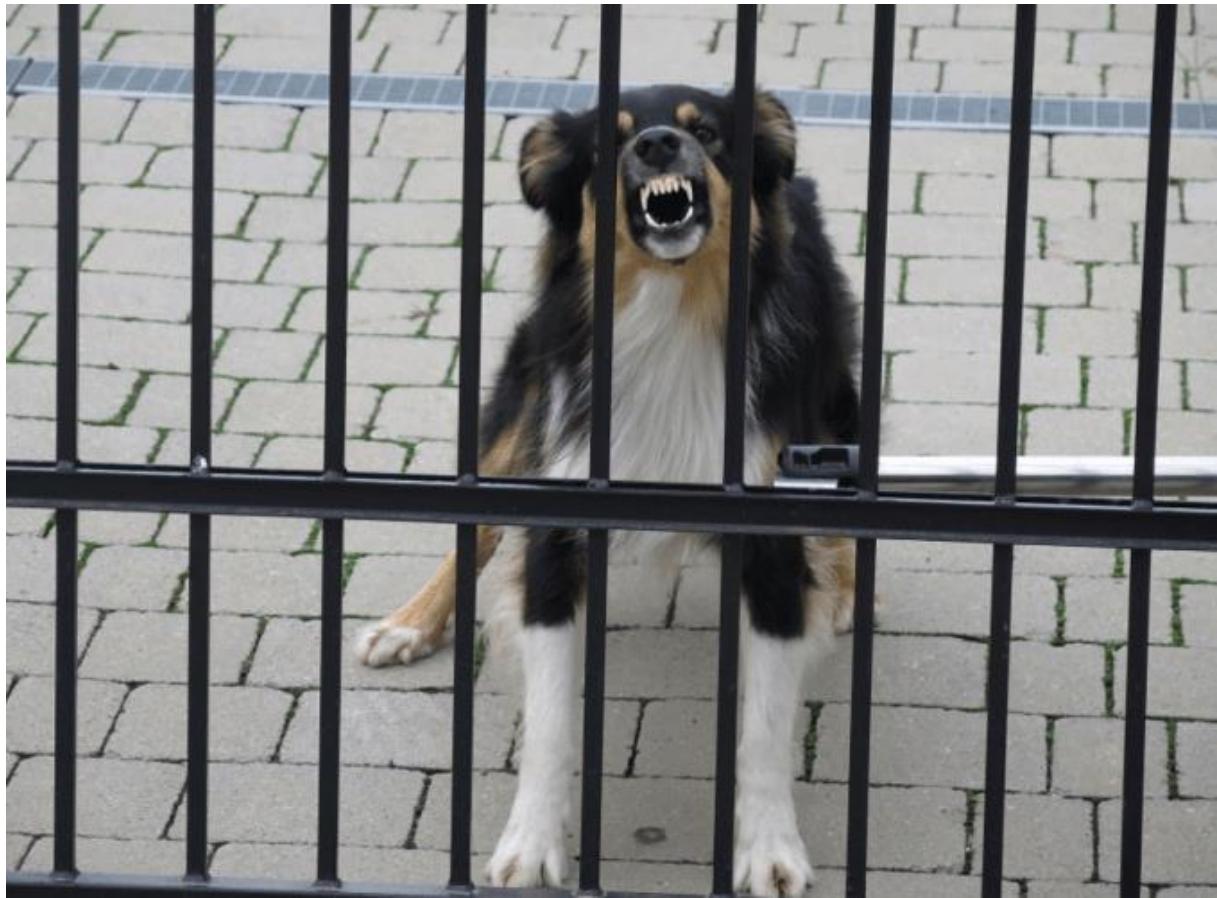
- deutlich sinkende Testraten und damit weniger Paxlovid-Verschreibungen, kein Paxlovid-Mangel mehr zu befürchten
- kein Nachweis einer Infektion und damit können bei Spätfolgen Behandlungskosten und Entschädigungen vermieden werden
- Zudem gilt eine Infektion am Arbeitsplatz [laut Obersten Gerichtshof](#) nicht als Arbeitsunfall, keine Pension für LongCOVID-Betroffene

Leidtragende sind all jene, die sowohl Risikopatienten, LongCOVID-Betroffene als auch Armutsbetroffene sind, wo es [generell hohe Überschneidungen](#) gibt.

Eine Schande für Gesundheits- und Sozialminister Rauch von den Grünen. Eine Schande für den Sozialstaat Österreich.

Wer zu oft Wolf schreit...

[April 6, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Ein Kommentar](#) / [Bearbeiten](#)



Bis zur XBB.1.5-Welle im März 2023 waren meine Einschätzungen hinsichtlich neuer SARS-CoV2-Infektionswellen recht zuverlässig. Es gab naturgemäß bis zu diesem Zeitpunkt auch viel mehr Daten als heute und zumindest bis zum Winter schrieben auch die meisten ExpertInnen noch auf Twitter und wanderten nicht zu Mastodon oder woanders hin ab. Damit befand ich mich ziemlich im Einklang mit allen führenden Expertinnen und es gab eigentlich keine Überraschungen. Dann lehnte ich mich im März 2023 mit XBB.1.16 etwas zu weit aus dem Fenster – unglücklicherweise wurde [ausgerechnet dieser Beitrag](#) von einem reichweitenstarken Follower recht prominent repliziert, sodass nachträgliche Korrekturen nicht mehr sichtbar waren. Die große XBB.1.16-Welle fiel aus – andere Experten, mittlerweile nicht mehr auf Twitter vertreten, hatten frühzeitig abgewunken – zu groß die Kreuzimmunität durch BA.5 im Winter 2022/2023 und der erst eben abgelaufenen XBB.1.5-Welle. Aus Schaden wird man klug und seitdem bin ich deutlich vorsichtiger beim Ausrufen neuer Wellen. Zudem entledigte ich mich einiger Möchtegernexperten auf Twitter, die sich als „Große Klappe, nichts dahinter“ entlarvt hatten oder von seriösen ExpertInnen entlarvt wurden. Hochstapler gibt es leider nicht nur auf Seiten der Verharmloser, sondern auch auf der der „Doomer“. *Friendly fire* sozusagen, mit dem man sich unglaublich macht.

Der Übergang in der ausklingenden Phase der Pandemie ist in jeder Hinsicht schwierig. Gänzlich überwinden, dass wir SARS-CoV2 dauerhaft zirkulieren lassen, werde ich es wohl nie. Man hätte mehr tun können, aber zum Zeitpunkt der Pandemie regierten die völlig falschen Personen, die einen völlig falschen Zeitgeist wiederspiegeln: 20 Jahre Neoliberalismus haben ihre Spuren hinterlassen, dank Facebook und Telegram ist der Stammtisch bis in die Parlamente vertreten und rechtsextremes Gedankengut erlebt mit dem Aussterben der letzten Zeitzeugen des Nationalsozialismus einen neuen Aufschwung, scheinbar ohne Gegenwehr durch die Sozialdemokratie.

Die Voraussetzungen waren denkbar ungünstig, auch nur irgendwie aus der Pandemie zu lernen. So waren die ersten Monate der Pandemie entgegen dem Zeitgeist geprägt von **echter Solidarität** (Nachbarschaftshilfe) und **Pseudosolidarität** (Klatschen für Systemerhalter), die FPÖ forderte einen strengen Lockdown und alle Parteien waren sich ausnahmsweise einig, dass gehandelt werden musste. Diese gegenseitige Rücksichtnahme war zu unwirklich, als dass sie längere Zeit Bestand hätte haben können. So gesehen kippten wir im Laufe vom ersten Pandemiejahr bald wieder in den „default“-Zustand von „**Ich zuerst!**“ – unterstützt durch das Präventionsparadoxon (düstere Prognosen nicht eingetreten, WEIL gehandelt wurde) und allen voran leider auch Law-and-Order-Advokat Falter-Chefredakteur Klenk, der die Grundrechte in Gefahr sah durch Ausgangsbeschränkungen und weitere Schutzmaßnahmen (ja, es hat überschießende Maßnahmen wie Parkanlagen sperren und Parkbanksitzen kriminalisieren gegeben, aber das ist nicht der Punkt).

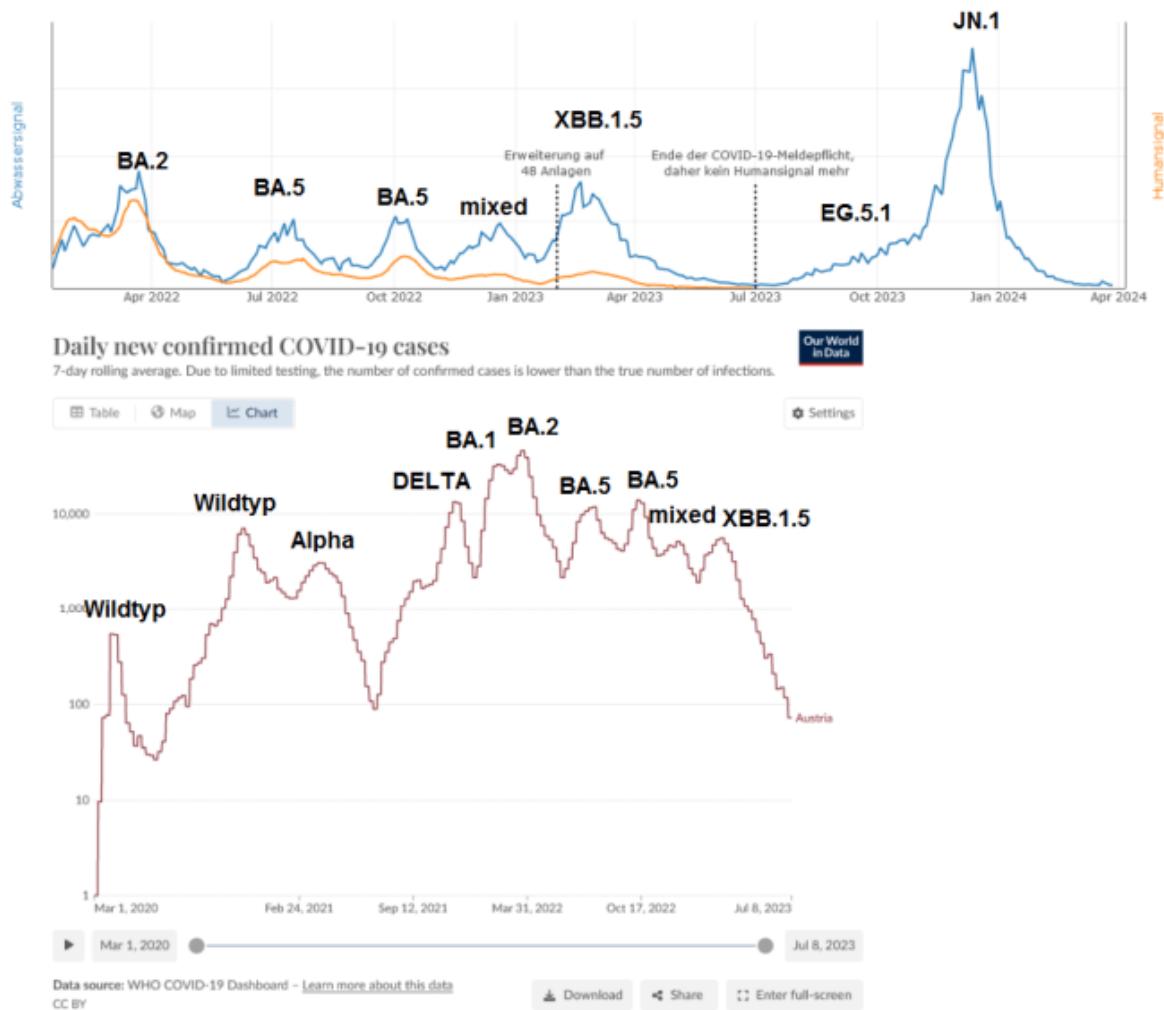
Im Mai 2023 erklärte die WHO auf politischen Druck hin die Internationale Gesundheitsnotlage (PHEIC) für beendet, nicht aber die Pandemie. Ab hier schieden sich auch in der Experten-Community die Geister. Manche sahen die Pandemie gleichzeitig mit der PHEIC beendet, andere unabhängig davon weiter eine Pandemie. Unabhängig von Begrifflichkeiten zirkulierte SARS-CoV2 aber weiter, sorgte für schwere Krankheitsverläufe und weitere LongCOVID-Fälle.

Mit Ende der Meldepflicht im Juni 2023 stiegen die Fallzahlen langsam wieder an – die XBB-Escape-Untervariante EG.5.1 setzte zum globalen Aufholen an, aber nur sehr langsam, bis die BA.2.86-Variante („Pirola“) mit JN.1 als erfolgreichste Franchise-Variante die Herbstwelle in Gang brachte, die die Welt regelrecht überrollte. Inmitten der sich anbahnenden Herbstwelle fiel die ORF-Dok1 „Die verschwundene Seuche“ von Hanno Settele ([Faktencheck](#)) und die Pressekonferenz der österreichischen Bundesregierung mit dem Titel „Nach Corona“ just zum JN.1-Maximum der Abwasserinzidenzen ([Faktencheck](#)).

Entgegen meinen und so manch anderen Erwartungen bildeten die Ableger von JN.1 keine langgestreckte Welle aus, wie etwa mit XBB.1.5 oder mit der Doppelwelle aus BA.1/BA.2. JN.1 wurde dominant und blieb es, während die Abwasserzahlen stark absanken und unten blieben und auch heute, Stand Anfang April 2024, weiterhin unten sind. Das muss man auch einfach mal zur Kenntnis nehmen, dass es nicht so schlimm ist wie befürchtet. SARS-CoV2 ist deswegen nicht weg und weitere Wellen sind wahrscheinlich mit neuen Varianten.

Höchst unterschiedliche Pandemiejahre

Entwicklung der Virenfracht in den 48 Regionen des Nationalen Abwassermanagerungsprogramms:



Abwasserinzidenzen (01/2022-04/2024) und Inzidenzen durch bestätigte Fälle (03/2020-07/2023) in Österreich, Datenquellen: [Abwassermanagerung Österreich](#) und [Our World in Data](#)

So richtig berechenbar war SARS-CoV2 spätestens dann nicht mehr, als die Varianten ins Spiel kamen. Die zweite Welle im Herbst 2020 wurde erwartet, nachdem man die erste Welle durch die Schutzmaßnahmen stark gedämpft hatte. Der Großteil der Bevölkerung hatte dahin noch keinen Kontakt mit dem Virus, war „immun-naiv“ und somit voll empfänglich. Ich erinnere mich noch, wie Krammer und Drosten jeweils im Kurier bzw. ZiB2 im April 2020 vor der Winterwelle gewarnt haben. Die Wald- und Wiesenexperten der Regierung wollten bis zum Spätsommer nichts von einer zweiten Welle wissen.

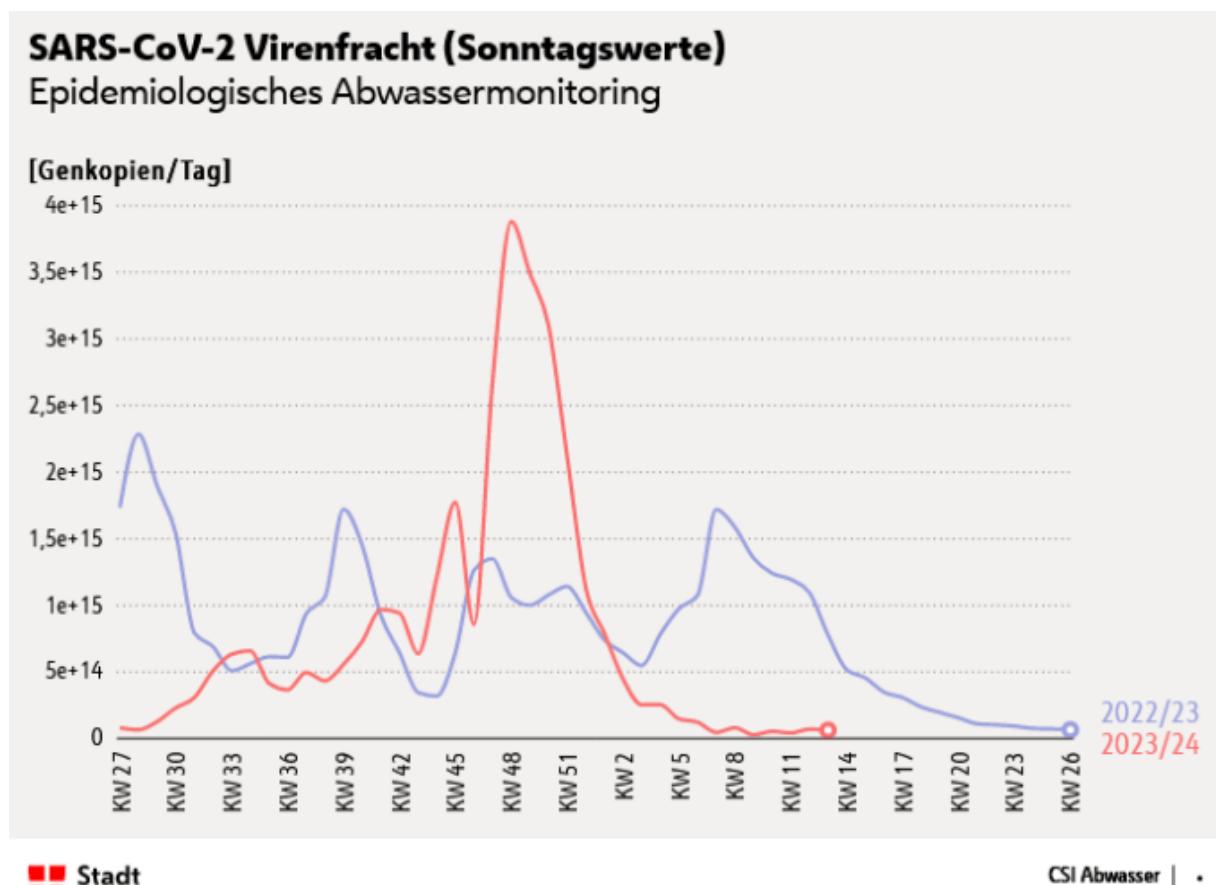
Das zweite Pandemiejahr zeigte mit Alpha und Delta wieder einen zweigipfligen Verlauf, wobei die exponentiellen Wiederanstiege 2020 und 2021 jeweils Mitte Juni begannen (Saisonally ass – Influenza zeigt so ein Verhalten nicht). Mit der Impfkampagne im Frühjahr zwang man Alpha in die Knie, aber die Impfrate war zu gering, um Delta entscheidend zu drücken.

Im dritten Pandemiejahr dominierten die Omicron-Varianten, von der Politik und den regierungsnahen Experten schlicht als „Omicron und Vorbereitung auf den Herbst“ geframed. Tatsächlich gab es in Österreich fünf Wellen mit mindestens vier verschiedenen Unter-

Varianten von Omicron. Die Inzidenzen blieben selbst in den Wellentälern sehr hoch (über 1000 neue Fälle pro Tag). Im Spätherbst und Frühwinter 2023 wurde die Lage erstmals undurchsichtig mit der „Variantensuppe“: Verschiedene Untervarianten von Omicron, die alle dieselben Escape-Mutationen aufsammelten („konvergente Entwicklung“), aber keine wurde dominant.

Im vierten Pandemiejahr zeigte sich wieder ein anderes Bild, das mehr an das erste Pandemiejahr erinnerte: Ein moderater Gipfel mit der XBB.1.5-Welle und markanter Gipfel durch die JN.1-Welle, davor ein gleichmäßiger Anstieg mit EG.5.1 mitten im Hochsommer bis in den Herbst, der – wie wir alle wissen, bis in den Oktober hinein höchst sommerliches Wetter hervorbrachte.

Das Jahr 2024 startet nun mit niedrigen Abwasserwerten, das zeigen auch die Abwasserdaten aus Wien:



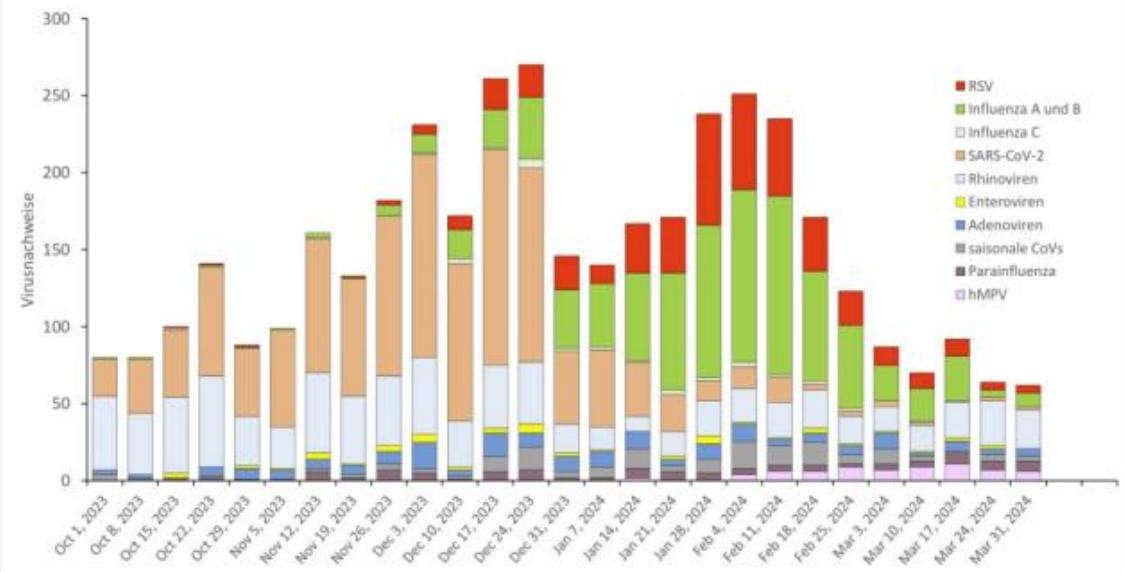
CSI Abwasser
ebswien kläranlage & tierservice Ges.m.b.H. & TU Wien

2022/2023 (blau) und 2023/2024 (rot) in Wien, Datenquelle: [Stadt Wien](#), abgerufen am 05.04.24

Niedrig heißt hier: Wirklich sehr sehr niedrig, vergleichbar mit dem ruhigen Frühsommer 2023 (zwischen abklingender XBB.1.5-Welle und beginnender EG.5.1.-Welle).

Aktualisiert: 31.03.2024

Virusnachweise pro Woche. Nationales Referenzzentrum Diagnostisches Influenzanetzwerk Österreich (DINÖ).



Stand 2. April 2024: Influenza B 5%, Influenza A: 1,5%, Rhinoviren 18%, Parainfluenza: 5%, humane Metapneumoviren 4%, **SARS-CoV2: 1,5%**, Quelle: Zentrum der Virologie/ Aberle und Redlberger-Fritz

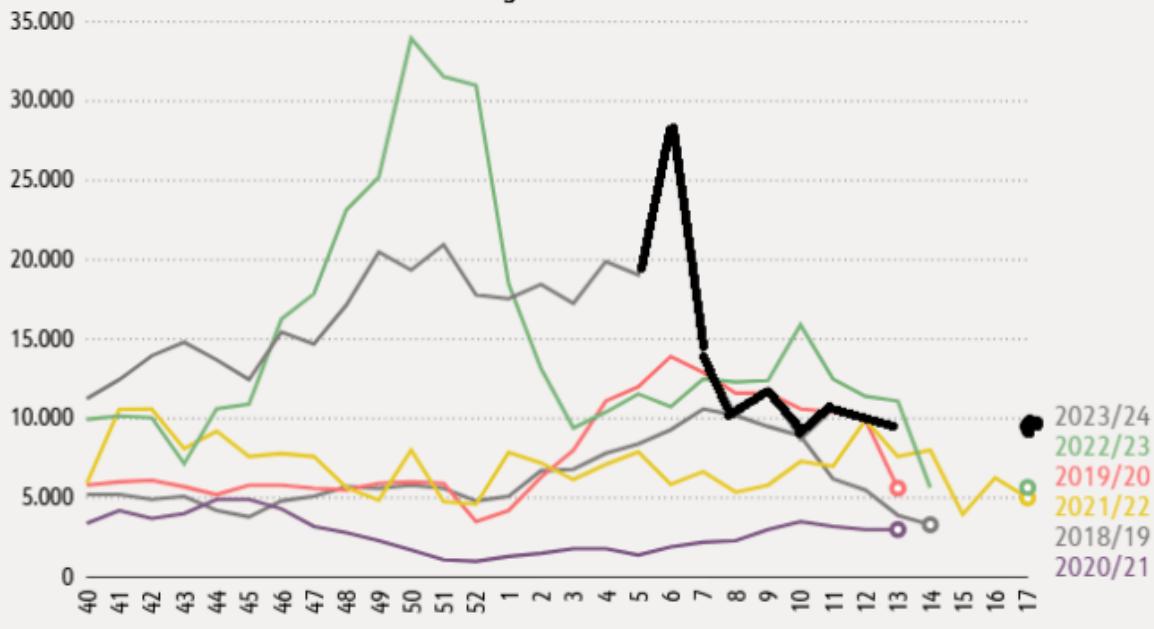
Die Sentineldata vom 31.03.24 stützen diese Einschätzung – seit etwa Mitte Februar 2024 wird SARS-CoV2 kaum noch nachgewiesen (unter 2% der Proben bei sinkender Probenzahl insgesamt).

Beim Grippemeldedienst von Wien befanden wir uns Ende März immer noch überdurchschnittlich hoch, gleich unter der starken Saison 2022/2023.

Grippemeldedienst der Stadt Wien - Saisonvergleich

Hochgerechnete grippale Infekte und Grippeerkrankungen in Wien

13. Kalenderwoche - 9.500 Neuerkrankungen

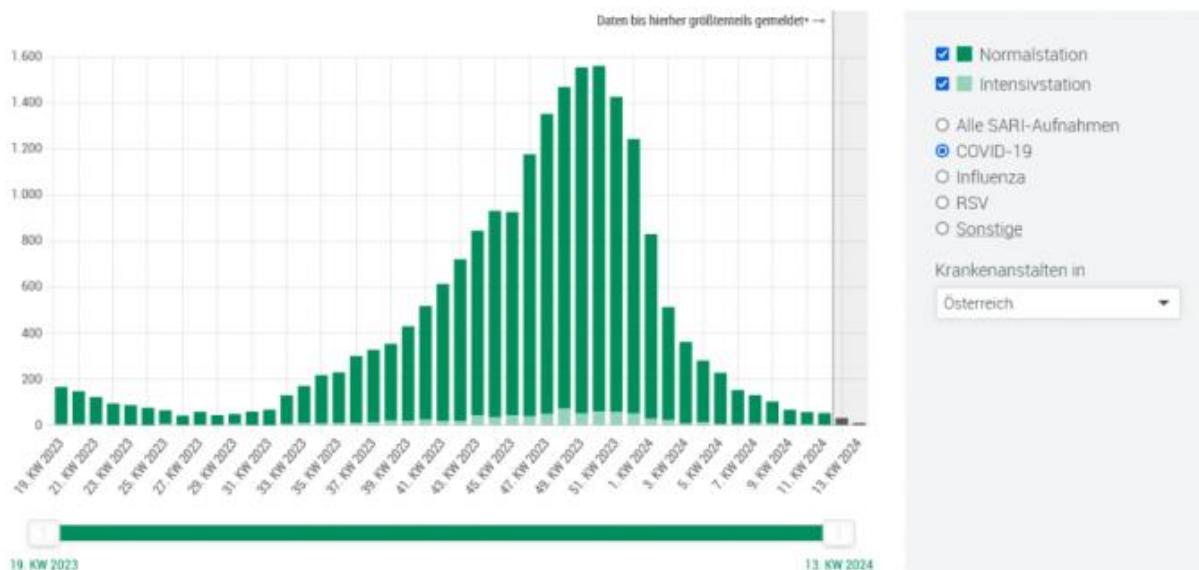


Stadt Wien LSD-MA 15 | ::

Kalenderwoche 13 – 25.-31.03.24 – grippale Infekte (inkl. Covid) und echte Grippe, Hochrechnungen der Stadt Wien, Datenquelle: [Stadt Wien](#), gemeinsam mit den niedrigen Abwasserinzidenzen spricht einiges dafür, dass die vielen Fälle Ende März 2024 überwiegend durch Rhinoviren, Influenzaviren und Parainfluenzaviren verursacht wurden, nicht durch SARS-CoV2.

Hospitalisierung mit SARS-CoV2-Infektion

Das Diagramm zeigt die absolute Zahl der stationären Aufnahmen in Krankenanstalten mit schweren Atemwegsinfektionen im Wochenvergleich. Die Daten lassen sich nach Diagnose, Bundesland sowie Aufnahmestation filtern.



*Da laufend mit Korrekturen und Nachmeldungen zu rechnen ist, kann sich der Datenbestand noch verändern.

Quelle: Statistische Daten des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger

Aufnahme auf Normal- und Intensivstationen mit SARS-CoV2-Diagnose ab Mitte Mai 2023 bis Mitte März 2024. Die [SARI-Daten](#) der letzten 4 Wochen sind jeweils unvollständig, in der 9. Kalenderwoche lagen 65 Patienten auf der Normalstation und 3 Patienten auf der Intensivstation, tendenziell eine weitere Abnahme.

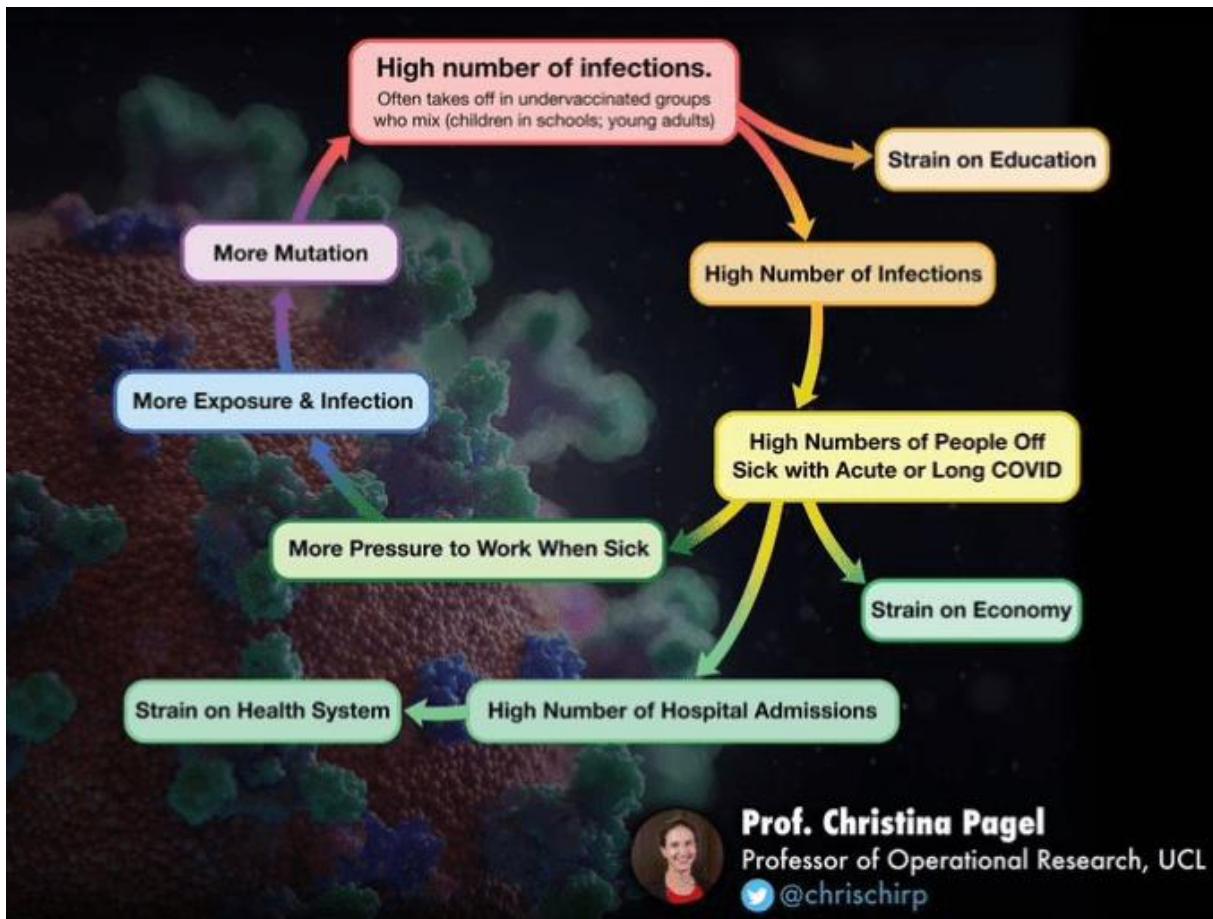
Das deckt sich auch mit den anekdotischen Schilderungen von Patienten und Spitalsärzten, demzufolge kaum noch SARS-CoV2 beobachtet werden.

In UK zeigen sich ganz ähnliche Trends, worauf auch Christina Pagel, Mitglied der Independent SAGE in ihrem [lesenswerten Blogartikel](#) hinweist. Ich stimme ihrer Grundaussage vollinhaltlich zu:

„So, while I alert people when there are signs of a new surge (most recently the JN.1 wave in December), I am also clear on when things are getting better or flat and low, like right now (see below).“

Wenn es Anzeichen einer neuen Welle gibt (vor kurzem JN.1 im Dezember), alarmiere ich die Leute. Ich sage aber auch klar, wenn die Situation besser wird oder die Zahlen niedrig sind wie derzeit – und da kann ich ihr nur beipflichten. In letzter Zeit häufen sich leider unsachliche Attacken auf Expertinnen und Experten, die sich in den letzten Jahren durch seriöse Einschätzungen und LongCOVID-Aufklärung einen Namen gemacht haben.

Von Pagel verwende ich z.B. schon länger ihre Darstellung des Teufelskreislaufs aus hohen Infektionszahlen und neuen Mutationen:

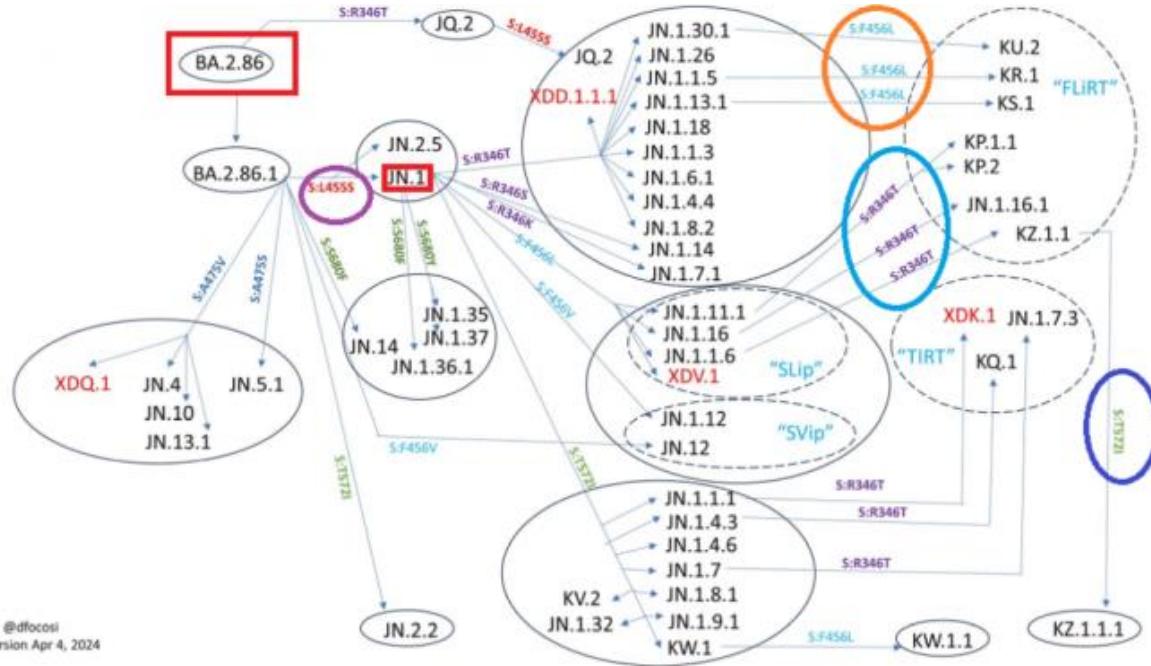


Verwendung im Menüpunkt Pandemiefolgen

Würde sich so eine Minimiserin äußern, die die Pandemiefolgen negiert? Nein. Das trifft ebenso auf Isabella Eckerle, Florian Krammer und andere zu, denen ich seit Beginn folge und denen man bisher keine groben Fehleinschätzungen vorwerfen konnte.

Es ist daher sehr wohl legitim zu sagen: Wir haben derzeit eine ruhigere SARS-CoV2-Phase. Die Werte sind nicht bei Null, das werden sie nie mehr sein, aber sie sind so niedrig, dass andere Viruserkrankungen derzeit im Vordergrund stehen, allen voran die Masern, aber auch Keuchhusten und vielleicht in näherer Zukunft die Vogelgrippe.

Ich checke täglich oder alle zwei Tage den Stand der Variantenentwicklung. Da zeigen sich immer mal wieder potentiell gefährliche Varianten, die eine neue Welle auslösen können. Die meisten von ihnen erwerben aber nicht genügend neue Mutationen, um sich einen deutlichen Wachstumsvorteil gegenüber den bestehenden Varianten zu verschaffen.



Konvergente Varianten, die in der Folge von JN.1 entstehen – mit der Zeit sammeln alle dieselben Escape-Mutationen auf, vor allem F456L und R346T („FLiRT“) und T572I (KZ.1.1.1 ist die erste Variante, die alle drei Mutationen vereint), Stand [04. April 2024](#)

Daher kann ich zum jetzigen Zeitpunkt nur die Empfehlung geben, die Pause von SARS-CoV2-Infektionen zu nutzen und all das zu tun, was man in den letzten Jahren aufgrund der ständig hohen Infektionszahlen nicht machen konnte oder wollte. Die FLiRT-Varianten werden wahrscheinlich Wiederanstiege verursachen, aber unklar ist, wie hoch diese Welle werden kann. Finnland ist derzeit das einzige Land mit einem klaren Aufwärtssignal diesbezüglich. In Bayern gibt es zunehmend steigende Zahlen, aber auf niedrigem Niveau.

Ein großer Unsicherheitsfaktor bleibt die EM 2024 in Deutschland Mitte Juni, sowie natürlich gänzlich andere Varianten mit Wachstumsvorteil, die sich durch die weltweit sinkende Sequenzierrate unbemerkt ausbreiten. Aber zum jetzigen Zeitpunkt kann ich nicht Wolf schreien, wenn ich keine Wölfe sehe.

Man darf ruhigen Gewissens davon ausgehen, dass ich zur Vorsicht mahne, wenn es wieder nach oben geht.

Das Engagement für LongCovid/MECFS-Betroffene und für mehr Lufthygiene bleibt davon unbeeinflusst. Das ist weiterhin sinnvoll und richtig. Die Betroffenen verschwinden ja nicht, weil gerade kaum SARS-CoV2 zirkuliert.

Faktencheck Leitartikel Kurier, 13.04.24

April 15, 2024 / CitizenJournalist / Keine Kommentare / Bearbeiten

Die Chefredakteurin vom Kurier, Martina Salomon titelte in ihrem Leitartikel „Ein Phantomschmerz ist geblieben“. Insgesamt strotzt der Artikel nur so von gemischten Botschaften. Scheinbar liest er sich als Kritik an der FPÖ, aber tatsächlich liefert sie eine Aussage nach der anderen, die einfach nicht den wissenschaftlichen Tatsachen entspricht oder

bestimmte Ressentiments schürt, ohne Erklärungen zu liefern. Faktenchecks sind seit der Pandemie durch „die einen sagen das, die anderen das“ relativ zahnlos geworden. Ich glaube auch nicht, dass diese Klarstellung hier irgendwem überzeugen wird, dass es anders ist als er denkt, aber es schadet nicht, dem Pandemie-Revisionismus wieder einmal mit Entschlossenheit entgegenzutreten. Folgender Faktencheck ist als Truth Sandwich angelegt:

Fakt: Die Schulschließungen waren die effektivste Maßnahme, um die Fallzahlen niedrig zu halten und viele Opfer zu verhindern. Sie dienten außerdem als Schutz für die Kinder selbst.

Behauptung: „*Die gesperrten Schulen wären natürlich eine Zumutung gewesen.*“

Es gab einen großen Widerstand gegen geschlossene Schulen aus einer Vielzahl von Gründen: Es wurde frühzeitig behauptet, dass Kinder keine Rolle spielen würden für Übertragung und selbst nicht schwer erkranken könnten. Es gab kaum begleitende Maßnahmen, die soziale und finanzielle Krisen abgefedert hätten. Weder erhöhter Kündigungsschutz bei vermehrt notwendigen Pflegefreistellungen noch finanzielle Hilfen für prekär Arbeitende bzw. beengte Wohnverhältnisse. Es fehlte die technische Ausstattung für Fernunterricht, es mangelte schon vor der Pandemie an Sozialarbeitern und psychologischer Betreuung. Es gab viel Leistungsdruck und die Befürchtung „uneinholbarer Bildungsverluste“. Pisa zeigt, dass sich diese insgesamt nicht bewahrheitet haben.

Eine Zumutung sind bis heute für viele Familien ausfallende Unterrichtsstunden, weil entweder die Kinder oder die Lehrer krank sind. Eine Zumutung ist die hohe Zahl an Halb- und Vollwaisen ebenso wie die anfangs hohe Zahl an MISC-Betroffenen bei Kindern. Eine Zumutung sind die an LongCOVID erkrankten Kinder und deren Angehörige, die sich nicht schützen können, wenn das Kind aus der Schule das Virus nach Hause bringt – das gilt auch für andere Viren.

Fakt: Die Impfung schützte nicht nur vor schweren Verläufen und Tod, sondern auch vor Ansteckung und Weitergabe. Mit dem Verlauf der Pandemie hat sich der Schutz aber verändert. Der Hauptgrund dafür sind die Virusvarianten.

Behauptung: „*Es hätte Irrwege und Irrglauben gegeben wie das Versprechen, dass die Impfung vor Ansteckung und Weitergabe schützen würde. Dabei sei das falsch gewesen und sie hätte wahrscheinlich nur vor schweren Verläufen geschützt.*“

Das ist definitiv falsch. Voraussetzung für die Impfstoffzulassung war damals, dass die Impfung die Wahrscheinlichkeit für symptomatische Erkrankung (unabhängig von der Verlaufsschwere) um 50% verringern sollte. Das wurde nicht nur erreicht, sondern bei weitem übertroffen. Die ersten mRNA-Impfstoffe erzielten um 95% Impfwirksamkeit gegen Erkrankung, ebenso zeigten zahlreiche Studien eine Verringerung der Weitergabe. Wir erinnern uns an den Ost-Lockdown und die erste Impfkampagne. Die zweifache Impfung reichte aus, um die Alpha-Welle (Britische Variante) signifikant zu drücken und bescherte einen „ruhigen“ Frühsommer 2021, ehe die Delta-Welle dank nachgeholtener EM und zu früh gelockerter Schutzmaßnahmen an Fahrt aufnahm. Spätere Studien haben gezeigt, dass selbst „eine Dosis irgendeines Corona-Impfstoffs“ ausreichte, um das Übertragungsrisiko etwas zu senken. Das galt auch für Omicron-Varianten und auch für JN.1. Die aktuelle Forschung hat die Reduktion der Impfwirksamkeit gegen Ansteckung und Übertragung ebenso kommuniziert wie die begrenzte Dauer generell, weil der Impfschutz mit der Zeit abnimmt

wie bei fast allen anderen Impfstoffen auch. Die Politik wollte dies aber nicht wahrhaben, weil es dem Narrativ „Die Impfung beendet die Pandemie“ widersprochen hat.

Mit dreifacher Impfung war der Schutz vor Delta noch hoch, erst ab Omicron war er sich deutlich verringert. Daher war der „Lockdown für Ungeimpfte“ ebenso ein Fehler wie 2G/3G-Regeln, die Geimpfte scheinbar aus dem Infektionsgeschehen herausnahmen.

Fakt: Pandemieleugner wie Sönnichsen oder Bhakdi wurden völlig berechtigt vom Universitätsbetrieb ausgeschlossen bzw. haben diese sich – ohnehin nur in wenigen Fällen – explizit distanziert.

Behauptung: *Die Universitäten hätten Kritiker unerbittlich gecancelt, als ob begründete Zweifel nicht Voraussetzung jeder Wissenschaft wären.*

Von Sönnichsen und CO kamen keine begründeten Zweifel, sondern luppenreine Leugnung von Daten und Fakten. So wie Bhakdi jetzt behauptet, es würde keine Belege für die Wirksamkeit der Polio-Impfung geben. Sönnichsen leugnete die Wirksamkeit der Impfung und forderte frühzeitig ein Ende der Maßnahmen, während monatelang weltweit die Pandemie wütete und Millionen von Menschen starben. Begründete Zweifel? Nein.

Fakt: Schweden und Österreich sind direkt nicht vergleichbar.

Behauptung: *Am Ende hätte Schweden weniger soziale Isolation und eine geringere Übersterblichkeit als Österreich gehabt.*

Das entbehrt nicht einer gewissen Ironie, denn 2016 hatte laut Eurostat-Daten Schweden EU-weit die meisten Single-Haushalte mit 51,8%. Österreich rangiert bei 37%. Im Sommer 2020 hatte Schweden bereits [strenge Maßnahmen](#) als Österreich. Schwedische Altenheimbewohner wurden nicht nur „nicht extra geschützt“, wie Salomon beschönigend schreibt, [sondern mit Morphium euthanisiert](#). Im Gegensatz zu Österreich gibt es in Schweden eine schonungslose wissenschaftliche Aufarbeitung ([Brusselaers et al. 2022](#)).

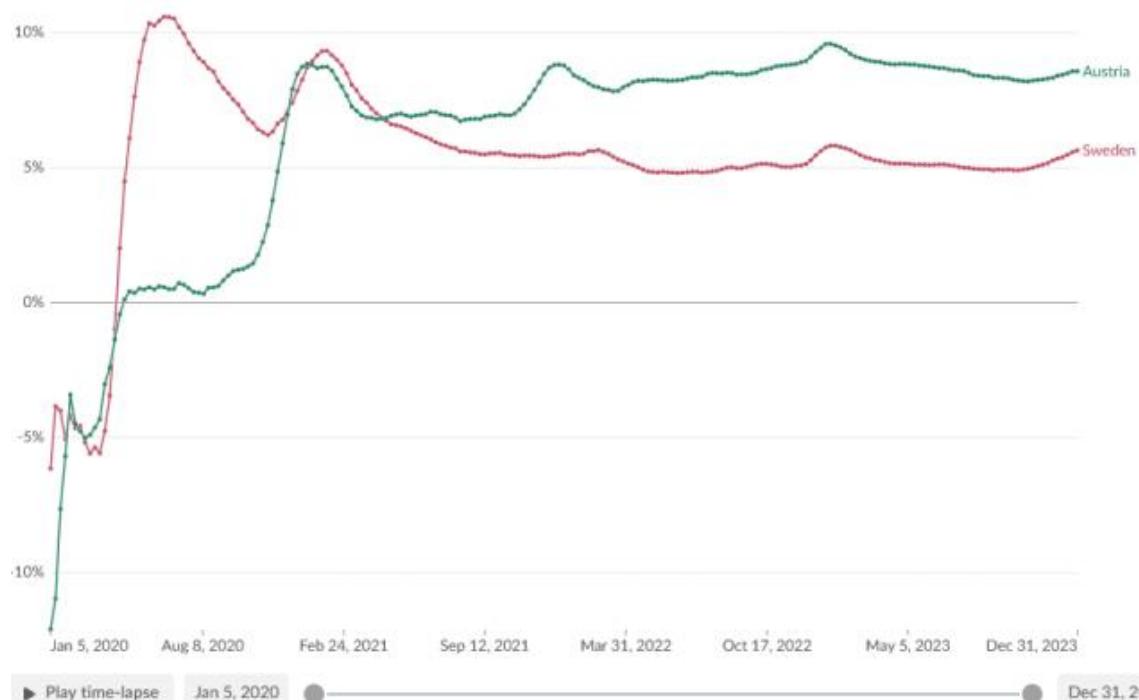
Cumulative confirmed COVID-19 deaths per million people

Due to varying protocols and challenges in the attribution of the cause of death, the number of confirmed deaths may not accurately represent the true number of deaths caused by COVID-19.

Our World
In Data



Gesamt-Todesfälle mit PCR bestätigt in Österreich und Schweden pro Million Einwohner, Österreich erfasst seit Juli 2023 keine Covid-Toten mehr



Geringere Übersterblichkeit in Schweden, aber immer noch über 5% und das sehr konstant.

In der [Seuchenkolumne von Epidemiologe Zangerle](#) erfährt man jedoch, dass die Übersterblichkeit ein hochkomplexer Gradmesser ist und die Länder untereinander nicht ohne zahlreiche Einschränkungen vergleichbar sind.

Hinzu kommt natürlich auch in Schweden die hohe Zahl an LongCOVID-Betroffenen, die bei Solomon naturgemäß unter den Tisch fallen.

Fakt: Der Großteil der infizierten Patienten ist direkt an COVID-19 als Todesursache verstorben.

Behauptung: *Es sei vielleicht ein Problem der statistischen Methode, weil bei uns jeder als Corona-Sterbefall gezählt worden wäre, selbst wenn eine andere, schwere Grunderkrankung vorgelegen hätte.*

Ein klassisches Pandemieleugner-„Argument“, das Solomon hier im Brustton der Überzeugung vorträgt. Im ersten Bericht des deutschen Autopsie-Registers stellte man fest, dass 86% aller Todesfälle direkt auf COVID-19 zurückzuführen waren. Die häufigste Ursache war eine Schädigung der Lungenbläschen, gefolgt von Multiorganversagen ([Stillfried et al. 2022](#)). Eine [Analyse der Spitalsauslastung in Österreich ergab](#) 2023, dass der Großteil „wegen“ und nicht „mit“ Corona im Spital lag. Das ist aber nicht alles. Die Mehrheit der Todesfälle ereignet sich gar nicht im Krankenhaus, sondern außerhalb ([Ferro and Riganti 2024](#)). Eine zufällig festgestellte Infektion ist kein harmloser Nebenbefund, sondern kann Grunderkrankungen verschlechtern und zu Komplikation während und nach Operationen führen. Erhöht ist zudem die Sterblichkeit derer, die sich im Spital infizieren.

Pikantes Detail am Rande: Die Todesfälle in Österreich werden auch deswegen seit Ende der Meldepflicht nicht mehr erfasst, weil: „*Todesfälle seien häufig eine Folge verschiedener Faktoren und würden daher „voraussichtlich“ nicht veröffentlicht, hieß es aus dem Gesundheitsministerium zur APA. Das Ministerium verweise diesbezüglich auch auf die im Zuge der CoV-Pandemie geführten Debatte darüber, ob die nach einer Infektion Verstorbenen „an oder mit Covid gestorben“ seien.“* ([ORF-Meldung zum Ende der Meldepflicht](#), 30.06.23)

Dieser Schritt war nicht nur ein Kniefall vor Pandemieleugnern, sondern verhindert auch, weiterhin Risikofaktoren für bestimmte Patienten- oder Berufsgruppen zu erforschen, um diese besser schützen zu können. Zudem würde sich anhand der Todesfälle noch besser auf die ungefähre Inzidenz zurückrechnen lassen.

Fakt: Es war keine Panik, wenn man Sterbefälle unabhängig von Vorerkrankungen zählte.

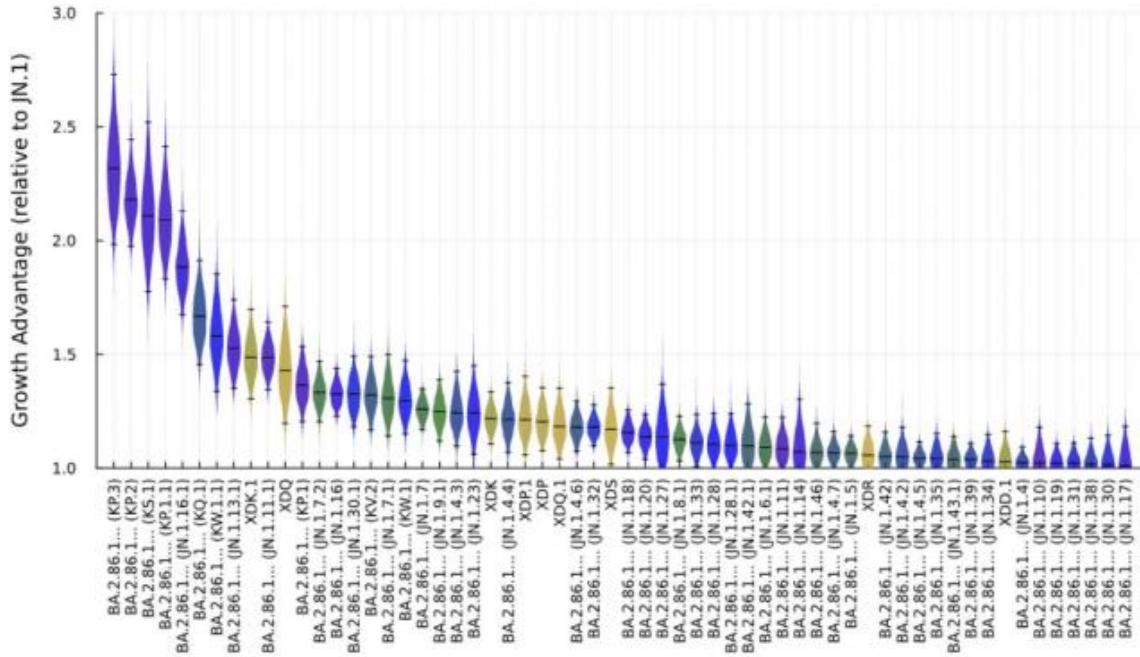
Behauptung: *Im Rückblick sei man weiser. Es hätte Irrtümer gegeben, die in der Panik passiert wären. Das könne die Regierung ruhig zugeben.*

Todesfälle schwächer zu gewichten, wenn es sich um „Vorerkrankte“ handelt, ist eine zutiefst inhumane, moralisch und medizinethisch verwerfliche Grunderhaltung. So rechtfertigte man im Nationalsozialismus Eugenik. Es ist daher kein Irrtum gewesen, COVID-19 unabhängig von Grunderkrankungen als Todesursache ausweisen, weil jedes einzelne Menschenleben zählt. Es gab keine Panik, sondern vielfach das genaue Gegenteil, nämlich Verharmlosung und Desinformation in der Regierung. Anfangs gab es nur „tot oder genesen“, aber nichts dazwischen. Später unterschied man zwischen „Gesunden“ und „Vulnerablen“. Die

Regierung hat eine Menge Fehler gemacht ([Pandemieversagen](#)) und die [Risikokommunikation](#) war und ist ein Alptraum aus Public-Health-Sicht. Die angeführten Beispiele der Chefredakteurin zählen nicht dazu.

FLiRT-Varianten können eine (kleinere) Frühlingswelle verursachen

[April 27, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Keine Kommentare](#) / [Bearbeiten](#)



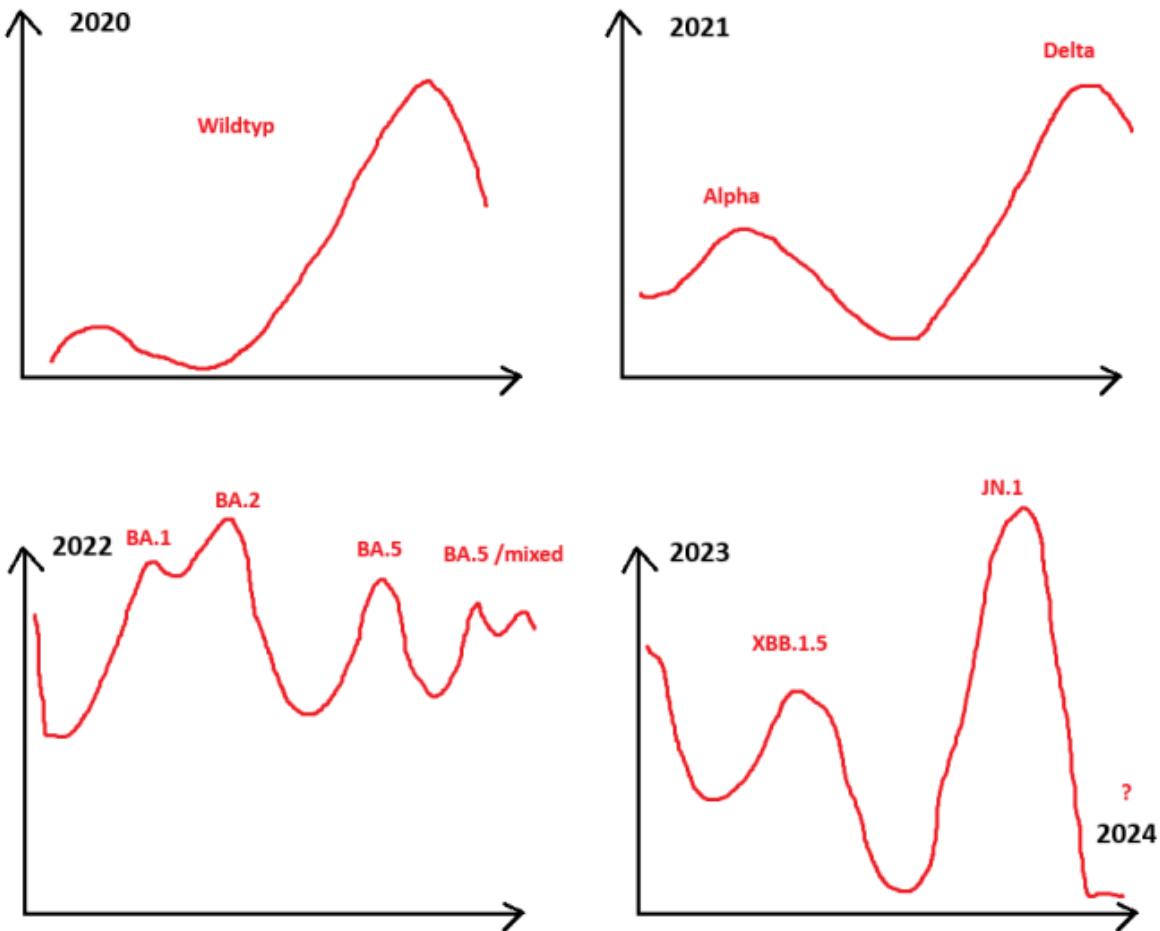
Wachstumsvorteile der FLiRT-Varianten relativ zu JN.1 ([Quelle](#)), Stand: 17.04.24 – KP.3 ist in der Größenordnung von JN.1 verglichen mit EG.5.1 (siehe unten), mehrere Varianten bleiben dicht auf den Fersen

Vorab – dass die mutmaßliche nächste Welle verhältnismäßig kleiner ausfallen dürfte als die JN.1-Welle sieht auch Eric Topol so in seinem letzten [Substack-Beitrag](#).

In der obigen Abbildung sieht man die Wachstumsvorteile relativ zu JN.1 von den zahlreichen Untervarianten, die aus JN.1 entstanden sind. An der Spitze liegen die sogenannten **FLiRT-Varianten** (F456L- und R346T-Mutationen im Spike-Protein). Von diesen führt derzeit **KP.3** (zusätzlich die Mutation **Q493E**, welche die Rezeptorbindung erhöhen soll), gefolgt von **KP.2** (zusätzlich die Mutation **V1104L**, deutlich weniger ACE2-Bindung als JN.1). Ihr Anteil ist mittlerweile auch im österreichischen Abwassermanagement nachweisbar, wenn auch auf niedrigem Niveau.

Wie sind wir beim Buchstaben K gelandet für neue Varianten?

Kurze Rekapitulation, was in den letzten Jahren so gewesen ist:



Handskeize über die letzten Pandemiejahre und dominierende Varianten, sehr sehr grobe skizzenhafte Darstellung, gültig für Österreich

Meine einfache Paint-Skizze soll anzeigen, dass jedes Pandemiejahr mit signifikanten Änderungen zum Vorjahr aufwarten kann. Im ersten Jahr dominierte der Wildtyp (an Weihnachten 2020 in UK streng genommen bereits Alpha) und löste zwei Wellen aus. Im zweiten Jahr dominierten Alpha und Delta, durchaus ähnlicher zweigipfliger Höhepunkt. Voreilige Zungen sprachen bereits von einem *saisonalen* Verlauf. Im dritten Jahr stellten die Omicron-Varianten alles auf den Kopf, in Erinnerung dürfte auch die Sommerwelle mit BA.5 sein. 2023 erinnerte dann wieder mehr den ersten beiden Pandemiejahren, aber XBB.1.5-Welle war früher (ich bin ein lausiger Zeichner), die JN.1-Welle später und dafür deutlich höher. 2024 lohnt noch keine eigene Grafik, weil wir seit dem Rückgang von JN.1 keine neuen Wellen mehr hatten. Nach J kommt K und daher haben wir jetzt K-Varianten.

Völlig planlos gehen wir jetzt aber nicht in die nächsten Wochen, denn letzte Woche sind gleich zwei Preprints zu den FLiRT-Varianten erschienen ([Kaku et al. 2024](#), [Jian et al. 2024](#)), die keine Überraschung zeigen, wenn man sich den Verlauf der Pandemie vor Augen führt:

- wer sich noch mit XBB-Varianten (2023) oder davor einmal angesteckt hat, und seitdem keinen XBB-Impfstoffbooster mehr erhalten hat, hat den schlechtesten Schutz gegen die neuen Varianten
- wer nur den XBB-Impfstoff erhalten hat, dürfte einen gewissen Schutz haben, aber wohl nurmehr einen schlechten Schutz vor Ansteckung

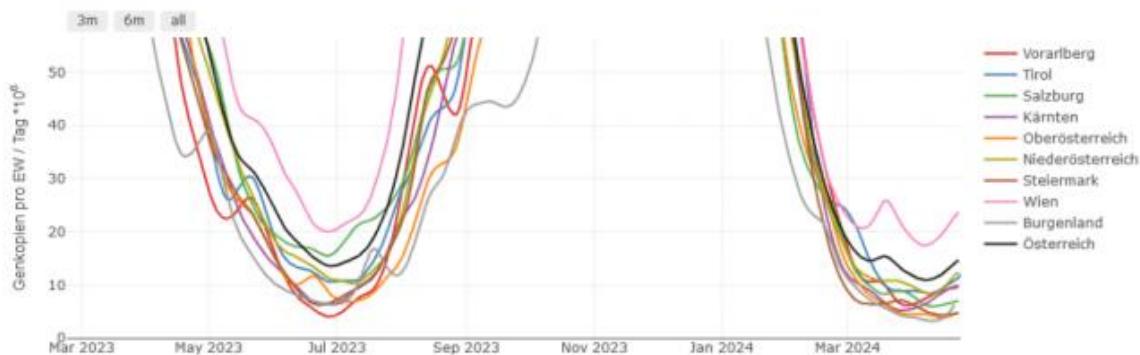
- wer sich in der letzten Winterwelle (JN.1.) infiziert hat, ist zwar gegen erneute JN.1-Infektion etwas besser geschützt, aber nicht unbedingt gegen die neuen Varianten

In anderen Ländern, etwa in Frankreich oder in den USA, wird schon längst dazu aufgerufen, dass zumindest Angehörige von Risikogruppen für einen schweren Akutverlauf über eine weitere (halbjährliche) Boosterimpfung mit XBB.1.5 nachdenken sollten, um in einer mutmaßlichen Frühlingswelle besser geschützt zu sein. Im dt.-sprachigen Raum ist das deutlich schwieriger geworden, überhaupt noch an eine Impfung zu kommen. Reinfektionen und LongCOVID/MECFS sind ein weiteres Thema, aber auch das ein Grund mehr, dass wir mehr auf Booster setzen sollten, da mit zunehmender Anzahl an Impfungen das Risiko von Langzeitfolgen abnimmt.

Am wahrscheinlichsten ist in meinen Augen das Szenario, das mit weiter zunehmenden Anteil der FLiRT-Varianten zumindest der Abwärtstrend im Abwasser in Österreich gestoppt wird bzw. leichte Wiederanstiege anhalten. Die FLiRT-Varianten sind von den Mutationen her noch relativ nah an der Muttervariante, unser Immunsystem kennt R346T z.B. von früheren Varianten, auch F456L ist schon aufgetreten. So gesehen alter Wein in neuen Schläuchen und eher eine kleinere Welle als ein riesiger Wellenberg. Stand heute, denn wir wissen nicht, ob einer weiteren Untervariante wieder so *Riesenwurf* wie JN.1 gelingt, mit einer einzigen Mutation (L455S). Aber auch dann muss diese potentielle Supervariante wieder einige Zeit zirkulieren und sich schlussendlich durchsetzen.

Vom Zeitraum sehe ich daher bis Pfingsten noch keinen Peak. Dann wirds aber interessant, weil die Fußball-EM von Mitte Juni bis Mitte Juli in Deutschland stattfinden wird. Im zweiten Pandemiejahr fungierte die nachgeholtene EM 2020 als Verteilerkreis für die Delta-Variante. Problematisch sind hier weniger die vollen Stadien (im Freien) als die gemeinsame An- und Abreise in Bussen und Fahrgemeinschaften, sowie das Vor- und Nachglühen im Gastgewerbe unter Begleitung von zu viel Alkohol. Ich weiß es ehrlich gesagt nicht, ob wir einen nennenswerten Impact durch die EM auf FLiRT- oder neue Varianten erwarten dürfen, aber im Hinterkopf behalten sollte man es einmal. Die meisten Spiele finden noch in der Schulzeit (Österreich) statt, erst die Finalrunde in den Sommerferien.

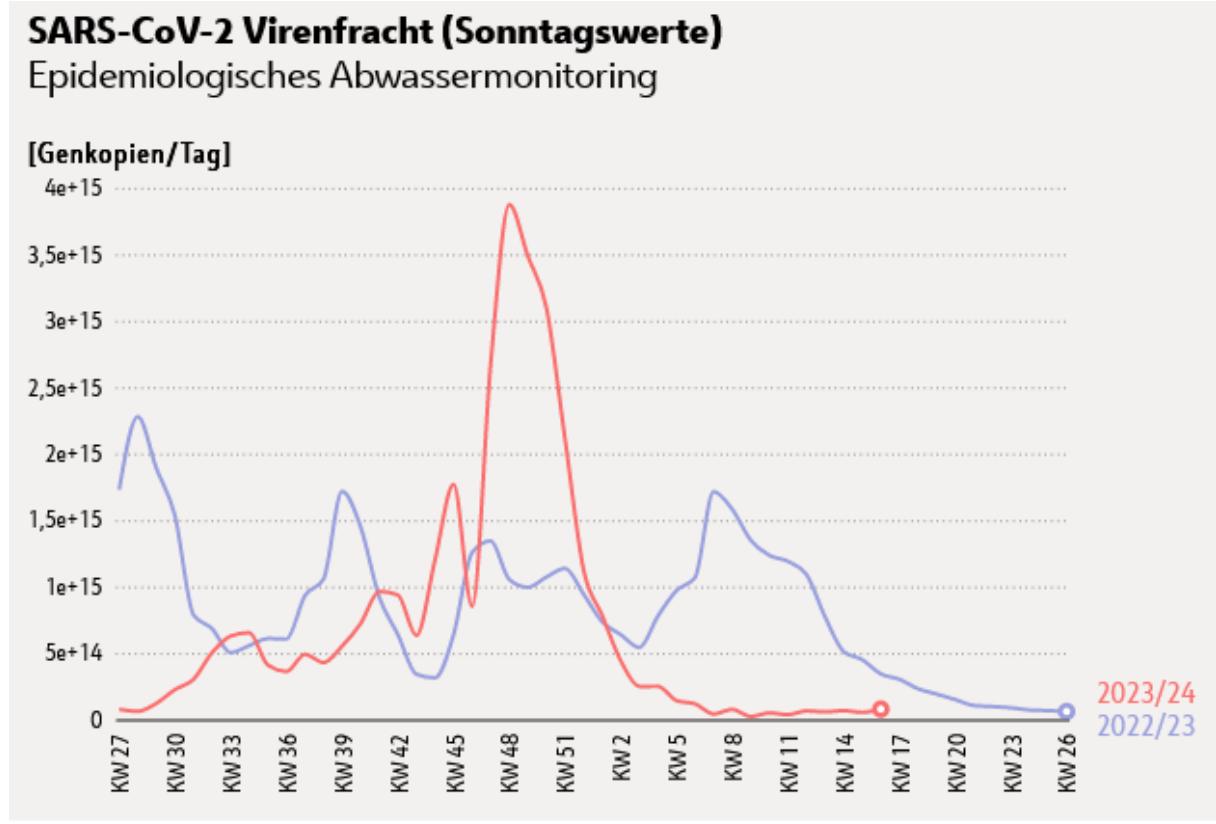
Personengewichtete Verläufe der Bundesländer (und gesamt Ö):



Aktuelle Abwasserinzidenzen, Stand vom 23. April 2024

In den aktuellen Abwasserwerten bewegen sich die Bundesländer-Inzidenzen ziemlich auf Höhe des letzten Sommerminimums. Bisher beobachtete Wiederanstiege sind von der Skala her auf niedrigem Niveau und dürften von der Wahrnehmung her kaum auffallen, bzw. bei

den anderen grassierenden Viren untergehen (v.a. Parainfluenza, Rhinoviren, Metapneumoviren).



CSI Abwasser
ebswien kläranlage & tierservice Ges.m.b.H. & TU Wien | ::

[Letzter Stand: Kalenderwoche 16](#)

In Wien sind die Werte ebenfalls *relativ* niedrig und weit entfernt von der Größenordnung der letzten Wellen. Die übelste Zeit ist die Rush Hour, immerhin sieht man da wenigstens ein paar mehr mit Maske.

Meine Empfehlung ist, die kommenden 7-10 Tage das milde Frühlingswetter zu nutzen. Erstens rechnen die Wettermodelle Anfang Mai womöglich die nächste deutliche Abkühlung von Norden, zweitens könnte die Frühlingswelle dann weiter Fahrt aufgenommen haben. Nutzen heißt hier: Viel draußen unternehmen, aber sich drinnen bewusst sein, dass das Infektionsrisiko momentan sehr gering ist bzgl. SARS-CoV2, wenn auch nicht zwangsläufig bzgl anderer Viren.*

Hätte ich jetzt noch Zeit und Muße, würde ich den Beitrag newsletterartig gestalten, denn Keuchhusten ist weiterhin ein Problem in Österreich, ebenso die Masern, und die News aus den USA bezüglich Vogelgrippevirus sind nicht erfreulich. Virusreste werden großflächig in der Milch gefunden, ist also viel weiter verbreitet in den Rindviechern als bisherige Meldungen Glauben machen wollten. Pasteurisierte Milch tötet jedoch zuverlässig jedes lebende Bakterien- und Virusgschnas ab. Aber Vogelgrippeexperten sind natürlich beunruhigt, und mit ein paar Mutationen in Säugetieren könnte uns die nächste Pandemie bevorstehen.

Aber leider hab ich für einen Newsletter keine Zeit mehr und verweise daher guten Gewissens auf folgende Fachblogs:

- [Christina Pagel](#) (english)
- [Dr. Ruths's Newsletter](#) (english)
- [Substack-Blog von Eric Topol](#) (english)
- [Substack-Blog von Wolfgang Hagen](#) (deutsch)

* z.B. Rhinoviren, die in der letzten Aprilwoche jede dritte viruspositive Probe im Sentinel-System ausmachten.

PS: CO2-Werte beeinflussen direkt die Übertragungswahrscheinlichkeit!

CO2-Werte in Innenräumen, die wir z.B. mit dem Aranet4 messen können, dienen schon länger als Proxy für die Luftqualität: Je höher die CO2-Werte, desto mehr und länger haben Menschen ausgeatmet und die Luft wurde nicht ausreichend abgeführt seitdem (z.B. Raumabluftanlage, Fenster und Türen öffnen). CO2-Werte sind aber nicht nur ein Indikator für die Luftqualität, sondern beeinflussen direkt die Übertragung virusbeladener Aerosole!

Erste Untersuchungen haben ergeben, dass 90% der anfänglichen Viruslast in der Luft nach zwanzig Minuten bereits inaktiviert wurde ([Oswin et al. 2022](#)). Maßgeblichen Einfluss auf die Stabilität von virusbeladenen Aerosolen hat der Säuregehalt ([Haddrell et al. 2023](#)). Jetzt hat man den Einfluss von CO2-Werten in der Umgebung direkt nachweisen können ([Haddrell et al. 2024](#)).

Beim Ausatmen verdunstet Bicarbonat im virusbeladenen Aerosol. Die Säure verringert sich, wodurch der pH-Wert innerhalb von Sekunden stark ansteigt. Das Virus ist sehr empfindlich auf pH-Werte über 10 und zerfällt dann schnell. Jede kleinste Änderung in diesem Bereich wirkt sich auf die Stabilität des Virus-Aerosols aus. Erhöhte Kohlendioxid-Konzentrationen in der Umgebung bremsen die Zerfallsrate. Wenn sie länger erhöht bleiben, ist noch viel mehr infektiöses Virus in der Luft enthalten (bis zu zehnfache Menge) als bei niedrigen CO2-Werten.

Quintessenz: Hohe CO2-Werte sind nicht nur schlecht für Konzentrationsfähigkeit und Denkvermögen, sondern begünstigen auch die Übertragung von SARS-CoV2, da sie ein Milieu erzeugen, das das Virus länger und in größeren Mengen in der Luft schweben lässt.

Ein weiterer Grund, weshalb man primär hohe CO2-Werte aus Räumen entfernen sollte, denn mit Luftreinigern bleibt das Problem mit dem Denkvermögen bestehen. Luftreiniger holen aber das Virus (bzw. alle möglichen Viren, Bakterien, Allergene) aus der Luft, und so kann trotz hohen CO2-Werten das Ansteckungsrisiko gering sein. Am effektivsten ist eine Kombination aus beidem: Regelmäßig lüften und Luftreiniger laufen lassen – so wird auch die zugeführte Frischluft gefiltert.

Eine Hiobsbotschaft bleibt laut den Autoren aber über: Die CO2-Konzentrationen steigen durch die anthropogene Freisetzung weltweit auch im Freien an. Das erhöht die Virusstabilität im Freien und kann langfristig die Übertragung unter verschiedenen Spezies und auf den Menschen (neue Pandemie?) begünstigen.

Internationaler MECFS-Tag: Hoffnung, aber auch heiße Luft

[Mai 12, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Keine Kommentare](#) / [Bearbeiten](#)

„In so einer lebensbedrohlichen Situation, wo sich alles auf das eigene Überleben verengt, hast du null Verständnis für alles, was außerhalb stattfindet. Trotzdem kann ich die Maßnahmenplanung nicht ausschließlich daran ausrichten, was für die am meisten gefährdete Gruppe gerade notwendig ist. Ich bin schon jemand, der darauf schaut, auch Vorsicht walten zu lassen. Aber Gesundheit in meiner Welt ist nicht nur die Abwesenheit von Covid.“

Gesundheitsminister Rauch im standard, 10. März 2022



Wolfgang Mueckstein
@WolfgangMueckst

...

Am 12. Mai möchte ich auf ME/CFS & die unzureichende medizinische & soziale Versorgung der Betroffenen aufmerksam machen. Das chronische Erschöpfungssyndrom führt bei vielen Betroffenen zu Arbeitsunfähigkeit, Isolation & Pflegebedarf. Ruhe bringt dabei keine Verbesserung. (1/2)



Foto: BMGPK / Marcel Kuhaneck

4:22 nachm. - 12. Mai 2021



Im Gegensatz zu den letzten Jahren findet nun auch über die österreichische Presseagentur (APA), in den ORF-Journalen, in den ORF-Nachrichten sowie auch in den Regionalzeitungen Berichterstattung zu MECFS und Long COVID in umfangreichen Ausmaß und vor allem regelmäßig statt. Das lässt gewisse Hoffnungsschimmer erkennen, dass es vielleicht in näherer Zukunft einmal zu einem Umdenken kommt. Heute am Internationalen MECFS-Tag gab es eine große Demonstration am Heldenplatz in Wien. Betroffene, Patientenvereine und Spezialisten für diese schwere neuroimmunologische Erkrankung fordern [Taten statt nur Gerede](#).

Rückblick auf das zweite Pandemiejahr

Wir erinnern uns: Kurz nach seinem Antritt als neuer Gesundheitsminister ließ sich der Allgemeinarzt Wolfgang Mückstein am Int. MECFS-Tag 2021 im MECFS-Leiberl für Social Media ablichten, wo er bereits auf den Versorgungsmangel hinwies. Es war aber auch Mückstein, der bereits mit Amtsantritt gebetsmühlenartig wiederholte, seine Aufgabe sei es, dafür zu sorgen, dass keine Überlastung der Intensivstationen eintritt durch SARS-CoV2. Und so sah sein Handeln auch aus. Es gab die weitreichenden Lockerungen in die Delta-Welle hinein, die 3G-Regeln, welche Schulkinder weitgehend von Testverpflichtungen ausnahm. Kinder und Jugendliche dienten unter Mückstein als Infektionsradar für die „Pandemie der Erwachsenen“, um ihren Schutz und den ihrer Eltern ging es nie. Über Monate hinweg war Long COVID für das grüne Gesundheitsministerium kein Thema. Mit der Zulassung der

Impfung für Kinder unter 12 Jahren im November 2021, bereits tief in der Delta-Welle und mehrere Wochen nach Schulbeginn, themisierte Mückstein plötzlich Long COVID bei Kindern, wohl, um anzuregen, die Kinder auch zu impfen. Man hätte das Thema aber über längere Zeit regelmäßig und seriös aufgearbeitet anbringen müssen, statt eine Eintagsfliege daraus zu machen. Mücksteins Kurzzeitengagement ging im erneuten Lockdown unter und zerschellte dann an den Versuchen, eine Impfpflicht einzuführen.

Eine Petition von Patientenvertretern ließ Mückstein im Februar 2022 noch so beantworten:

„Zur Diagnose ist festzuhalten, dass es sich bei CFS weniger um ein präzise definiertes Erkrankungsbild, sondern um einen Symptomkomplex ohne klare biologischen Marker und somit um eine (a priori zeitaufwändige) Ausschlussdiagnose handelt.“

https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVII/SPET/550/imfname_1422549.pdf

Das stimmt so nicht. Es gibt anerkannte Diagnosekriterien nach dem Institute of Medicine (IOM) und den Kanada-Konsenskriterien (CCC). Leitsymptom ist die Belastungsinterolanz (PEM), die mindestens 14 Stunden anhält – mittlerweile zeigen übrigens mehrere Studien klar nachweisbare Muskelschäden bei MECFS- und LongCOVID-PatientInnen (z.B. [Petter et al. 2022](#), [Appelman et al. 2024](#), [Bizjak et al. 2024](#)). Was der Zusatz zeitaufwändig hier aussagen will, bleibt unklar. Will man sich nicht mit diesen Patienten beschäftigen, weil es aufwendig ist, eine Diagnose zu stellen? Offenbar sind sie im System nicht vorgesehen, schon gar nicht mit Anlaufstelle (Kassen-) Hausarzt. MECFS diagnostiziert man nicht in fünf Minuten.

„*Unser ambulantes öffentliches System ist auf Masse statt Qualität und Gesundheitsbedürfnisse aufgebaut.*“ schrieb @docpsilon damals.

und

„Derzeit ist der Aufbau spezifischer medizinischer Behandlungs- und Versorgungsstrukturen inklusive Finanzierung von öffentlichen Anlaufstellen zur Diagnosestellung des CFS nicht vorgesehen und erscheint auch nicht als primär zielführend. Vielmehr sollten bei einer derartig heterogenen klinischen Situation die **bereits bestehenden, spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen** genutzt werden, die über Erfahrung in der Behandlung der vorherrschenden klinischen Problematik (**z.B. Lunge oder Stütz- und Bewegungsapparat**) verfügen. Der von den Rehabilitationseinrichtungen verfolgte multidisziplinäre und multimodale Behandlungszugang kommt der Situation bei Erschöpfungszuständen (unabhängig von ihrer Ursache) zudem weiters entgegen.“

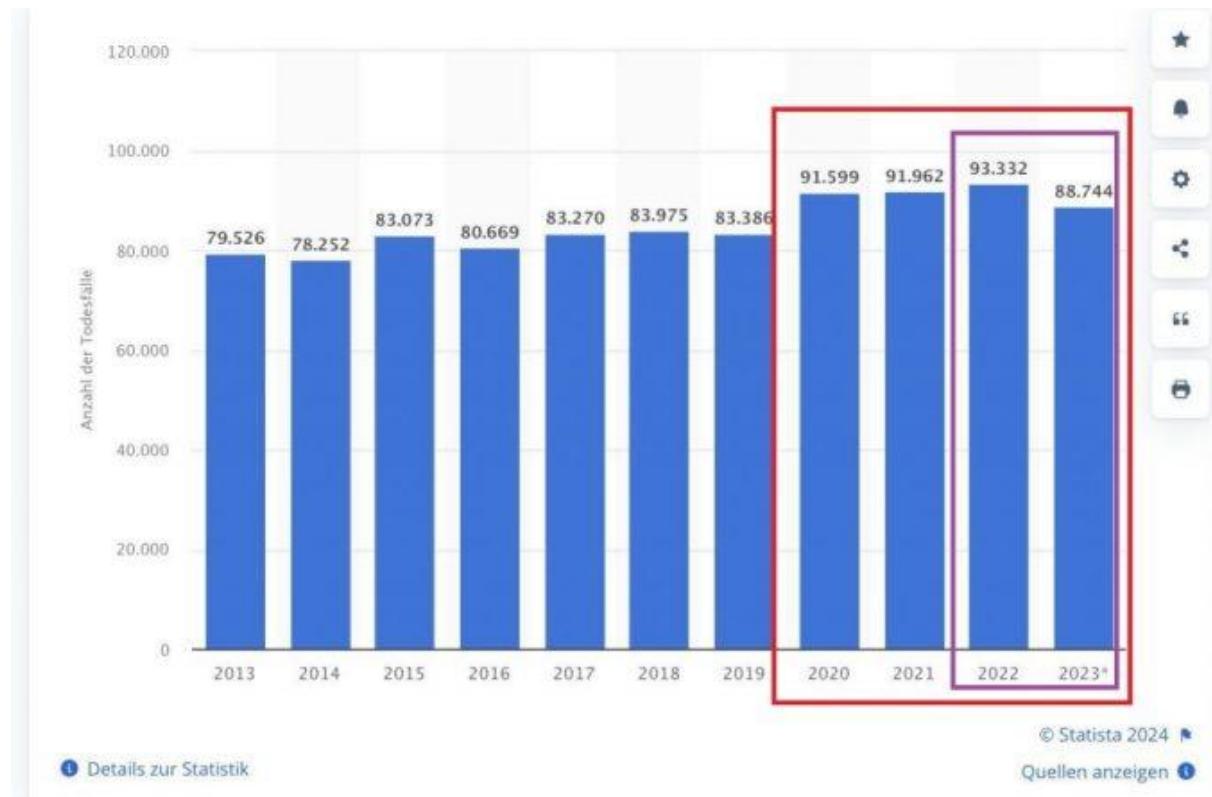
Die Antwort zeigte, dass die Autoren das Leitsymptom PEM von MECFS nicht verstanden hatten. Was hier beschrieben wird, ist aktivierende Rehabilitation, z.B. nach einem schweren Virusverlauf mit Lungenbeteiligung oder längerem Intensivstationsaufenthalt mit Beatmung, sowie Reha nach Dekonditionierung (längerer Bettlägerigkeit), um wieder zu Kräften zu kommen. Beim Krankheitsbild MECFS mit PEM ist körperliche Aktivität jedoch [absolut kontraproduktiv](#).

Ab März 2022

Seit damals ist viel passiert – es gab neue, verbesserte Leitlinien zu Long COVID und auch zu MECFS, auch dank des Engagements von Professor Kathryn Hoffmann als [Leiterin der Abteilung für Primary Care Medicine](#).

Mit der Ablöse von Mückstein durch Gesundheitsminister Rauch ab März 2022 kehrte ein Politikprofi zurück, an dem jegliche Kritik wie an einer Teflonbeschichtung abprallte. Rauch blockierte MECFS-Betroffene auf Twitter und ließ mehrfach ausrichten, dass für ihn nicht „die am meisten gefährdete Gruppe“ zählen würde, wenn es um Schutzmaßnahmen während einer Pandemie ginge – das waren nach damaligen und leider auch heutigem Politikerverständnis die „Hochvulnerablen“, also vor allem ältere Menschen, die mehrfachen Äußerungen zufolge, in Alten- und Pflegeheimen oder im Spital zuhause waren. Ignoriert wurden all jene „Vulnerable“, die mitten im erwerbsfähigen Leben stehen einschließlich immungeschwächter oder herzkranker Kinder, denen die Teilhabe verwehrt wurde. Schon damals zählten aber zu den Vulnerablen auch MECFS-Betroffene und deren Angehörige, die alle Hebel in Bewegung setzen mussten, weitere Infektionen zu vermeiden. Auch pflegende Angehörige durften keinesfalls schwer oder chronisch erkranken, denn wer sollte außer ihnen die Pflege übernehmen.

Über Rauch habe ich bereits ein [umfangreiches Porträt verfasst](#) und werde das nicht wiederkauen – es reicht zu sagen, dass in der Ära Rauch mit zahlreichen Lügen und Verharmlosungen alle Schutzmaßnahmen abgeschafft wurden, die Impfrate bei SARS-CoV2 in mariannengrabenartige Tiefen sank, Paxlovid bei Infektionsspitzen nicht verfügbar war und zum Schluss der Zugang selbst zu kostenlosen Schnelltests erschwert wurde. Die Pandemie wurde mehrfach beendet, aber der eigentliche Fehler war, von „nach Corona“ zu sprechen, was ein fundamentaler Paradigmenwechsel zu „wir müssen mit Corona leben“ davor war. Arbeitskreise, die teilweise im Bildungsministerium angesiedelt sind, blockierten die Anschaffung von Luftreinigern, die immer sinnvoll sind, weil in vielen Klassenräumen Fensterlüftung kaum ausreicht oder umsetzbar ist.



Todesstatistik 2013 bis 2023, Quelle: Statista 2024

Im ersten Jahr von Gesundheitsminister Rauch gab es die meisten Todesfälle der Pandemie – das war in der „Omicron ist mild“- und „für junge, gesunde Menschen ist das Virus harmlos“-

Zeit. Viele junge, zuvor gesunde Menschen sind in dieser Zeit schwer und chronisch erkrankt. Der damalige Wildtyp-Impfstoff konnte eine Ansteckung nicht verhindern und die Omicron-Varianten konnten das Immunsystem so gut umgehen, dass auch eine dreimalige Impfung nicht ausreichend vor Long COVID schützte. Selbst 2023 gab es immer noch eine messbare Übersterblichkeit, vor allem durch die JN.1-Welle zu Jahresende.

Prof. Karl Lauterbach ✅
@Karl_Lauterbach

Meine Rede zu Betroffenen #ME/CFS in Berlin. ME/CFS muss aus Tabuzone. Ärzte müssen Schwere der Erkrankung und Behandlung endlich kennen. Forschung schieben wir jetzt an, Industrie tut viel zu wenig. Politik will von COVID nichts mehr hören. Das ist falsch. Niemand bleibt zurück!



3:24 nachm. - 11. Mai 2024

Die Gesundheitsminister spazten es wie Pfeifen von den Dächern, aber darunter ist viel heiße Luft. „Niemand bleibt zurück“ my ass.

Obwohl die Lebensqualität unter jener von MS-Patienten liegt, gibt es keine Anlaufstellen für MECFS in Österreich. Ärzte nehmen MECFS-Patienten vor allem als „schwierig“ wahr ([Habermann-Horstmeier et al. 2023](#), 549 Patienten berichten über ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen) – Frauen werden häufiger nicht ernstgenommen als Männer ([Habermann-Horstmeier und Horstmeier 2024](#)), in der Schweiz sprechen 90,5% der befragten MECFS-Patienten nicht über ihre Krankheit, weil ihnen niemand glaubt, die Krankheit trivialisiert wird und sie negative Reaktionen vermeiden wollen, mehr als ein Drittel der Betroffenen hat Suizidgedanken, weil behauptet wird, dass die Krankheit nur psychosomatisch sei. ([König et](#)

[al. 2024](#)). Die Pflege von schwerstkranken MECFS-Patienten ist eine Herausforderung ([Montoya et al. 2021](#)).

Ohne ein Kompetenzzentrum ist Grundlagenforschung mit Studententeilnehmern schwierig. Dabei wollen viele Betroffene aktiv mitmachen – Blutabnahmen und Stuhltests über Hausbesuche würden bereits ausreichen, um Basisdaten zu sammeln.

Vor kurzem scheiterte die internationale Ausschreibung für die Leitung des nationalen Referenzzentrums, für das Rauch mickrige 1 Million Euro für 3 Jahre zur Verfügung stellt, an einem „[Serverfehler](#)“ und so verzögert sich die Umsetzung weiter. Das Referenzzentrum dient aber zum Wissensaustausch von Experten und Ärzten, und nicht primär als Anlaufstelle für PatientInnen. Mit der Umsetzung wird sich Rauch nicht mehr beschäftigen müssen. Er geht im Herbst 2024 unabhängig vom Wahlausgang in Pension. Die Grünen sind dann höchstwahrscheinlich nicht mehr in der Regierung. Sollte die Bierpartei den Einzug in den Nationalrat verfehlen, kommt die dritte Auflage von schwarzblau. Dank des [revisionistischen Pandemieplans](#) unter Federführung des Gesundheitsministers kann der nächste GesundheitsministerIn in der nächsten Pandemie viel leichter und schneller „Vulnerable“ sterben lassen, denn Schutzmaßnahmen in Bildungseinrichtungen sind nurmehr *im äußersten Notfall* vorgesehen, und überhaupt sollen wirtschaftliche und psychische Aspekte stärker Berücksichtigung finden.

Prävention ...

... hat natürlich wesentlich etwas mit MECFS zu tun, ungeachtet dessen, welche Virusinfekte verantwortlich sind (zu einem kleineren Teil auch andere Ursachen, z.B. in seltenen Fällen Impfungen). Ohne präventive Gegenmaßnahmen wird jede weitere SARS-CoV2-Welle zwar im Vergleich zu 2020-2022 verhältnismäßig wenig direkte schwere Verläufe und Todesfälle erzeugen, aber weitere Betroffene von Langzeitfolgen. Diese kommen auf die weiterhin fehlenden Anlaufstellen und somit auf ganz wenige Spezialisten, die sich in den Burnout arbeiten, und versuchen, mit Offlabel-Medizin Verbesserungen zu erzeugen, der Ausgang davon ist oft offen.

In Summe muss man also festhalten, dass Gesundheitsminister, egal welcher Partei und in welchem Land, die groß von Vorsorge und Versorgung palavern, **diese nur ernstmeinen können, wenn sie gleichzeitig in Schutzmaßnahmen investieren** – um neue Betroffene zu verhindern und jetzt Betroffene vor Zustandsverschlechterung zu schützen. Die Bereitschaft dafür sehe ich weit und breit nicht. Kognitive Verdrängung und Verleugnung sorgt selbst auf manchen Indoor-Patientenveranstaltungen für fehlende Schutzmaßnahmen (z.B. Maske tragen, CO2-Messungen/Frischluftzufuhr/Luftreiniger), wie Berichte auf Twitter gezeigt haben.

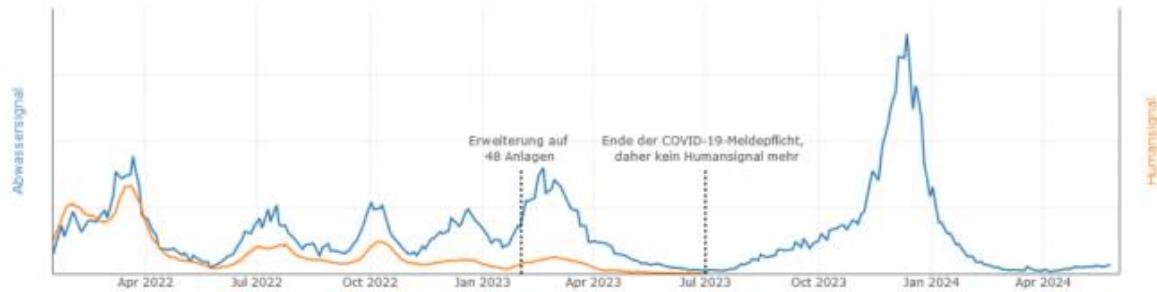
In einem ersten Schritt zweifellos positiv anzumerken ist, dass die Berichterstattung deutlich zugenommen hat und seriöser geworden ist. Insbesondere freut mich, dass engagierte JournalistInnen wie Constanze Ertl (ORF), Christian Haberhauer (APA), Eja Kappeler (u.a. Dossier) und Martina Marx (Kleine Zeitung), u.a. regelmäßig über LongCOVID und MECFS berichten.

In einem weiteren Schritt müsste man das Thema Prävention verstärkt einbinden und aufs Tablett bringen, denn im Herbst ist es wieder mal zu spät. Dann sind außerdem Wahlen und es geht wahrscheinlich monatelang nichts weiter. Die nächste SARS-CoV2-Welle kommt bestimmt.

Frühsommerwelle denkbar, Höhe unklar

[Juni 1, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Keine Kommentare](#) / [Bearbeiten](#)

Entwicklung der Virenfracht in den 48 Regionen des Nationalen Abwassermanagementprogramms:



Ein leichter Aufwärtstrend ist erkennbar, aber noch weit unter den vergangenen Wellen, [Stand 01.](#)

[Juni 2024](#)

Derzeit bewegt sich die **Anzahl der Neuinfektionen pro Tag** geschätzt bei rund **8000**. Hoppala, das klingt viel. Im April waren es rund 4000. Wie kommen diese Inzidenzen zustande, wo es schon seit letztem Jahr keine repräsentativen PCR-Tests mehr gibt? Sie basieren auf den [repräsentativen Kohorten](#) der ONS/UKHSA (Winter CIS) und der Uni Mainz (SentiSurv RLP), die auch für die Schweiz herangezogen werden. Die Abwasserwerte könnten die realen Inzidenzen ein wenig unterschätzen, was an bestimmten Mutationen seit der BA.5-Welle liegen könnte ([Endo et al. 2024](#)). Da SARS-CoV2 in Österreich nicht mehr meldepflichtig ist und [Krankenhausdaten](#) stark zeitverzögert aufschlagen, fällt der Wiederanstieg womöglich erst nicht auf – außer, dass die Krankheitswellen wieder zunehmen und Genesungsphasen länger dauern als bei anderen zirkulierenden Viren.

Verantwortlich für die möglicherweise beginnende Sommerwelle sind nicht mehr die bis dato gewachsenen JN.1+FLiRT-Varianten mit den beiden kennzeichnenden Spike-Mutationen **F456L** und **R346T**, sondern **KP.2** (zusätzlich V1104L) und **KP.3** (ohne R346T, **mit Q493**, deutlich erhöhte ACE2-Bindung). Damit ist aber noch das Ende der Mutationsfahnenstange für dieses Jahr erreicht. Einen Wachstumsvorteil gegenüber KP.3/KP.2 weisen nun Varianten wie **LB.1** auf, die neben FLiRT durch eine Deletion gekennzeichnet sind (hier: **S:ΔS31**). LB.1 dürfte ab Mitte Juni in den USA dominant werden. Ihr Anteil steigt weltweit sehr schnell. Auch Rekombinanten von LB.1 mit KP.3/KP.2 wurden schon beobachtet.

Mein uneducated guess ist mit dem jetzigen Stand, dass die Infektionszahlen weiterhin langsam steigen werden, wobei unklar bleibt, wie groß der Einfluss der **vermehrten Reisetätigkeit durch die Fußball-EM Mitte Juni bis Mitte Juli** sein wird. Richtung August dürfte sich dann wieder die Reiserückkehrer-Aktivität bemerkbar machen. Wie hoch die Sommerwelle ausfällt, traue ich mir aber nicht zu sagen. Molekularmediziner Emanuel Wyler ist sich da [auch nicht sicher](#).

Präventionsdilemma

Es gibt derzeit keinen Schutz vor Infektionskrankheiten, egal ob Masern, Corona, Keuchhusten, Rhinoviren, aber auch Streptokokken und andere langwierige Erkrankungen, die mit einfachen Infektionsschutzmaßnahmen verhindert, zumindest aber verringert werden könnten. Denn, wie ich einmal an einem öden Nachmittag mit ein bisschen Google-Recherche herausfand, auch Rhinoviren, humane Coronaviren, Influenza, RSV, „Sommergrippe“ und Parainfluenza können über Aerosole übertragen werden (siehe unten unter „[Evidenz für airborne transmission auch bei anderen respiratorischen Erregern](#)“).

Es wird keine allgemeine Maskenpflicht mehr geben, bis wieder eine neue Pandemie *völlig überraschend* über uns hereinbricht. Ein ganz heißer Kandidat hierfür ist das aktuell vor allem in den USA grassierende **Vogelgrippevirus H5N1**, das in Kühen endemisch geworden ist, auf Katzen, Alpakas und andere Säugetiere übertragbar ist und auch erste Fälle beim Menschen beobachtet wurden, die erstmals **Symptome der oberen Atemwege** aufweisen. Virologen und Epidemiologen wie Michael Mina, Isabella Eckerle, Florian Krammer oder Adam Kucharski, die bereits in der SARS-CoV2-Pandemie vielfach seriöse Einschätzungen getroffen haben, warnen bereits davor, dass wir am **Beginn einer neuen Pandemie** stehen könnten. Dagegen hat die Bevölkerung keine Immunität vorzuweisen. Es gibt zwar Impfstoffkandidaten, aber hier beginnt das Dilemma:

Public Health besteht seit der SARS-CoV2-Pandemie offenbar nurmehr aus Impfempfehlungen, und selbst die beziehen sich nurmehr auf eng gefasste Risikogruppen, wozu laut deutscher Impfkommission STIKO Kinder und Schwangere NICHT dazu zählen. Gesunde Personen unter 60 Jahren sollen laut ihren Vorstellungen keine Impfung mehr bekommen. In Neuseeland kann sich hingegen jeder über 30 Jahre halbjährlich impfen lassen. Der ganze Irrtum, nur noch einer kleinen Bevölkerungsgruppe eine weitere Auffrischimpfung zu empfehlen, basiert auf der Ignoranz der Langzeitfolgen, wovon es mittlerweile [Unmengen an Studien](#) gibt. Gerade für die erwerbsfähige Bevölkerung im produktivsten Alter (25-50) ist der Schutz vor Reinfektionen aus ökonomischer Sicht besonders wichtig. Doch nicht nur Erwachsene sind betroffen, [auch Kinder leiden unter Spätfolgen](#) – sie haben gleichzeitig das **höchste Reinfektionsrisiko** durch das wöchentliche Zusammentreffen in schlecht belüfteten Räumen mit 25-30 anderen Haushalten. In den Risikogruppen stieg die **Übersterblichkeit** im letzten Winter durch die große JN.1-Welle deutlich an, z.B. in Österreich, Deutschland, Schweden und Kanada.

Derzeit haben wir einen XBB.1.5-Impfstoff, der wahrscheinlich noch gut bei den neuen Varianten wirkt, weil sich diese nur in wenigen Mutationen von der Muttervariante JN.1 unterscheiden. Doch bis zur Zulassung eines auf JN.1 angepassten Impfstoffs im September oder Oktober 2024 vergehen noch gut 3-4 Monate, und dann dominiert möglicherweise eine Variante, die sich wieder deutlicher von JN.1 unterscheidet. Wir wissen das schlichtweg nicht. Doch selbst im besten Fall, dass der angepasste Impfstoff hochwirksam ist und z.B. wie der monovalente XBB.1.5-Impfstoff jede zweite Infektion verhindern kann, was nützt der beste Impfstoff, wenn ihn kaum einer will?

Es mag zwar tröstlich sein, wenn die Experten von den Dächern pfeifen, dass mit steigender Impfrate das LongCOVID-Risiko abnimmt, möglicherweise Schwere und Dauer verkürzen, mit Sicherheit aber Folgen wie Thrombosen, Herzmuskelentzündungen, Herzkreislauferkrankungen, Diabetes verringern. Doch wer profitiert davon? Bei einer Boosterrate von unter 10% sind auch etliche von der Risikogruppe ungeimpft, obwohl ihnen ausdrücklich eine Impfung empfohlen wurde.

Das Narrativ vom milden Corona, das nurmehr ein *grippaler Infekt* oder gar eine *weitere Erkältungskrankheit* sei, sorgt eben für eine stetige Verharmlosung, die auch bei den Risikogruppen-Angehörigen nicht spurlos vorübergeht. Schwere akute Lungenverläufe sind nicht mehr das Thema, aber SARS-CoV2 sorgt eben auch im restlichen Körper mit Zeitverzögerung für erhebliche medizinische Probleme. So ist selbst drei Jahre nach einer milden Infektion das Risiko für bestimmte Organschäden, Magendarm-Erkrankungen und Störungen des Nervensystems noch erhöht, bei hospitalisierten Patienten beobachtet man ein deutlich erhöhtes Sterberisiko. Im Gehirn beobachtet man auch nach leichten Infektionen kleine strukturelle Veränderungen, die zu kognitiver Beeinträchtigung, Geruchsstörungen und ausgeprägter Erschöpfungsmüdigkeit führen können ([Zhang et al. 2023](#), [Cai et al. 2024](#), [Hosp et al. 2024](#)).

Davon liest man aber in Zusammenhang mit neuen Varianten und potentiellen Frühlings- oder Sommerwellen herzlich wenig (ebenso nicht im oben verlinkten Tagesspiegel-Artikel). Es kommt dabei gar nicht so sehr auf die jeweilige Variante und einzelne Mutationen an, als auf das **steigende Risiko einer Reinfektion**, da vorherige Impfungen und Infektionen keine ausreichende Immunität gegen neue Varianten erzeugen.

Alles auf die Impfkarte zu setzen, wird also nicht funktionieren, wenn weiterhin nicht ehrlich über das anhaltende Gefahrenpotential durch SARS-CoV2 und LongCOVID/[MECFS](#) aufgeklärt wird. Denn nur aufgrund einer *geringen Wahrscheinlichkeit für einen schweren Verlauf* wird man die Bevölkerung nicht mehr zur Boosterimpfung bewegen können.

Dann bleiben andere Schutzmaßnahmen wie Maske tragen, Lufthygiene betreiben mit Lüften und Luftreinigern, Homeoffice und erhöhter Kündigungsschutz im Krankenstand, wo es eher mau ausschaut, vor allem in Österreich. Gerade in den Schulen durch den ständigen Leistungsdruck darf bloß kein Schultag und keine Schularbeit verpasst werden. Also schickt man kranke Kinder in die Schule. Die stecken die Lehrer an, woraufhin Stunden ausfallen oder Ersatzlehrer einspringen müssen, die sich dann auch wieder anstecken. Die hohe Zahl der Unterrichtsausfälle seit dem Ende der Schutzmaßnahmen hinterfragt leider keiner in Verantwortung.

Leider ist nicht zu erwarten, dass sich daran auf absehbare Zeit etwas ändern wird.

Wahlen

Der Grund dafür sind die anstehenden Wahlen. Am 9. Juni wird ein neues Europa-Parlament gewählt. In mehreren Bundesländern von Deutschland finden gleichzeitig Kommunalwahlen statt. Im Herbst folgen Landtagswahlen in Ostdeutschland und Nationalratswahlen in Österreich. Bei allen Wahlen droht ein deutlicher Rechtsruck. Die rechtsextremen Parteien setzen erneut Corona auf ihre Agenda, um den etablierten Parteienregierungen einen Denkzettel zu verpassen. In Österreich haben sich nach der MFG 2021 mit DNA und Liste Petrovic zwei weitere Pandemieugner-Parteien gegründet.

Keine Partei fasst das heiße Eisen Corona mehr an, geschweige denn Empfehlungen für [Schutzmasken](#), von denen wir dank einer umfangreichen Studie nun erneut schon wieder wissen, dass MASKEN WIRKEN ([Greenhalgh et al. 2024](#)). Die SPÖ forderte mit der [zweiten Presseaussendung seit Dezember 2023](#) zwar erneut saubere Luft in Klassenräumen, aber geht auf ihren Veranstaltungen und Räumlichkeiten nicht mit gutem Beispiel voran. Einzelne Gewerkschaften wie die unabhängige Lehrergewerkschaft setzen sich ein, andere Gewerkschaften ignorieren das Problem und verweisen gemeinsam mit der Arbeiterkammer

auf die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers. Der hält sich wiederum an die geltenden, aber leider veralteten Gesetze, und sagt: Was genau wird jetzt kritisiert? Wir halten uns eh an die Vorschriften. Und damit endet dann die Einflussnahme als Gewerkschaftsmitglied. In Wien, einer Stadt mit knapp 2 Mio. Einwohnern, wo die SPÖ regiert, werden Eltern aktiv daran gehindert, selbst gezahlte Luftreiniger in Kindergärten und Schulen aufzustellen. Die Wiener Linien können sich zu keiner Masken-Empfehlung durchringen, selbst zu den schwersten Corona- und Grippewellen nicht. In Spitätern, Kuranstalten und anderen Kliniken, ja im gesamten Gesundheitswesen, wenn man keine aufgeklärten Haus- und Fachärzte kennt, ist man gegen Infektionen schutzlos ausgeliefert – spätestens dann, wenn man wegen einer Untersuchung die Maske abnehmen muss.

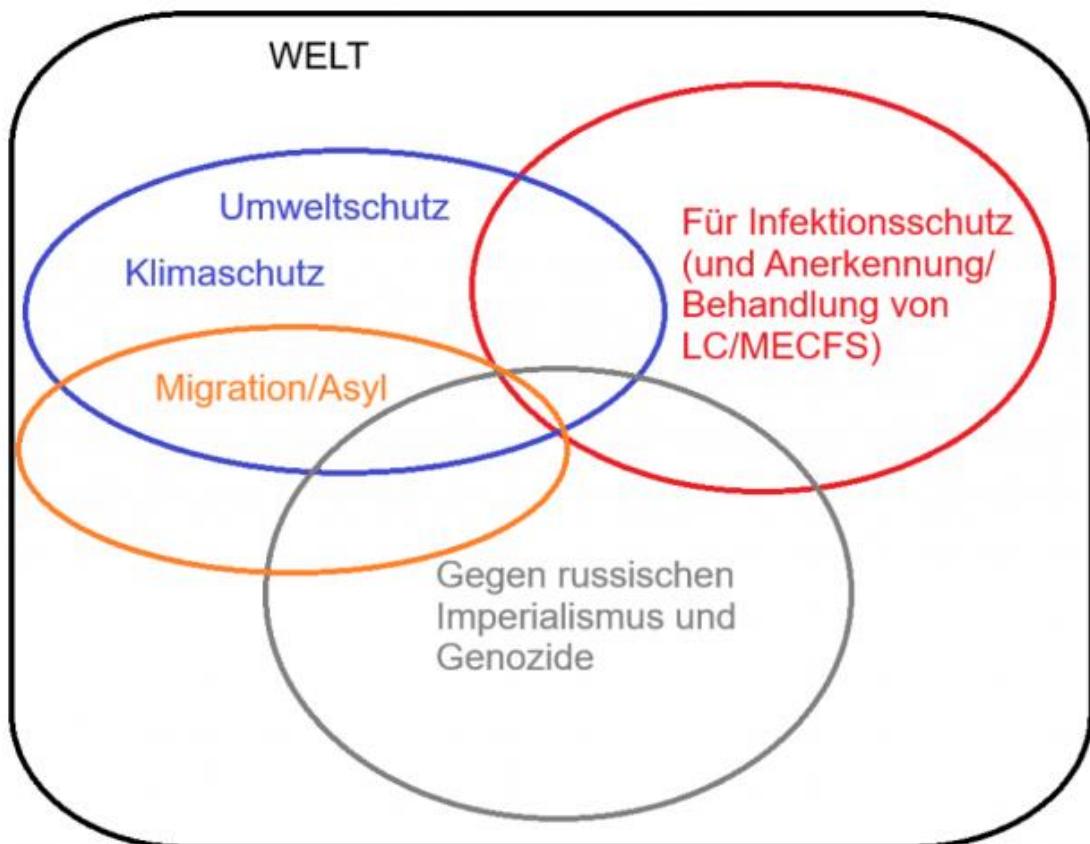
Seit April werden Schnelltests beim Hausarzt nicht mehr gezahlt, die aber Voraussetzung sind, um z.B. an Paxlovid zu kommen. Ab 15. April hätten sie für Hochrisikopatienten weiterhin gratis sein sollen, es gab aber keine Einigung zwischen Ärztekammer und Sozialversicherungsträger. Mit Stand Juni 2024 sind Schnelltests weiterhin kostenpflichtig.

In eigener Sache

Ich habe mich Ende April im Zuge einer Schulung beinahe erwartungsgemäß mit einem Virus infiziert (nicht SARS-CoV2) und kämpfte insgesamt 25 Tage mit den Folgen („Hyperreagibilität des Bronchialepithels“, alias trockener Reizhusten). Seitdem trage ich die FFP3-Maske wieder ein wenig konsequenter in allen Öffentlichen Verkehrsmitteln und beim Einkaufen. Auf weitere Indoor-Lokalbesuche habe ich seitdem verzichtet, mit Ausnahme unserer Kantine zu Randzeiten, wo ich weiß, dass die Lüftungsanlage sehr effizient ist (niedrige CO2-Werte). Mit gereizteren Schleimhäuten ist es nämlich erst recht wichtig, sich nicht anzustecken, das gilt auch nach anderen schweren Infekten mit Lungenbeteiligung, wo z.B. noch längere Zeit Cortison inhaliert werden muss (medikamentöse Immunsuppression) – gerade dann sollte man Maske tragen statt zu denken „juhu, jetzt bin ich immun“. Gegen Rhinoviren gibt es wegen rund 100 Subtypen übrigens keine nennenswerte Immunität. Etwas defensiver bin ich schon alleine aus dem Umstand, dass ich im Juni noch einen Wanderurlaub habe und mir diesen nicht vermiesen will.

Letzter Programmpunkt:

Bitte geht wählen, auch wenn es keine Partei gibt, die Eure wichtigsten Themen abdecken. Für mich sind das z.B. diese hier:



Vier große Themen, die die nationalen und europäischen Wahlen beherrschen

In Österreich ist das eine Qual der Wahl, die mir nicht leicht gefallen ist. Als Auslandsdeutscher darf ich jedoch ohnehin nurmehr bei der EU-Wahl und auf Bezirksebene in Wien wählen. Ich musste mich also entscheiden, was mir wichtiger ist – eine fast unmögliche Wahl. Auf EU-Ebene geht es um viel, ein Rechtsruck muss unbedingt verhindert werden. Daher – wählt das kleinste Übel, wählt vernünftig. Auch wenn uns in der Pandemie viele Parteien verraten haben, ist immer noch eine Steigerung möglich. Die engagierte Aufklärungsarbeit von Lufthygiene- und Selbsthilfe-Aktivisten war sonst für nichts, mit einem Rechtsblock wird man nichts durchsetzen können, mit sozialdemokratischen Parteien besteht zumindest eine minimale Chance, an eine Art von Gewissen appellieren zu können, in der Hoffnung, die tiefssitzende Esoterik in diesem Land irgendwann überwinden zu können.

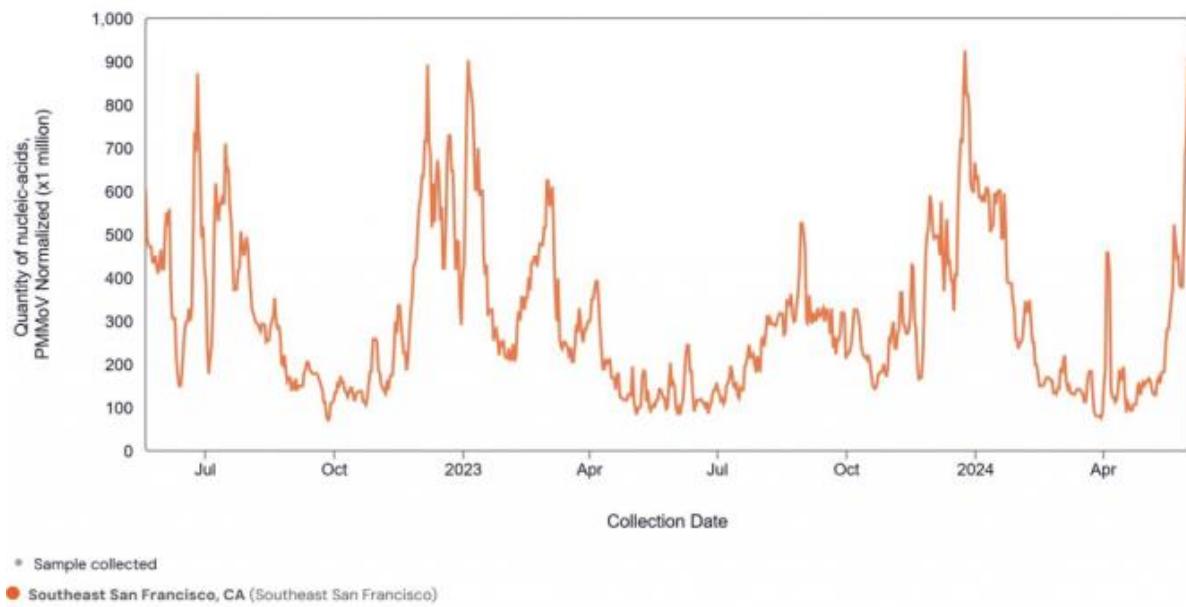
Update, 04.06.24 – Weltweite Anstiege

Nach wie vor für einen möglichen Einflussfaktor halte ich die kommende EM 2024 in Deutschland, siehe Delta-Welle ab Juli 2021 (Schottland: [Marsh et al. 2021](#), Italien: [Zeitungsbereicht](#), Europaweit: [Casini & Rocetti 2021](#))

Mutmaßlich KP.2/KP.3 sind nach den neuesten Meldungen jetzt für teilweise starke Anstiege verantwortlich, z.B. in ...

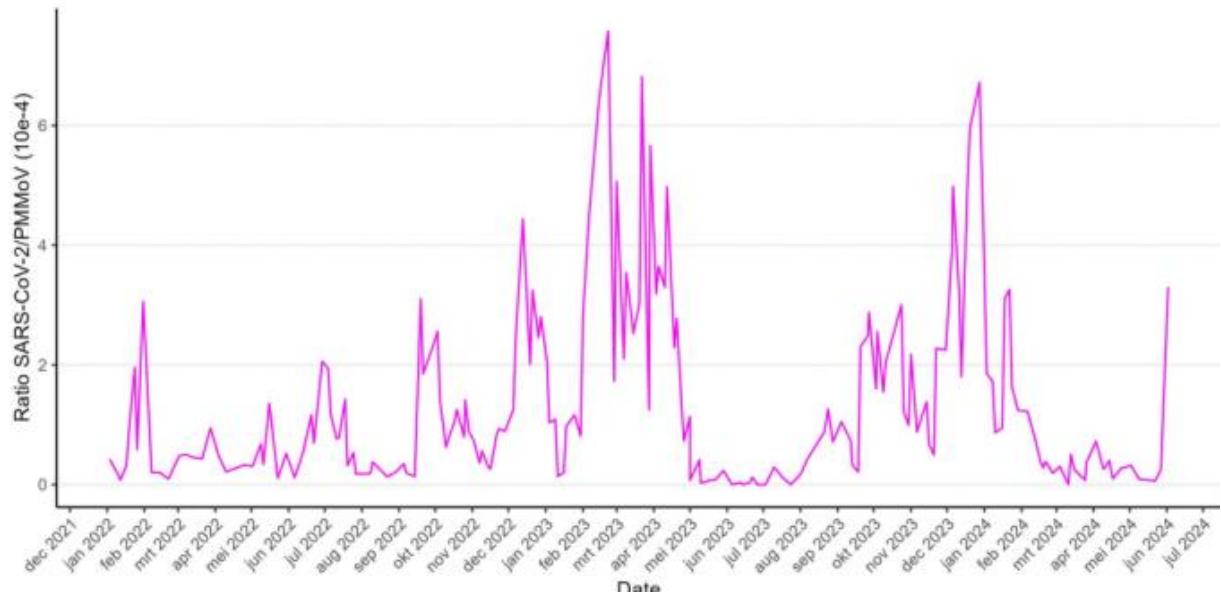
California, San Fransisco

SARS-CoV-2, Southeast San Francisco, CA



Quelle: @CovidDataReport

Belgien:

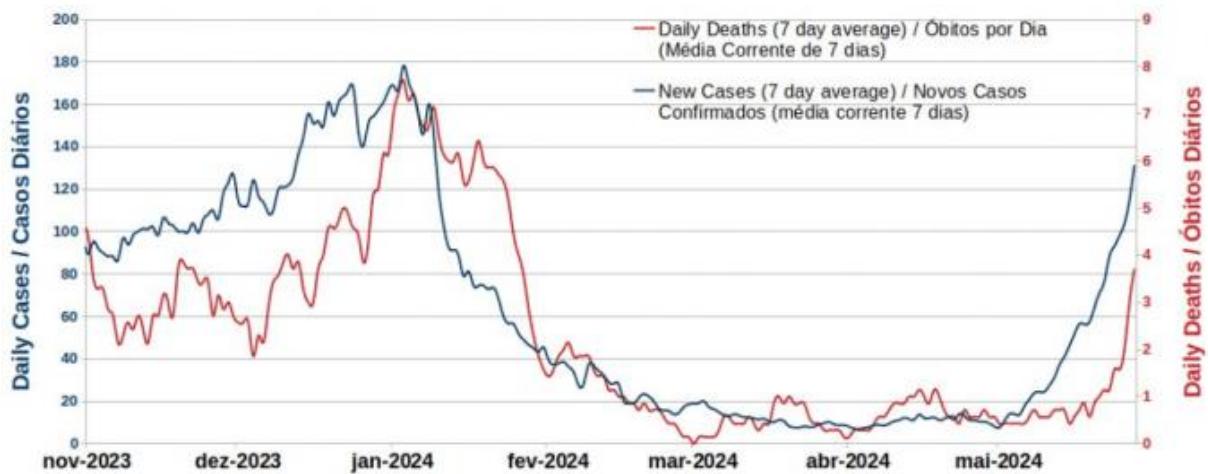


KU Leuven, Quelle: @ELwollants (Virologie)

Spanien meldet ebenfalls steigende Infektionszahlen, so wie

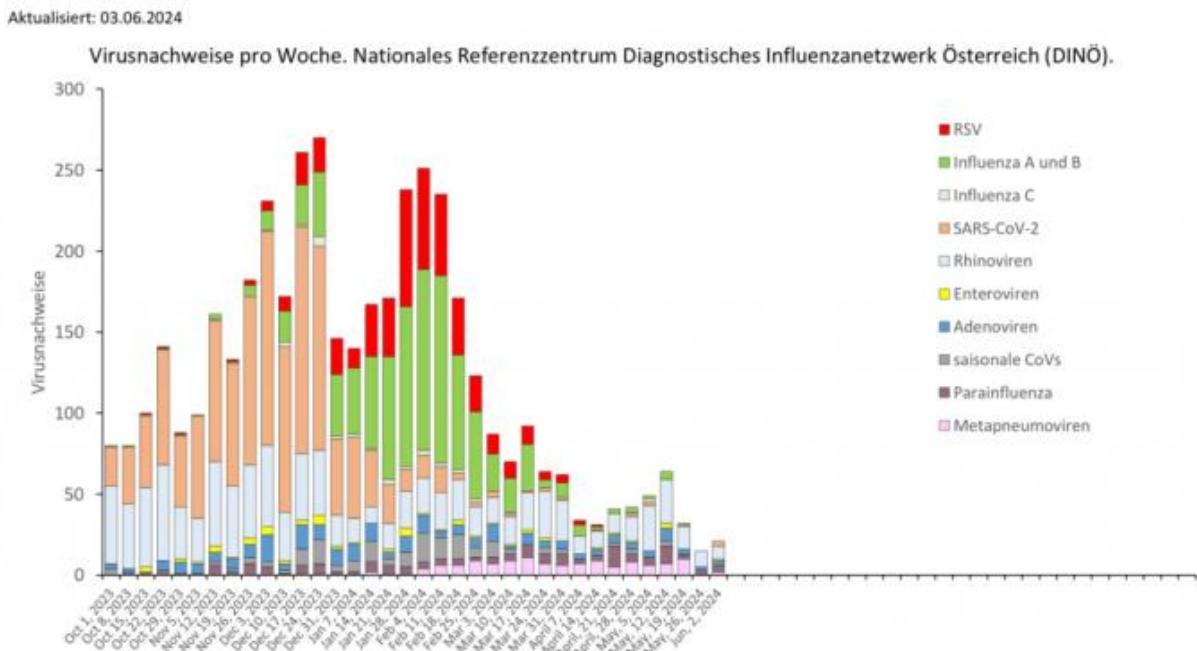
Portugal:

COVID-19 Cases and Deaths in Portugal / Casos e Óbitos COVID-19 em Portugal



[Quelle](#) – auch wenn ich den Graphen dort nicht finde (unter Vorbehalt, ich kann kein portugiesisch)

Auch das neueste Update des österreichischen Sentinelsystems zeigt nun einen leichten Anstieg von SARS-CoV2 (auf 5,4%), dominant sind weiterhin Rhinoviren (14%).
Einschränkung: Nur 56 Einsendungen feiertagsbedingt.



Quelle: Judith Aberle, Leiterin der Virologie MedUni Wien (Twitter)

In Woche 22 sind laut [wöchentlichem ECDC-Report](#) europaweit die Zahl der positiven Tests bei Hausärzten auf 8% angestiegen, nach einer längeren Phase mit niedriger Aktivität.

Die Sinn-Frage

[Juni 11, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Ein Kommentar](#) / [Bearbeiten](#)



Dunkle Wolken ziehen im Hinblick auf die Nationalratswahlen im Herbst 2024 auf

Nach dem massiven Rechtsruck bei der EU-Wahl in Deutschland und Österreich stellt sich für mich die Frage, wie intensiv ich noch dranbleiben kann an der Aufklärung, an ehrenamtlichen Engagement, an der minimalen Hoffnung auf Besserung in naher und ferner Zukunft. Die beiden Presseaussendungen der Bundes-SPÖ zu Luftreinigern in Schulen wuchsen jeweils auf den Mist von Babler, der aber von der Wien-SPÖ dafür keinen Rückhalt hat und vom rechten Flügel um Doskozil erst recht nicht. Sobald Babler im Herbst nicht Platz 1 mit der SPÖ erreicht oder sogar das Hindernis für eine Große Koalition ist, wird Doskozil seinen Platz einnehmen. Zu den anderen Parteien muss man sowieso kein Wort verlieren.

Die Pandemie wurde gesellschaftlich und politisch Anfang 2023 beendet, mit dem Ende des Internationalen Gesundheitsnotstands durch die WHO Mitte Mai 2023 wurde sie auch medizinisch offiziell beendet. Ob die Pandemie epidemiologisch noch existiert, als endemischer Zustand mit zwei bis drei großen Wellen im Jahr dauerhaft sein Unwesen treiben wird, oder ob wir im fünften Pandemiejahr sind, ist eine akademische Diskussion, die in der Öffentlichkeit nicht geführt wird. Mit Juli 2023 wurden alle COVID-Regeln einschließlich Meldepflicht aufgehoben. Im Dezember 2023 folgte eine „Aufarbeitung“ inmitten der hohen JN.1-Welle mit dem Titel „Nach Corona.“ Der Titel sorgte allenfalls für Belustigung unter den Kommentatoren, aber es war natürlich kein Skandal und hatte auch keine weitreichenden Konsequenzen. Der Alltag, Berufs- und Freizeitleben, Massentourismus und Großveranstaltungen – all das hat sich normalisiert. Im Gesundheitswesen wird

Infektionsschutz generell ignoriert und die Situation ist schlechter als vor der Pandemie. Corona spielte als Denkzettelmotiv im EU-Wahlkampf eine Rolle, davon profitierte vor allem die FPÖ und die rechtsextreme Liste DNA, im Herbst wird auch die Liste Petrovic profitieren und den Grünen Stimmen kosten. Die Wienerlinien solidarisieren sich zwar mit der Regenbogenparade und zeigten „Ride with pride“ auf ihren Anzeigetafeln am Bahnsteig an, aber Solidarität mit vulnerablen Fahrgästen ist seit der Aufhebung der Maskenpflicht im März 2023 Fehlanzeige – auf Empfehlungen kann man lange Warten. Subjektiv ist es mindestens so schlimm wie vor der Pandemie, eher schlimmer, bezüglich arbeitende Bevölkerung, die trotz Symptomen in die Arbeit fährt. Die wiederkehrenden Krankheitswellen, die mit Covid, Influenza und RSV nun von Herbst bis Frühling Probleme machen und im Sommer alleine durch Covid, erzeugen keinerlei Bewusstsein für ein Umdenken. Schulungen finden wie selbstverständlich in fensterlosen Räumen statt oder werden in den November geplant, wenn mehrere Infektionserreger zusammenkommen. Luftreiniger stören oder werden gar als Ursache für *Erkältungen* ausgemacht. Überhaupt völlig weg von der Bildoberfläche sind die Kinder, mittlerweile zigfach infiziert und dauerhustend. Das gehört zur Entwicklung eben dazu, sagt man. Deswegen bleiben Kinder noch lange nicht zuhause, nur weil sie krank sind. Sie könnten ja wichtigen Unterricht oder Schularbeiten verpassen.

Die Bevölkerung hat mittlerweile weder das Interesse noch den Zugang zu öffentlichen Informationen, die sie über die aktuelle Gefahrenlage aufklären. Derzeitige Abwasserwerte sind so niedrig im Verhältnis zu den letzten Peaks, dass man glauben könnte, dass kaum noch Virus zirkuliert, aber es sind immer mehrere tausend Infektionen pro Tag. Was weltweit passiert und dass es immer wieder zu hohen Wellen kommt, kriegt niemand mit, der nicht auf Twitter oder Bluesky mitliest. Ebenso wenig wird die Bevölkerung über die weitreichenden Auswirkungen von LongCOVID informiert, sowohl volkswirtschaftlich, fürs Gesundheitswesen als auch die Lebensqualität der Betroffenen selbst. Und dass man mit regelmäßigen Auffrischimpfungen dieses Risiko deutlich minimieren könnte, wenn man schon keinen Wert auf Maske oder Lufthygiene legt.

Quo vadis? Ich weiß es nicht. Ohne jeglichen Rückhalt ist es als Einzelkämpfer schwer, für Verbesserungen zu werben.

In eigener Sache:

Ich bin nach wie vor auf Ex-Twitter aktiv, auch wenn der Gegenwind von ehemaligen Twitterusern, die jetzt nurmehr auf Bluesky oder Mastodon tätig sind, immer schärfer wird. Man würde den Faschisten Musk damit unterstützen, warum man nicht endlich wechselt. Ich habe dieses Dilemma von Beginn an, als Musk übernommen hat, befürchtet – nämlich, dass die breit auf Twitter vertretene Covid-Community auf verschiedene Plattformen zerstreut wird. Wer seine Stammfollower und Stammfollowende behalten will, muss mehrere Plattformen gleichzeitig bespielen. Nach wie vor ist es so, dass rund 80% der internationalen Wissenschaftler-Community auf Twitter aktiv ist. Über einen Zeitraum von 11 Jahren habe ich mir so Freundschaften und Bekanntschaften aufgebaut, seit Pandemiebeginn zahlreiche wertvolle Inputs von Expertinnen und Experten erarbeitet, auf die ich angewiesen bin, wenn ich weiter seriöse Blogtexte schreiben will. In den ersten drei Pandemiejahren hatte ich aber wesentlich mehr Zeit für Recherchen und Beiträge, weil der Alltag deutlich eingebremst wurde. Jetzt hat sich das Leben wieder normalisiert und damit sind die freien Tage, an denen ich die Muße habe, stundenlang zu recherchieren und Texte zu schreiben, deutlich seltener geworden. Müsste ich meine Recherche jetzt noch von verschiedenen Plattformen holen, würde ich gar nicht mehr dazu kommen, Texte zu verfassen. Ich bleibe daher auf Twitter und unterstütze Musk NICHT durch ein Bezahlabo! Nach wie vor erreichen meine Beiträge eine

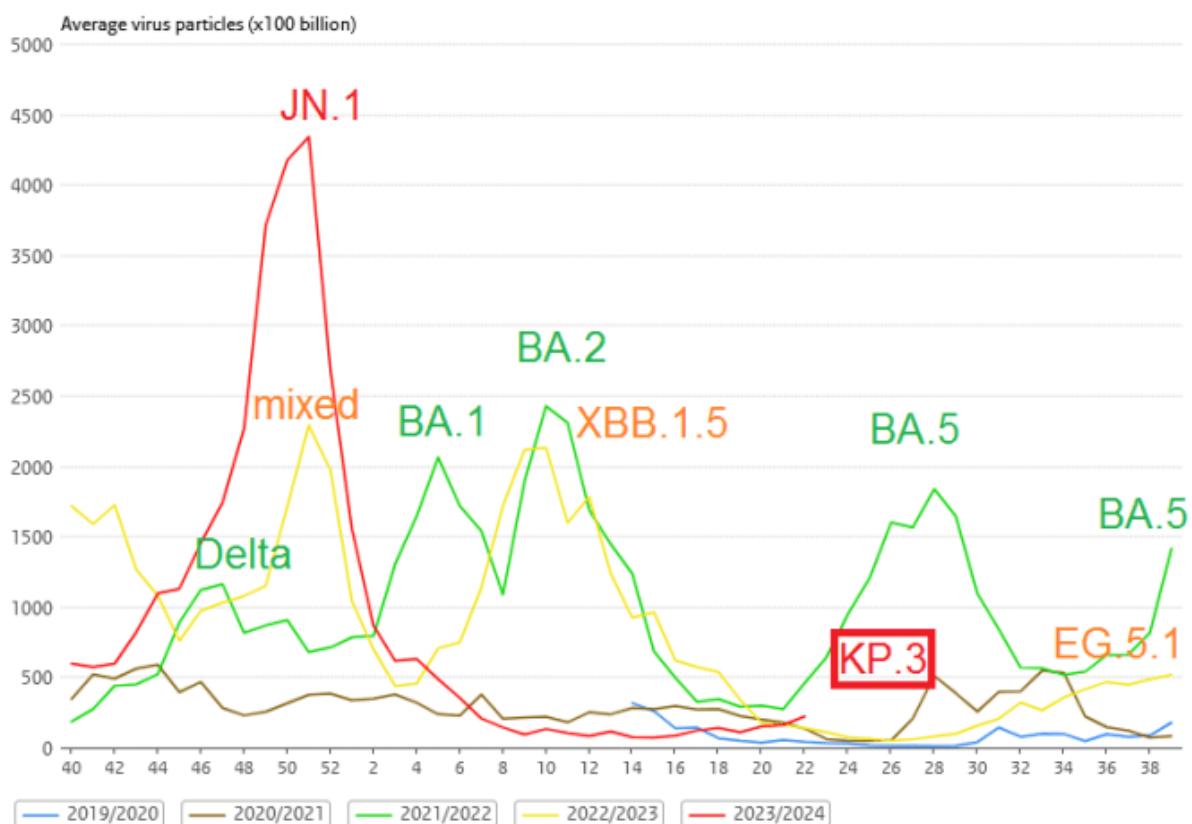
gewisse Reichweite, die ich mir auf Bluesky erst über Jahre hinweg wieder erarbeiten müsste. Im Gegensatz zu vielen Usern, die es auf Twitter nicht mehr ausgehalten habe, blocke ich offenbar konsequenter Trolle und demokratiefeindliche Antworten weg, und verwende dafür verstärkt Listen, um auch nur das zu lesen, wofür ich mich interessiere.

Die WHO und die Pandemie

[Juni 13, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Keine Kommentare](#) / [Bearbeiten](#)

Wastewater

Average number of SARS-CoV-2 virus particles



In den Niederlanden wird seit Ende März 2020 die Konzentration von SARS-CoV2 im Abwasser gemessen. Damit handelt es sich um eine der längsten, durchgehenden Zeitreihen der Pandemie, [Stand KW 22 \(27-31.05.2024\)](#)

Weltweit steigen seit Mai und Juni die Abwasserkonzentrationen und – falls verfügbar – auch die Zahl der positiven Tests wieder an. Hawaii und San Francisco meldeten sogar Rekordwerte seit Pandemiebeginn. In vielen europäischen Ländern werden zugleich auch Anstiege bei Spitalsaufnahmen verzeichnet. In allen Fällen finden die Wiederanstiege gleichzeitig mit der Dominanz gewinnenden **KP.3-Variante** statt, welche die Fluchtmutation **F456L** und die auf Basis von F456L und L455S ACE2-Binding erhöhende Mutation **Q493E** enthält. F456L war bereits bei EG.5 (XBB.+F456L) enthalten, dann kam BA.2.86 und JN.1 (+L455S) und jetzt ist F456L erneut mit von der Partie.

Für Politik und Gesundheitsbehörden ebenso wie für die Gesellschaft ist die Pandemie dennoch vorbei, obwohl die WHO die Pandemie nie für beendet erklärt hat. Wie passt das

zusammen? Läuft die Pandemie noch? Wann wird die WHO das Ende erklären? Kann sie das überhaupt? Selbst wenn wir auf Social Media oder hier auf meinem Blog zum Schluss kommen, dass die Pandemie weiterhin andauert, ändert das leider nichts an der öffentlichen Wahrnehmung und dem Umgang der Staaten mit wiederkehrenden Infektionswellen. Die Frage, ob wir uns weiterhin in einer Pandemie befinden, ist weitaus differenzierter zu eruieren als es mit dem Blick auf das weltweite Infektionsgeschehen beantwortet werden dürfte.

Update und Hinweis, 24. Juli 2025:

[Ian M. Mackay: COVID-19 is a Pandemic: What if it was a Pandemic Emergency? And what are they anyway?](#) – Lang und lesenswert.

Hintergrund und Chronologie der SARS-CoV2-Pandemie

Die WHO hat den Ausbruch von SARS-CoV2 am **30. Jänner 2020** als **Internationalen Gesundheitsnotstand (PHEIC)** deklariert und diesen am **5. Mai 2023** beendet. Im Statement zum Ende des PHEIC wurde festgehalten, dass Corona selbst nicht vorbei ist:

„it no longer fit the definition of a PHEIC. This does not mean the pandemic itself is over, but the global emergency it has caused is, for now.“

“This virus is here to stay. It is still killing, and it’s still changing. The risk remains of new variants emerging that cause new surges in cases and deaths. The worst thing any country could do now is to use this news as a reason to let down its guard, to dismantle the systems it has built, or to send the message to its people that covid-19 is nothing to worry about.”

[WHO-Chef Tedros am 05. Mai 2023, Pressekonferenz](#)

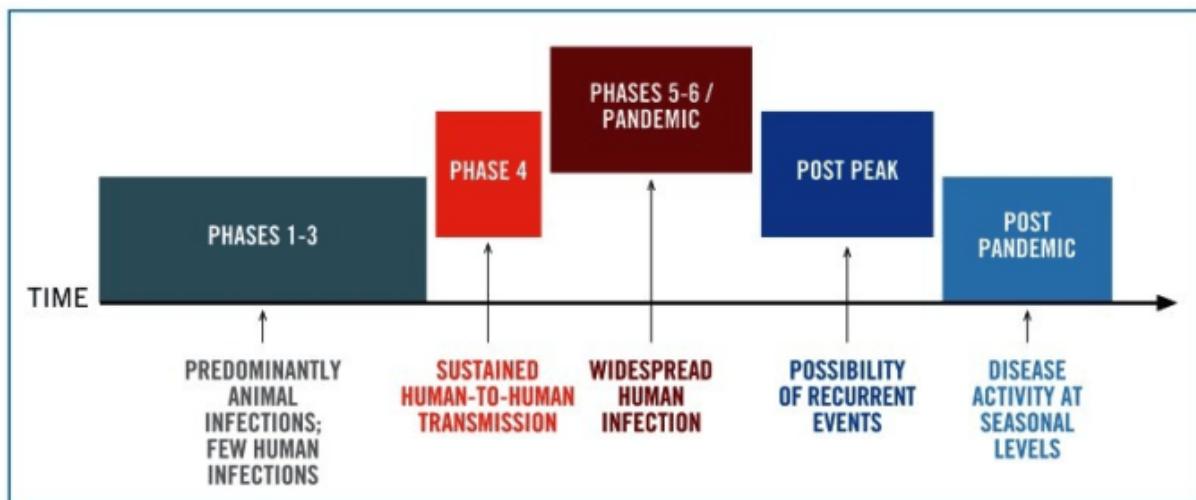
Die Kriterien für ein PHEIC sind erfüllt, wenn ...

- - ein außergewöhnliches Ereignis vorliegt
 -
 - ein öffentliches Gesundheitsrisiko für andere Staaten durch internationale Verbreitung besteht
 -
 - international koordiniertes Vorgehen erforderlich ist

Die Ausrufung und Beendigung des PHEIC hat mehr rechtliche Konsequenzen für die Staaten als gesundheitliche für den Einzelnen. Zudem wurde das Ende der PHEIC unter Wissenschaftlern durchaus kritisch gesehen, wie [diese Zusammenstellung des britischen Science Media Centres](#) zeigt – es würde lediglich die politische, aber nicht die epidemiologische Realität widerspiegeln.

Pandemie ist kein offizieller Begriff der WHO. Daher kann sie eine Pandemie weder formell ausrufen noch für beendet erklären.

Am **24. Februar 2020** [sagte ein WHO-Sprecher der Nachrichtenagentur Reuters](#), dass sie den Begriff Pandemie nicht länger verwenden, aber der Covid19-Ausbruch ein internationaler Notfall bliebe, der sich wahrscheinlich weiter ausbreiten würde.



Pandemische Phasen laut WHO (2009) – nicht mehr verwendet!

Es gebe keine offizielle Kategorie für eine Pandemie – das alte System der 6 Phasen (Phase 1: vorwiegend Berichte von tierischer Influenza, bis Phase 6: Pandemie) wie bei H1N1 von 2009 werde nicht mehr verwendet. Damals gab es Kritik an der schnellen Ausrufung der Pandemie, weil die Verläufe meistens mild waren und Pharmakonzerne verfrüht zur Entwicklung von Impfstoffen gezwungen wurden, die dann nicht mehr notwendig waren.

Entsprechend würde eine Pandemie einen Ausbruch eines neuartigen Erregers bezeichnen, der sich weltweit leicht von Mensch zu Mensch überträgt.

Die Pandemie wurde am **11. März 2020** durch die WHO ausgerufen, obwohl die führende Coronavirus-Expertin der WHO sagte, dass sie keine Pandemien ausrufen.

Erst am 1. Juni 2024 haben sich die Mitgliedsstaaten der WHO in Genf darauf geeignet, dass sie künftig die Fähigkeit haben wird, einen „pandemischen Notfall“ auszurufen.

Pandemischer Notfall:

Ein PHEIC, das durch eine übertragbare Krankheit verursacht wird und ...

- i) sich geographisch weit und innerhalb vieler Staaten weit verbreitet oder ein hohes Risiko dazu besteht, und ...
- ii) die Kapazitäten der Gesundheitssysteme überlastet oder ein hohes Risiko dazu besteht, und ...
- iii) beträchtliche soziale und/oder wirtschaftliche Störungen, einschließlich internationalem Verkehr und Handel verursacht, oder ein hohes Risiko dazu besteht, und ...
- iv) rasche, angemessene und erweiterte koordinierte internationale Aktionen erfordert, mit Maßnahmen, die regierungs- und bevölkerungsweite Teilnahme erfordern.

Für den **Stand Juni 2024** trifft demnach nur noch i) zu. Vielfach wurde die Meldepflicht aufgehoben und Spitäler müssen die Aufnahme von SARS-CoV2-Patienten nicht mehr melden, sodass erst stark verzögert die Entlassungsdiagnosen wie im österreichischen SARI-Monitoring zur Verfügung stehen, wenn überhaupt. Gleichzeitig ist die Zahl der schwer akut

an SARS-CoV2-Erkrankten deutlich zurückgegangen, insbesondere der Intensivpatienten. Für ii) ebenso wie für iii) ist es nationale Definitionssache, wie man die Schwellenwerte für „Überlastung“ bzw. „beträchtliche Störung“ ansetzt. Internationale Koordination und Mitarbeit der Bevölkerung wären wünschenswert, aber Bereitschaft besteht dazu schon länger nicht mehr.

Nach ihrer eigenen neuen Definition müsste die WHO also den pandemischen Notfall für SARS-CoV2 beenden oder zumindest in Frage stellen. Aus rechtlicher und behördlicher Sicht ist es leider nicht egal, wann eine Pandemie als beendet erklärt wird, denn Pandemiepläne und entsprechende Gegenmaßnahmen basieren auf formalen Erklärungen.

Unterschiedliche Sichtweisen unter Wissenschaftlern

Während sich alle seriösen ExpertInnen einig sind, dass das Virus nicht verschwunden ist und dauerhaft unter uns weilen wird, gehen die Ansichten zur Benennung des aktuellen Zustands auseinander.

Die WHO sagt ...

“While the international public health emergency may have ended, the pandemic certainly has not.”

[Hans Henri P. Kluge, Regionaldirektor für die WHO Europa, 12.06.23](#)

Für die WHO spielt es daher keine Rolle, wie ansteckend und krankmachend das Virus ist und wie viel Bevölkerungsmündigkeit da ist. Pandemie herrscht, wenn das Virus **mehrere Länder** abdeckt. Endemisch wird es dann genannt, wenn es auf eine bestimmte Region begrenzt ist, wie Malaria etwa in manchen afrikanischen Ländern. Eine Pandemie kennt keine Grenzen, während eine Epidemie innerhalb einer bestimmten Region wütet, aber meist eingedämmt oder kontrolliert werden kann.

WHO-Exekutivdirektor **Mike Ryan** geht noch einen Schritt weiter. In den meisten Fällen würde eine Pandemie wahrhaftig erst dann enden, wenn die nächste beginnt. Ryan sagt, dass es keinen Zeitpunkt geben wird, wo die WHO herkommt und sagen würde, die Pandemie sei beendet.

Infektiologe **Anthony Fauci**, Ex-Berater der US-Regierung stellte klar, dass das Wesen des Notfalls vorüber sei, und das würde die Leute jetzt verwirren. Es bedeutet nicht, dass wir damit aufhören sollten, sich zu impfen oder unter bestimmten Umständen Maske zu tragen. Immunsupprimierte Menschen sehen keinen Unterschied zu vor, in einer US-Umfrage denkt nahezu die Hälfte von ihnen nicht, dass ihr Leben jemals wieder zur Normalität von vor der Pandemie zurückkehren würde ([USA Today](#), 12.05.2023).

Die australische Epidemiologin Raina MacIntyre ist der Überzeugung, dass SARS-CoV2 niemals endemisch sein kann, weil es sich um eine **epidemische Krankheit** handelt, die wiederkehrend hohe Infektionswellen verursacht. Es würde nicht möglich sein, mit COVID zu leben, sondern Impfstoffe und öffentliche Gegenmaßnahmen müssten vorhanden bleiben, um das Virus zu kontrollieren.

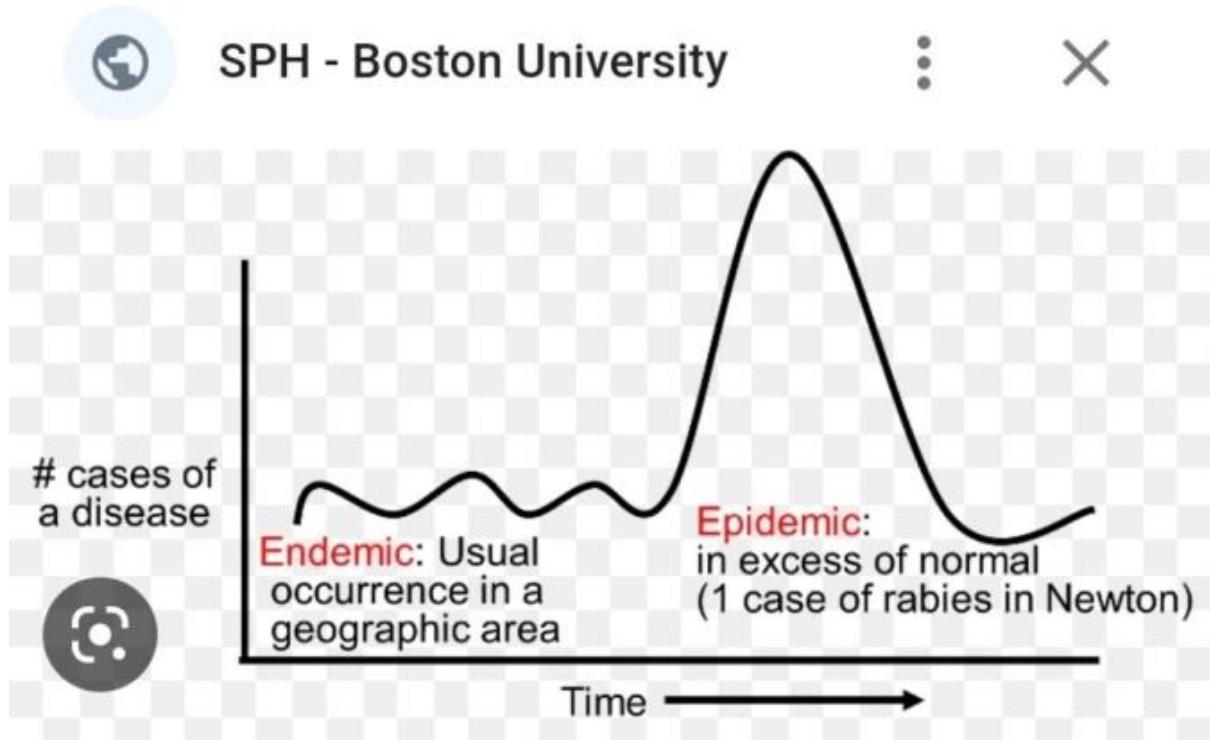
Herr Krammer, ist die Corona Pandemie für Sie eigentlich vorbei?

Florian Krammer: Für mich nicht. Für mich sind auch Influenza-Pandemien der Jahren 1968 und 2009 nicht vorbei. Wir müssen uns mit den Konsequenzen beschäftigen, und wir müssen uns damit beschäftigen, wie unser System darauf reagiert und wie man sich besser davor schützen kann. Diese Viren zirkulieren ja weiter. Also für mich ist die Pandemie in dem Sinne nicht vorbei.

[Interview von Elke Ziegler, ORF \(04.04.24\)](#)

Krammer führte weiter auf Twitter aus, dass wir auf Influenza bezogen dann sagen müssten, dass wir immer noch in der 1968er H3N2-Pandemie sein würden. Auch saisonale Influenza würde jährlich 290 000 bis 650 000 Tote hervorrufen, ein Großteil davon durch H3N2. Nur durch den Umstand, dass das Virus weiterhin zirkuliert und enorme Schäden anrichtet, hätten wir viele Pandemien, die immer noch andauern.

Die WHO sei diesbezüglich inkonsistent, wann eine Pandemie vorbei sei und wann nicht (siehe HIV vs. Influenza, die HIV-1-Pandemie ist formal nicht beendet). Er würde dafür auch Faktoren wie die Fallsterblichkeitsrate (CFR), verfügbare Gegenmaßnahmen und Vorliegen eines Internationalen Gesundheitsnotstands betrachten. Eine große Welle wie im Frühwinter 2023/2024 JN.1 wäre noch kein Beleg für eine Pandemie, das hätte es 1947 auch mit der “pseudopandemischen” Influenza gegeben.



Unterschied zwischen endemischer und epidemischer Zirkulation laut [Boston University](#)

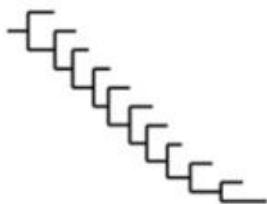
Nach der Boston University würden wir uns demnach weiterhin in einer epidemischen Zirkulation befinden, wie auch die Abwasserdaten zahlreicher Länder nahelegen – und da dies in mehreren Ländern kontinentübergreifend der Fall ist, würde es sich weiter um eine Pandemie handeln.

„Endemic refers to the constant presence and/or usual prevalence of a disease or infectious agent in a population within a geographic area.“

CDC (USA):

Nach der CDC-Definition bleibt jedoch unklar, ob dieses geographische Gebiet auch die ganze Welt umfassen darf.

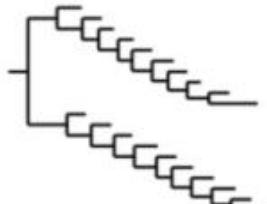
Virus-Evolution geht weiter:



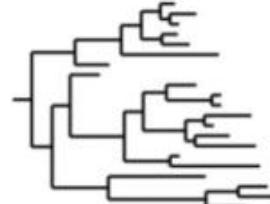
CoV-229E has ladder-like tree:

- new variants displace old ones
- new variants descend from recent successful ones

Human influenza A generally evolves this way too.



CoV-OC43 split into two ladder-like lineages. Influenza B evolves this way too. It's theoretically possible to pick well-matched bivalent vaccine.

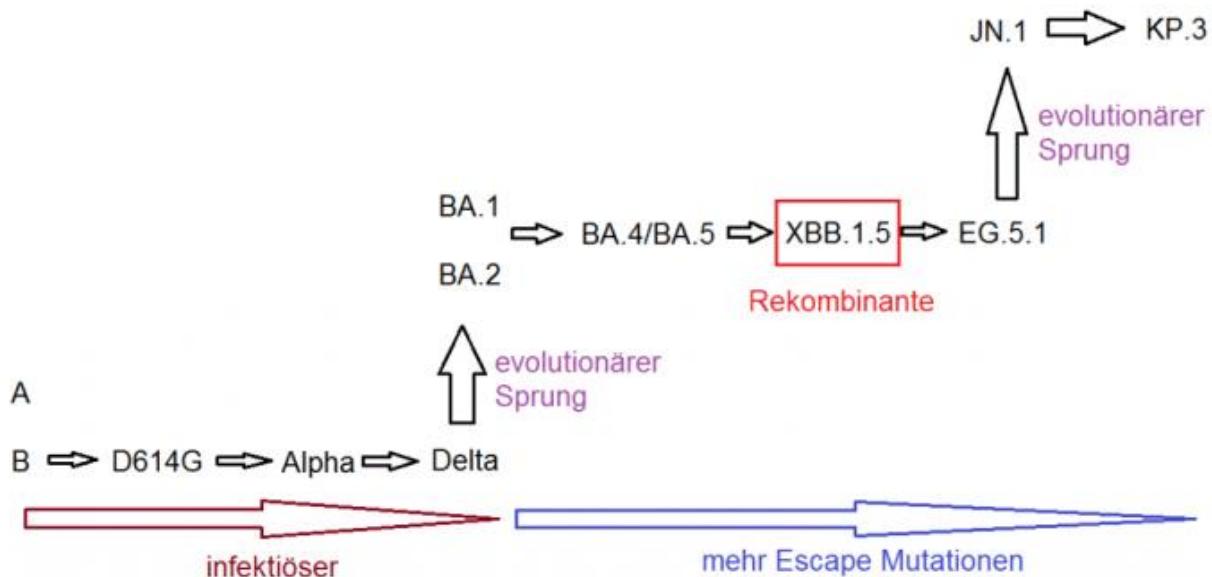


In non-ladder-like tree, next variant not descended from recent successful one. Makes picking vaccine strains difficult as seen recently for influenza H3N2.

Slide adapted from Jesse Bloom

Evolution von Alpha-Coronaviren (links, wie Influenza A), Beta-Coronaviren (Mitte, wie Influenza B) und Influenza H3N2 (rechts, Driftvariante)

Die kontinuierlichen Veränderungen im Spike-Protein und teilweise auch in anderen Bereichen führen dazu, dass die Immunantwort auf das eindringende Virus immer wieder aktualisiert werden muss. Virologen unterscheiden hier zwischen **shift und drift** ([siehe Erläuterungen hier](#)). Antigenische Drift führt zu leicht veränderten Antigenen, wobei das Immunsystem aber nicht völlig umgangen wird, weil noch Kreuzimmunität gegen Bestandteile der veränderten Variante besteht. Das ist bisher bei allen Virusvarianten von SARS-CoV2 der Fall gewesen. So gesehen handelt es sich nicht mehr um einen neuartigen Erreger, selbst dann, wenn es innerhalb der Virusentwicklung zu einem Sprung kommt wie mit den Omicron-Varianten oder Pirola (BA.2.86). Es braucht dann keine völlig neuen Impfstoffe, sondern Anpassungen an die jeweiligen Spike-Mutationen.



Bisherige Virusevolution mit in Mitteleuropa dominanten Varianten, stark vereinfacht, eigene Skizze

Die von der WHO als "Variant of Interest" eingestufte JN.1-Variante war bis dato die immunflüchtigste ist (Yang et al. 2023).

Bei einem **shift-Ereignis** wird ein Virus mit einem komplett neuen Antigen erzeugt, etwa mit dem Influenzavirus, das in den Jahren 1918 (Spanische Grippe), 1957 (Asiatische Grippe), 1968 (Hong Kong Grippe) und 2009 (H1N1, "Schweinegrippe") jeweils eine Pandemie ausgelöst hat.

Die Voraussetzungen für eine Pandemie sind demnach dann erfüllt, wenn ein **neuartiger Erreger** auf eine **immun-naive Bevölkerung** trifft – im Unterschied zur saisonalen Influenza, die jährlich während einer bestimmten Jahreszeit auftritt und typischerweise weniger schwere Erkrankungen verursacht, weil es von vorhergehenden Virussträngen Kreuzimmunität gibt.

Im Unterschied zu Influenza mutiert SARS-CoV2 wesentlich häufiger ([Markov et al. 2023](#)) und die antigenische Drift führt gemeinsam nachlassender Immunität zu mehreren Wellen pro Jahr ([Albright et al. 2023](#)). Es hat sich auch nicht bewahrheitet, dass SARS-CoV2 mit fortschreitender Virusentwicklung und Bevölkerungsmimmunität nurmehr “*Minowellen*” verursachen würde ([Callaway 05/2023](#)). Diese und andere Aussagen wie von Virologe Drosten (“virologische Sackgasse”, [Die Zeit 11/2022](#)) scheinen mir mehr auf den jeweils damaligen Ist-Zustand zu passen, aber nicht als zuverlässige Prognose.

Andere Definitionen für ein Pandemie-Ende

Historiker unterscheiden das **medizinische Ende**, wenn die Zahl der Erkrankten stark zurückgeht vom **sozialen Ende**, wenn die *Angst vor der Krankheit* abnimmt, die Menschen die *Einschränkungen* nicht mehr hinnehmen wollen – und lernen, *mit der Krankheit zu leben* (siehe Beitrag auf Quarks, 08.09.20)

Häufig ist auch davon die Rede, dass wir nun eine *völlig andere Situation* als 2020 oder 2021 hätten, weil es Impfungen und Medikamente geben würde. Doch der Zugang zu Auffrischimpfungen wurde je nach Land teilweise stark eingeschränkt und ist bestimmten Alters- oder Risikogruppen vorbehalten. Ebenso sind wirksame Medikamente wie Paxlovid

nurmehr für eng definierte Risikogruppen gedacht, doch selbst diese haben Probleme, erst einmal an erschwingliche und aussagekräftige Tests zu kommen. Prinzipiell hätten wir also die Mittel, um das Virus in der Schwere einzudämmen, aber sie werden nicht angewendet. In der letzten JN.1-Welle betrug die Übersterblichkeit in Österreich 20% – bei mageren 7% Impfrate und einen akuten Mangel in der Paxlovid-Versorgung.

Gänzlich vergessen wird bei allen (!) Definitionen und Einordnungen die hohe Zahl an Langzeitfolgen-Betroffenen, die unter der Umbrella Longcovid und bei chronischem Verlauf mit Überlastungsintoleranz als MECFS-Betroffene erfasst werden. Diese geht weltweit in die hunderte Millionen Betroffenen, die mit milden bis schweren körperlichen und kognitiven Einschränkungen leben müssen.

Was das soziale Ende betrifft, haben die Regierungen kräftig nachgeholfen, indem sie Omicron und nachfolgende Untervarianten als mild herunterspielten, und so die „Angst“ gewichen ist, bevor die Impfrate wirklich signifikant gestiegen ist. Die Politiker haben die Einschränkungen als größeren Schaden als die Virusfolgen hingestellt, um Wählerstimmen zu (zurück)gewinnen. Richtig gelernt, mit der Krankheit zu leben, hat indessen niemand, denn bei neuen Wellen sind viele wieder überrascht, dass es das Virus überhaupt noch gibt, und wer bis heute versucht, sich weiterhin zu schützen, wird gesellschaftlich ausgegrenzt.

Die Medizinhistorikerin Dora Vargha weist darauf hin, dass die Pandemie von unterschiedlichen Gruppen anders erlebt wird. Sie sprach schon [im März 2021](#) davon, dass es im besten Fall eine „neue Normalität“ geben würde.

„*Dass eine Epidemie zu Ende ist, wissen wir erst lange nach ihrem eigentlichen Ende.*“

Pandemien gehen nicht nur zeitlich, sondern auch räumlich unterschiedlich zu Ende. Bestehene Ungleichheiten können sich verfestigen, etwa anhaltend hohe Wellen in Entwicklungsländern mit immungeschwächter Bevölkerung und geringere Wellen in Ländern, wo seit jeher eine andere Kultur im Umgang mit Infektionskrankheiten besteht, etwa in Asien.

“I think there is this sort of social psychological issue of exhaustion and frustration,” the Yale historian Naomi Rogers said. “We may be in a moment when people are just saying: ‘That’s enough. I deserve to be able to return to my regular life.’”

[New York Times, Mai 2020 \(Update Dezember 2021\)](#)

Mit Blick auf Juni 2024 ist die Pandemie sozial längst zu Ende gegangen – bereits 2022 hat das begonnen, als die Regierung die Covid-Regeln sukzessive abgebaut hat und auch China unter dem Druck des westlichen Umgangs mit den Omicron-Varianten seine strikte ZeroCovid-Politik aufgegeben hatte.

Molekularbiologe Ullrich Elling hat [im Juli 2021](#) die entscheidende Frage gestellt:

„Die Frage wird sein, wie viele Tote und Long-Covid Patienten versus wie viel Lockdown die Gesellschaft akzeptiert.“

Wie wir bereits 2021 durch Parteigründungen wie MFG, Partei-Initiativen wie „Grüne gegen Impfung“ und die massive Abwehr von zur Beibehaltung von Tests, Masken, Isolation und anderer Schutzmaßnahmen quer durch die Gesellschaft gesehen haben, war die Bevölkerung offenbar schnell bereit, „Vulnerable“ zu opfern, um „in mein normales Leben“

zurückzukehren. Lufthygiene-Maßnahmen wurden weder politisch, wissenschaftlich noch medial so breit diskutiert wie es einer echten Lernkurve aus der Pandemie entsprochen hätte.

Was nun?

Wir können jetzt zwar darauf beharren, dass die Pandemie medizinisch nicht vorbei ist, weil zwar die *akute Erkrankungsrate* selbst zu Peakzeiten relativ deutlich niedriger ist und auch die Verläufe seltener tödlich verlaufen, aber weil LongCOVID weiterhin ein Problem darstellt.

Die Pandemie wäre medizinisch weit besser im Griff, wenn wir die **erworbenen Erkenntnisse** und **Werkzeuge** breiter anwenden würden: Niederschwellige Tests, erleichterter Medikamentenzugang, Impfung für alle Altersgruppen und Lufthygiene im öffentlichen Raum, vor allem in Bildungseinrichtungen, zusätzlich soziale und finanzielle Unterstützung, also weiterhin Gratistests und -masken, erhöhter Kündigungsschutz und weniger Leistungsdruck auf Kinder, die krankheitsbedingt fehlen.

Regierungspolitiker, wie Bundeskanzler Nehammer und Gesundheitsminister Rauch, äußerten seit etwa Mitte, Ende 2022 immer die gleichen Worthülsen: Die Situation habe sich geändert, wir hätten die Impfung, wir hätten Medikamente, doch beides ist nurmehr erschwert zugänglich und Infektionswellen kommen häufiger als a) angepasste Impfstoffe zur Verfügung stehen und b) Impfkampagnen anlaufen (gar nicht). Selbst betriebliche Covid-Impfungen sind vielfach nicht mehr möglich.

Mein Zugang war zuletzt, in der Überzeugung für Infektionsschutzmaßnahmen wie Lufthygiene nicht weiter auf die WHO zu verweisen, die die Pandemie nie beendet hat, weil sie das nie tun wird. Ich seh das auch deswegen kritisch, weil wir hier bei der WHO *cherrypicking* betreiben.

Die WHO hat ...

- das PHEIC zu spät ausgerufen
- sich aus falscher Rücksicht auf China zuerst geweigert, das Virus SARS (2) zu nennen. COVID19-Virus ist doppelt gemoppelt. So hat man verhindert, aus SARS-CoV (1) zu lernen, mit dem SARS-CoV2 genetisch eng verwandt ist.
- Pressekonferenz im Februar 2020, wo Mike Ryan Tedros bei „airborne“ korrigiert hat – fortan wurde nurmehr von Tröpfchen geredet
- Händewaschen wurde überbetont
- Zuerst wurde von Masken gegen die Allgemeinheit abgeraten, angeblich, weil sie nur bei aerosolgenerierenden Prozessen im Krankenhaus einen Nutzen hätten – tatsächlich herrschte anfangs eine Knappheit an Masken
- 1-2m Abstand halten ohne Evidenz dafür
- späte Einigung auf eine Definition von LongCOVID, keine Berücksichtigung für das PHEIC
- späte Anerkennung von Aerosolen als Hauptübertragungsweg
- Definition Variant of Concern (Voraussetzung für neuen Namen) so geändert, dass sie de facto nie mehr eintreten kann, mit Verweis auf das ewig bleibende „milde Omicron“ wurde die Pandemie sozial beendet.

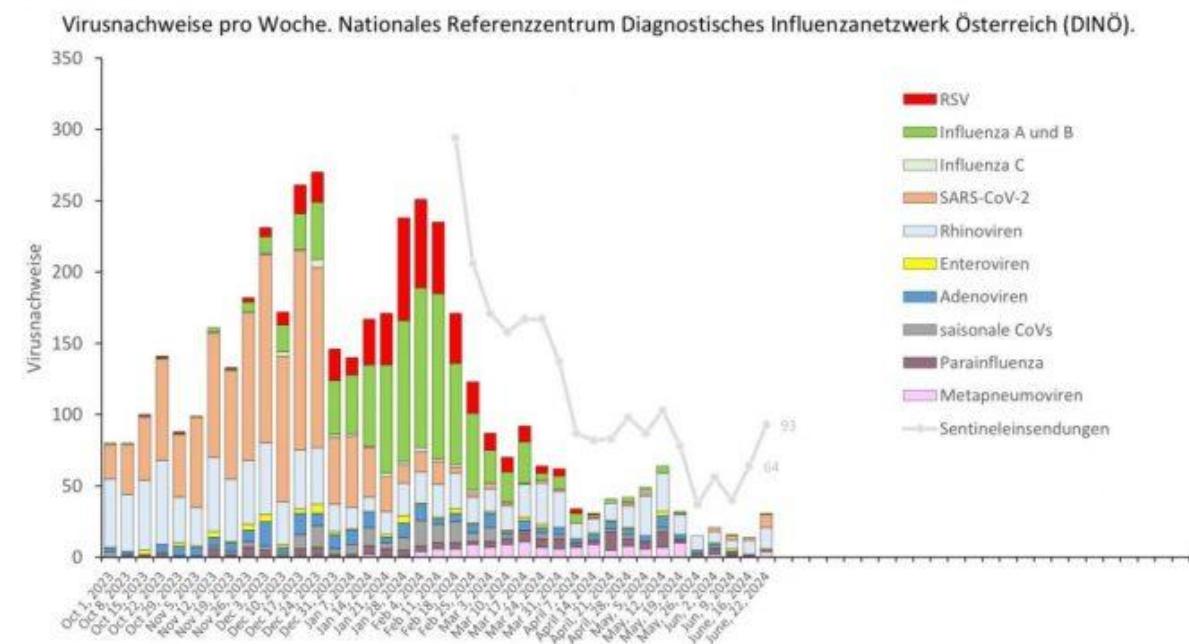
Es ist daher Rosinen picken, den Status der Virusverbreitung daran festzumachen, was die WHO sagt. Viel wichtiger sind wissenschaftliche Begründungen, um diese Meinung zu validieren, oder als Lehre aus der Pandemie im Hinblick auf andere Infektionskrankheiten und

der Zunahme von impfbaren Erkrankungen wie Masern und Keuchhusten unabhängig von SARS-CoV2 auf Infektionsschutz (Lufthygiene u.a.) zu beharren. Die WHO-Ansicht ist damit nicht irrelevant, aber auch nicht das Maß aller Dinge.

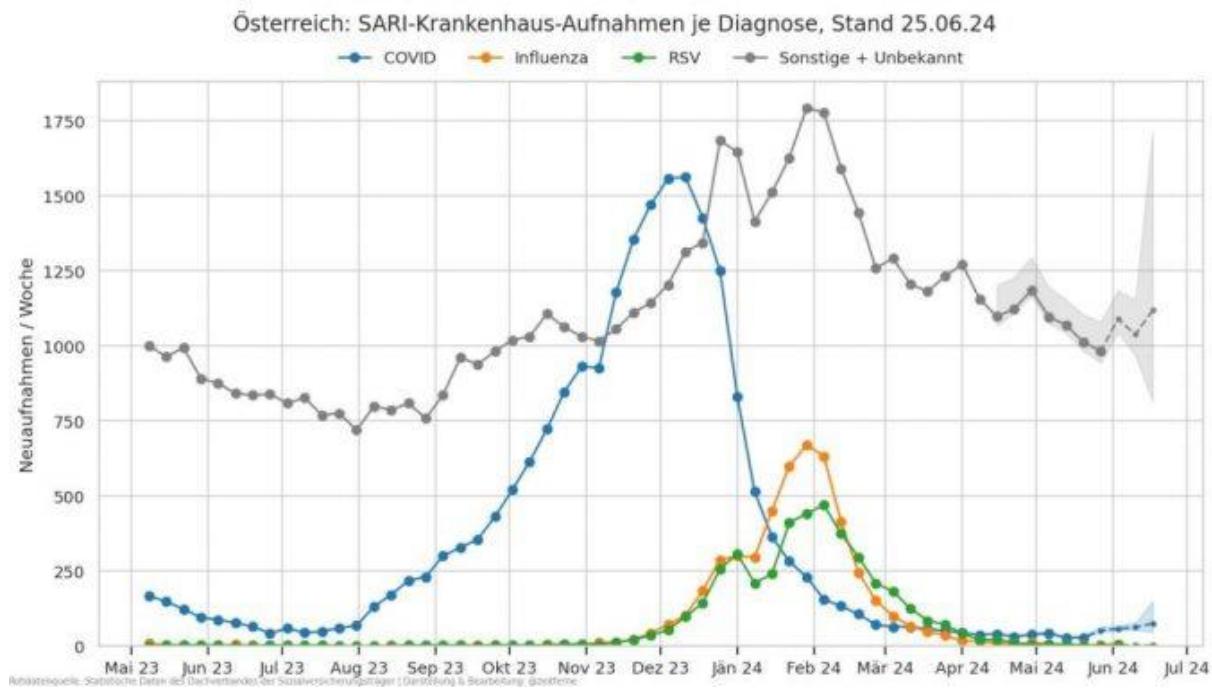
Österreich: Frühsommerwelle ist angekommen

[Juni 25, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [2 Kommentare](#) / [Bearbeiten](#)

Aktualisiert: 22.06.2024



Fallzahlen sind das etwa **8000 bis 10000 Neuinfektionen pro Tag** in ganz Österreich – so viel hatten wir im Herbst 2021 am Höhepunkt der Delta-Welle, ehe der vierte Lockdown kam. Es heißt jetzt oft, dass die Situation heute weitaus weniger besorgniserregend sei als damals, aber das bezieht sich seit Beginn der Pandemie ausschließlich auf die Kapazitätsengpässe in den Spitälern – und da auch ausschließlich aufgrund von SARS-CoV2 und nicht auf die Gesamtbelastung. Aufgrund der Impfungen und Omicron-Varianten treten deutlich weniger schwere Lungenverläufe auf, die invasive Beatmung erfordern, daher ist die Zahl der Normal- und Intensivpatienten in den letzten zwei Jahren kontinuierlich gesunken.



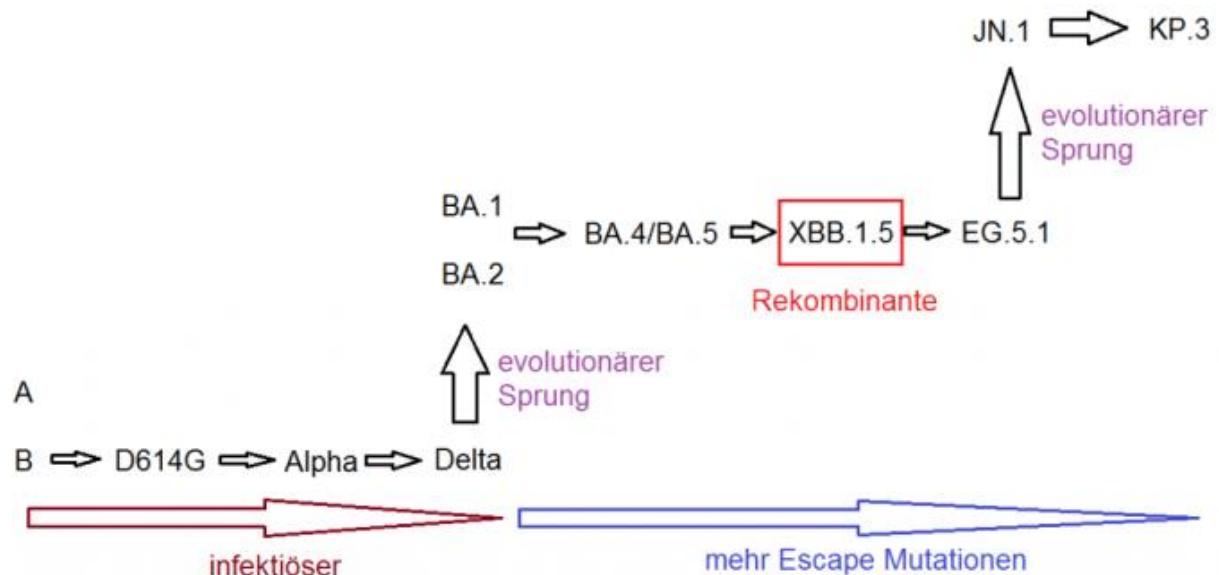
Anzahl der stationären Aufnahmen wegen SARS-CoV2, Influenza und RSV in der Wintersaison 2023/2024, Quelle: [SARI-Dashboard](#), visualisiert von @zeitferne, 25.06.24

Trotzdem liegt die Zahl der Einweisungen aufgrund einer SARS-CoV2-Diagnose in Österreich weiterhin deutlich über jenen anderer schwererer Infektionskrankheiten. Zu Spitzenzeiten waren es rund 1500 pro Kalenderwoche bei JN.1, während die Influenza an ihrem Peak knapp 680 vorzuweisen hatte – einmal im Jahr wahrgemerk, während es mit SARS-CoV2 weiterhin etwa alle vier Monate eine neue Variante gibt und zumindest zwei größere Wellen im Jahr.

Hier irrt Virologe Drosten, der im [letzten STANDARD-Interview](#) behauptet hat, dass wir beim Sterberisiko oder Krankenhausaufnahmen in einen *vergleichbaren Bereich* kommen würden, siehe [Kopel et al. 2023](#) oder [Xie et al. 2023](#). Dafür erwähnt er als Einziger, dass es immer noch viele neue Long-Covid-Fälle gibt, „*dieses Risiko scheint auch bei wiederholten Infektionen bisher nicht deutlich weniger zu werden.*“ Enttäuschend vor allem die Interview-Führerin Pia Kruckenhauser, [die 2023 noch für einen LongCOVID-Artikel ausgezeichnet wurde](#), hier aber drei Mal bei den Schulschließungen nachhakt, ohne zu erwähnen, dass Kinder und Lehrer ebenfalls von LongCOVID betroffen sind, geschweige denn durch die später offenen Schulen viele vulnerable Eltern gestorben oder schwer erkrankt sind.

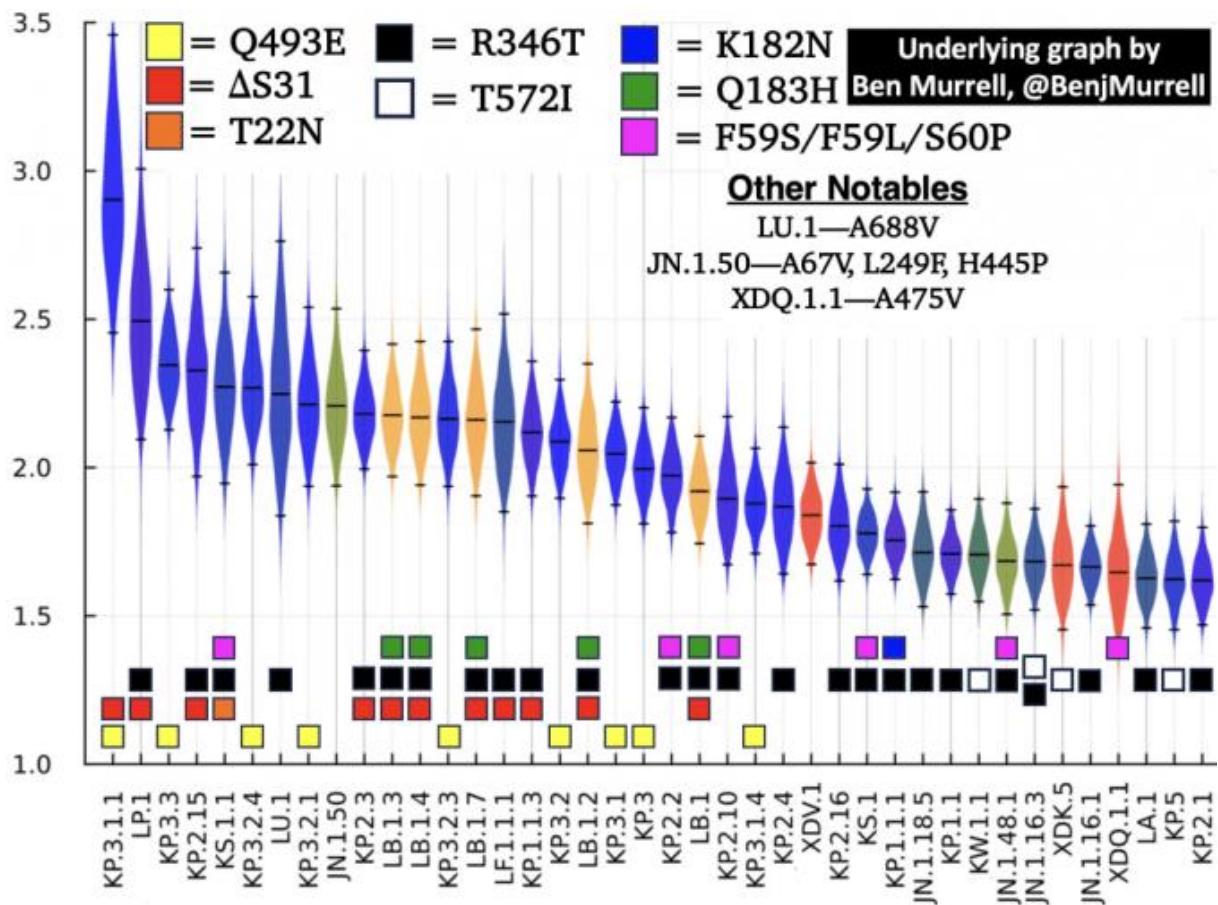
KP.3-Varianten mit schnellstem Wachstum

Meine vereinfachte Skizze zeigt, dass die ersten Varianten bei einer immunnaiven Bevölkerung zunächst deutlich infektiöser wurden, mit wachsender Immunität durch Impfung und Durchseuchung nahmen die Escape-Mutationen zu. Das ist kein entweder-oder, sondern es gibt immer Mutationen, die etwas infektiöser machen, meist aber zulasten der Fluchtmutationen.



Vereinfachte Skizze der Virusevolution von SARS-CoV2 – made my me

Der Gewinner ist jetzt KP.3.1.1



Wachstumsvorteil der JN.-1-Varianten gegenüber der Muttervariante JN.1, vor allem durch die Q493E-Mutation und die Deletion S31-Mutation, Grafik adaptiert von Ryan Hisner

KP.3 entkommt vor allem **Class-1-Antikörper** und kann stark flüchtige rezeptorbindende Mutationen wie **A475V** aufsammeln. Durch das **Gleichgewicht von F456L und L455S** ist Q493E nicht mehr schädlich für die **ACE2-Bindung**. Untervarianten von KP.3 mit der Spike-Mutation **ΔS31** sind noch effektiver im Wachstum, denn sie fügen Glykane hinzu. Zuckerketten können dem Spike-Protein dabei helfen, sich vor Antikörpern zu verstecken ([Liu et al. 2024](#)).

Unterm Strich bleibt also:

Die neuen Varianten entkommen der bestehenden Immunität durch Infektion (zuletzt JN.1-Welle) und Impfung (XBB.1.5-Impfstoff, nur 7% in Österreich geboostered), weshalb es viele Reinfektionen und Durchbruchsinfektionen gibt. Bei älteren und immungeschwächten Menschen spielt auch *waning* eine Rolle, also der natürliche Abbau der Immunität gegen schwere Verläufe. Sonst sind vor allem ungeimpfte Kleinkinder gefährdet, die mit dem Virus noch nie Kontakt hatten.

Die FDA hat angekündigt, dass die neuen Impfstoffe für Herbst 2024 den **KP.2-Virusstrang** enthalten sollten, der [Protein-Impfstoff von Novavax](#) wird mit JN.1 aktualisiert, soll aber auch gegen KP.2 und KP.3 wirken.

Wir sind mehr krank als vor der Pandemie

Ein [Bloomberg](#)-Artikel bestätigte neulich den subjektiven Eindruck, dass weltweit Menschen häufiger krank sind als vor der Pandemie. Dafür gibt es verschiedene Gründe: Sinkende Impfraten wie gegen Keuchhusten und Masern, nachlassende Immunität wie gegen Influenza und durch Erderwärmung häufiger auftretende Erkrankungen wie Dengue-Fieber oder Cholera. Doch das sind nicht die einzigen Ursachen. Keuchhusten trat vor der Pandemie erheblich seltener auf als jetzt. Infektiologen sehen fast täglich Fälle, auch bei zuvor gesunden Menschen. Ebenfalls deutlich gestiegen sind die Fälle an Streptokokken und Parvovirus B19 (Ringelröteln, nicht zu verwechseln mit Röteln, gegen das geimpft werden kann). Ich hab mich bewusst zurückgehalten, aber es ist nicht mehr verschweigbar, dass [durch SARS-CoV2 beeinträchtigte Immunsysteme](#) eine wesentliche Rolle spielen.

Wie von Drosten im Interview oben wohl zähneknirschend angedeutet, zeigen [mehrere Studien](#) der letzten Jahre, dass mit **weiteren Infektionen** das LongCOVID-Risiko zunimmt, bei manchen Betroffenen war es mitunter erst die vierte, fünfte oder sechste Infektion. Es ist natürlich logisch, dass dieser Eindruck in längeren Phasen mit geringer Viruszirkulation abgeschwächt ist, weil dann schlicht die Wahrscheinlichkeit sinkt, sich erneut zu infizieren.

(**Update, 29.06.24** – Grafik entfernt, nachdem der Ersteller auf Anfragen bzgl. einer zweifelhaften Kurve nicht reagiert hat)

Die EM fördert den Anstieg der Welle

Ich habe immer wieder auf diese Gefahr hingewiesen, und mit der Europameisterschaft 2020, die im Juni 2021 nachgeholt wurde, verglichen. Erste Hinweise darauf gab es in Italien, wo Gesundheitsexperten [im Juli 2021](#) auf einen Zusammenhang mit steigenden Infektionszahlen hinwiesen. Nachgewiesen wurde das dann für Schottland ([Marsh et al. 2021](#)) und später in 17 Ländern, die an der EM teilgenommen hatten ([Casini and Rocetti 2021](#)). Später wurde gezeigt, dass die EM 2021 rund 840 000 zusätzliche Corona-Infektionen verursacht hat ([Dehning et al. 2023](#)), und zwar weniger in den Stadien als bei privaten Treffen, in Kneipen und Wohnungen, wo gemeinsam Spiele geschaut wurden.

Im Gegensatz zu damals gibt es jetzt Null nichtpharmazeutische Interventionen und der ~~Massentourismus~~ Reiseverkehr hat teilweise ein höheres Niveau als vor der Pandemie erreicht.

Viel Glück!

Es hilft das, was immer hilft: Kein Volltrottel sein

Mit Symptomen zuhause bleiben, Maske tragen, ABSTAND zu anderen Menschen halten, und nicht wie der Volltrottel im fast leeren Bus mit dem Keuchhusten, der sich genau nebenan in die Reihe setzt, obwohl ich extra ganz hinter gegangen bin.

Lufthygiene, Luftreiniger, regelmäßig Lüften, blabla. Ich mag nix mehr sagen, weils eh jedem wuascht ist. Durch Augen verschließen verschwinden Probleme halt nicht, aus dem Alter sollten wir längst draußen sein.