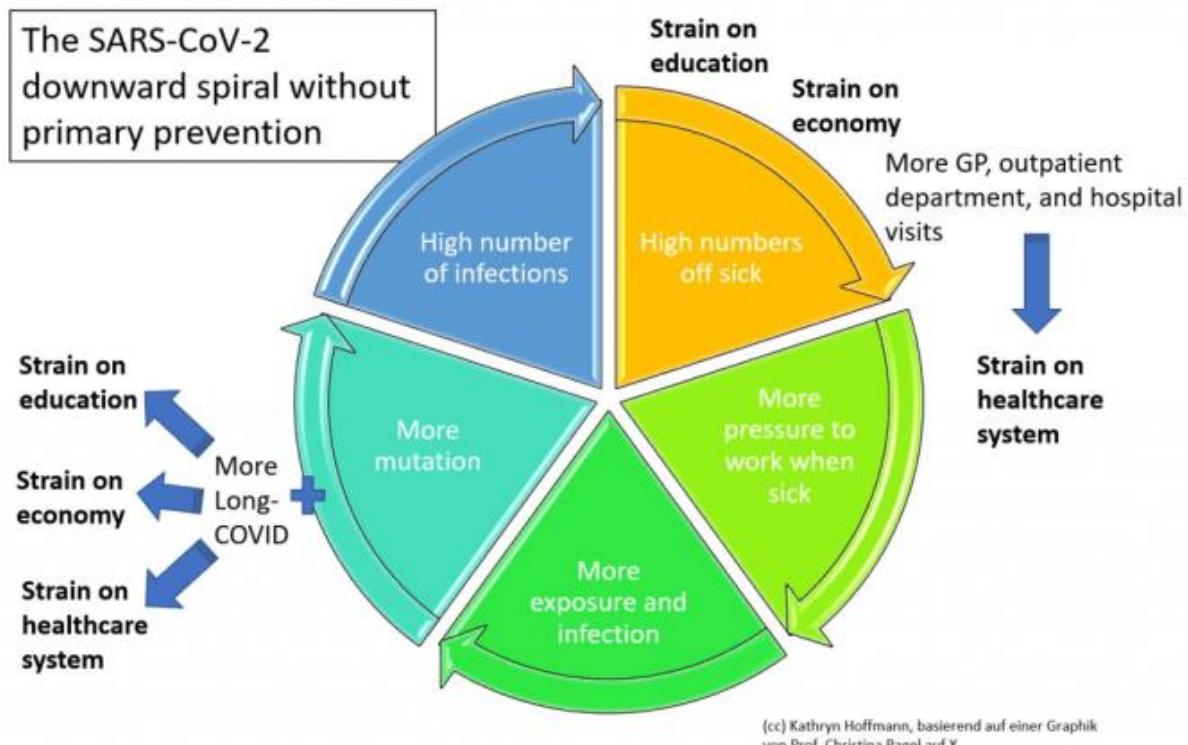


# Faktencheck zum 02.07.24 – Fokussierte Inkompetenz und Desinformation

Juli 4, 2024 / [CitizenJournalist](#) / [Keine Kommentare](#) / [Bearbeiten](#)



Abwärtsspirale aus ständigen Neuinfektionen, mehr Mutationen, mehr Infektionen, Krankenständen, Exposition und LongCOVID, Grafik von Prof. Pagel und adaptiert von Prof. Hoffmann

Ich bin mir vollkommen bewusst, dass in diesem Stadium der kollektiven Verdrängung Faktenchecks nichts mehr bringen. Dennoch kann man nach so einem Interview, wie Armin Wolf am 2. Juli 2024 in der ZiB2 mit Virologin Dorothee von Laer, nicht einfach zur Tagesordnung übergehen. Wir reden hier über Dammbrüche, über die Macht der Worte, über Entmenschlichung und über schwerwiegende Konsequenzen.

Die Realitätsverzerrung hat schon in der Vorwoche mit einem [STANDARD-Artikel](#) begonnen, wo die Autorin herumlaviert hat, [ob es sich schon um eine Welle handelt oder nicht](#). Eine genaue Definition dafür gibt es epidemiologisch offenbar nicht – sie kennzeichnet sich durch einen Anstieg der Neuinfektionen in der Grafik.

„Von einer neuen Covid-Welle kann man dabei in Österreich noch nicht sprechen, zuletzt sind die Werte im Abwasser aber wieder leicht gestiegen,“ und zwei Sätze weiter „Es könnte sein, dass sich die Welle, die sich gerade beginnt aufzubauen, durch die beginnenden Ferien einbremst,“

Der Wendepunkt laut Abwassermanagement war um den 7. April herum. Seitdem steigen die Abwasserwerte beständig an, ab etwa 5. Mai mit exponentiellem Wachstum. In Inzidenzen ausgedrückt waren das [gemäß Kalibrierung mit Sentisurv RLP, CIS, AMELAG, etc.](#) rund 4000 Neuinfektionen pro Tag Mitte April und rund **8000 Neuinfektionen pro Tag** Mitte Mai.

Seitdem haben sich die Abwasserwerte vervierfacht – die Zahl der Neuinfektionen ist also klar **fünfstellig** und das hört man auch, wenn man sich im öffentlichen Raum bewegt und sich ein bisschen umhorcht im Bekannten- und Kollegenkreis. Zum Vergleich: In der zweiten Welle (sic!) im Herbst 2020 gab es zu diesem Zeitpunkt bereits einen Lockdown. Fazit: Wir sind bereits in einer Welle!

Der vorläufige Höhepunkt war wohl die Wortmeldung vom PVA-Verwaltungsratsmitglied für die Dienstgeber, Rolf Gleißner, in mehreren Zeitungen:

„Wir hoffen sehr, wenn die Immunabwehr gegen Covid oder Grippe wiederhergestellt ist, dass wir dann wieder zu niedrigen Krankenständen zurückkehren.“

*Rolf Gleißner im KURIER, 02.07.24*

„Das könnte daran liegen, dass die Immunabwehr der Menschen durch ebendiese Hygienemaßnahmen nachhaltig geschwächt worden sei.“

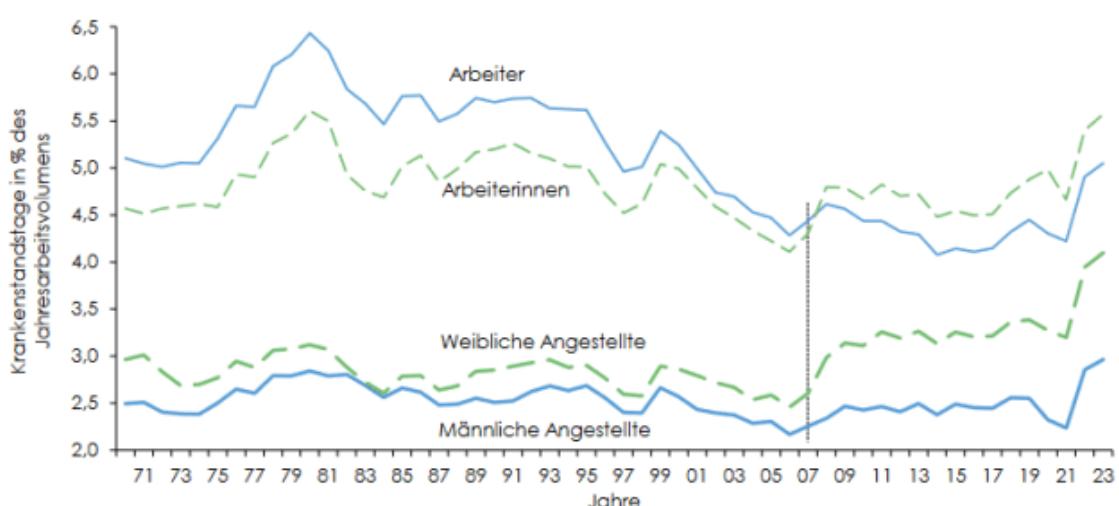
*derselbe im STANDARD*

Gleißner entgegnete auf massive Kritik, dass damit die „Nachholeffekte“ gemeint seien, doch welcher Logik folgt das? Für SARS-CoV2 und auch für Influenza gibt es keine anhaltende Immunität, da jährlich ein anderer Virusstrang dominiert und die Immunität durch Impfung und Infektion unterläuft. Ärzte hätten ihm das „unisono“ gesagt, freilich nennt er keine Namen.

„Auch wenn die Krankenstände 2022 und 2023 ... gestiegen sind, ist das Niveau langfristig gesehen vergleichsweise niedrig ...“

*ÖGK-Obmann für die arbeitnehmer, Andreas huss, Fehlzeitenreport 2024*

Abbildung 1.19: **Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht**  
Österreich



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der Krankenstandsstatistik kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem statistischen Bruch.

Niedrig? Nicht wirklich. Ein für österreichische Transparenz [umfangreiches Dashboard zu Krankenständen](#), unterteilt in Altersgruppen, Branchen und Art der Erkrankung gibt es seit kurzem.

„Seit der Pandemie sei das Bewusstsein dafür, erkrankt nicht in die Arbeit zu gehen, um niemanden anzustecken, gestiegen. Das sei wiederum für die Betriebe eine große Belastung.“

[Gleißner im ORF, 02. Juli 2024](#)

Kompletter Schwachsinn. Das Bewusstsein ist überhaupt nicht gestiegen, im Gegenteil. Im besten Fall machen jetzt kranke Menschen mehr Homeoffice (schonen sich dadurch aber auch nicht), aber es ist sonst fast schlimmer als vor der Pandemie, es gehen mehr Menschen krank arbeiten und sie müssen das auch, weil es keinen Kündigungsschutz im Krankheitsfall gibt. Es bleiben jedenfalls nicht mehr zuhause, sondern es sind einfach mehr krank. Diese stecken dann ihre Kollegen an und so leidet dann die Wirtschaft unter den steigenden Krankenständen. Würden alle zuhause bleiben mit Symptomen, gäbe es weniger Angesteckte in den Betrieben, also in Summe weniger Krankenstände.

Update, [Drosten-Interview mit NTV, 07.07.24](#):

Ja, es ist vorbei als Pandemie. Wir erwarten im Moment eine Sommerwelle in ganz Europa und auch in anderen Teilen der Welt. Noch gelingt es bestimmten Varianten besonders gut, der Immunität zu entkommen. Daher sind wie zurzeit eben Sommerwellen noch möglich. Später wird das für das Virus wohl nur noch im Winter funktionieren. Dennoch: Die Krankheit ist in ihrer Spur begrenzt durch die breite Immunität in der Bevölkerung. **Wir wissen nicht ganz genau, wie häufig ein Erwachsener eine Infektion haben muss, um diese dann gar nicht mehr zu bemerken. Im Moment scheint das noch nicht zu reichen.** Viele Leute haben jetzt so zwei, drei oder sogar vier Infektionen hinter sich. Und trotzdem werden sie immer noch krank, wenn sie so eine Variante bekommen. Viele haben noch ein bisschen Fieber und fühlen sich allgemein sehr krank. [...] Wir sind jetzt da, wo viele das Virus am Anfang der Pandemie gerne gehabt hätten: **bei einer normalen Influenza ungefähr.** [...]

Siehe restlichen Blogtext. Der Influenza-Vergleich passt nicht. Die Anmerkung, dass man sich noch nicht oft genug reinfiziert hat, damit das Virus milde genug ist, erscheint zynisch angesichts der vielen Betroffenen, deren Leben schon nach *einer milden* Infektion von der Qualität her vorbei ist. Saisonalität? Warum sind Rhinoviren ganzjährig effektiv? Ich verstehe einiges nicht, was ich ihn gerne fragen würde. Sein Buch hab ich mir übrigens bestellt, weil ich ihn als Wissenschaftler schätze.

## Faktencheck zur ZiB2

Es gibt jetzt eine neue Transkriptfunktion, die von der APA übernommen wird. Statt einer einzigen Grafikdatei gibt es das Transkript als Drop-Down-Text. Wenn ich also ein Interview archivieren will, muss ich, wie in diesem Fall sechs Screenshots machen und kann auch nicht mehr auf das Transkript direkt verlinken. Keine Verbesserung für den Endnutzer also, aber das sind wir im [Kaufhaus-Österreich-Land](#) ja gewohnt. Zumindest die Barrierefreiheit ist hergestellt.

Der Faktencheck erfolgt mit der bewährten Truth-Sandwich-Methode.

\*

## Vorbericht zum Interview:

Naghme Kamaleyan-Schmied (Ärztekammer Wien):

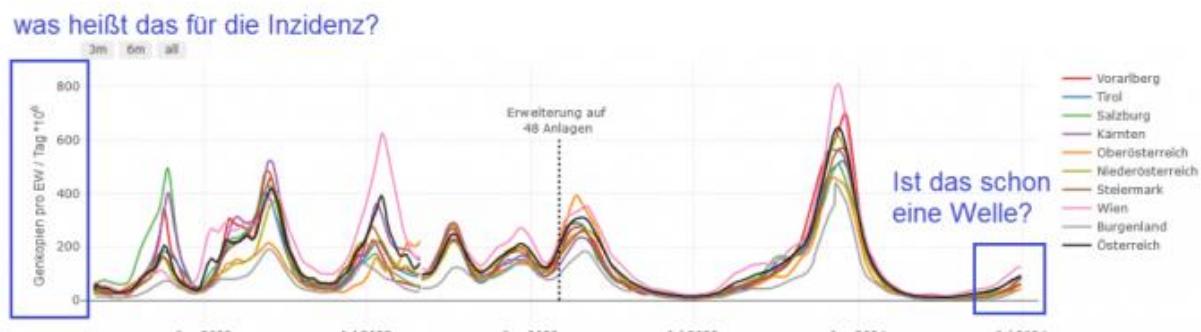
„Covid wird totgeschwiegen. Es redet keiner mehr über Covid und das wird eine Belastung sein. Und ich wünsche mir, dass man aus den Fehlern der letzten Jahre gelernt hat und einfach vorausschaut. Ich meine, wir haben, es wiederholt sich ja die Geschichte. Die Reiserückkehrer kommen zurück, bringen Covid rein, im Herbst haben wir wieder die Kontakte, die Schule beginnt, die Zahlen explodieren.“

Neuwirth errechnet aus den Abwasserdaten eine Inzidenz von 100 pro 100 000 **pro Woche**, für andere Experten nicht nachvollziehbare Zahlen (siehe oben). Kamaleyan-Schmied fordert wieder Gratistests, geeignet hat sich die Ärztekammer aber noch nicht mit der Sozialversicherung. Neuwirth fordert den Zugriff auf die einzelnen Kläranlagen der 48 Standorte, um regional aussagekräftigere Zahlen zu bekommen.

\*

## Fakt: Wir haben eine Sommerwelle.

Personengewichtete Verläufe der Bundesländer (und gesamt Ö):



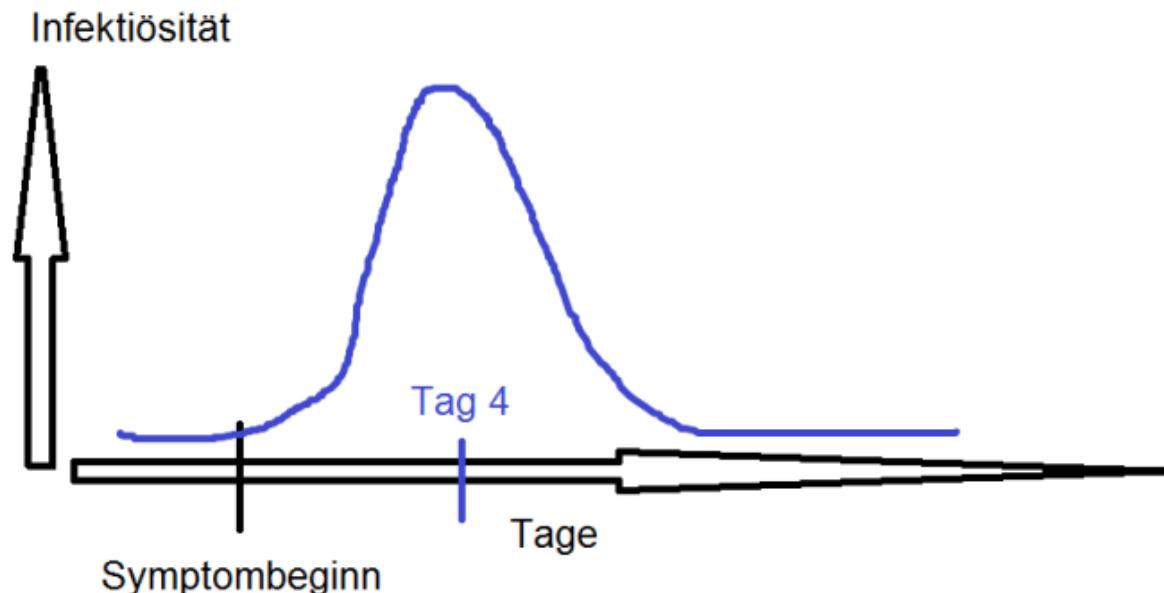
[Abwassermanagement Bundesländer Österreich, Stand: 30.06.24](#)

*Behauptung: „Wir sehen einen ganz leichten Anstieg im Wasser, im Abwasser.“*

Dissens: Wie oben ausgeführt haben wir bereits eine Welle. Das Schuljahr geht gerade zu Ende, viele SchülerInnen sind krank, in einzelnen Betrieben kommt es zu Personalengpässen. Nicht einmal ein Zehntel der Gesamtbevölkerung hat letzten Winter den angepassten Impfstoff erhalten. Es gibt hunderttausende Betroffene von LongCOVID, aber keine effektive Therapie und kaum Anlaufstellen. Es gibt, obwohl in geringerer Inzidenz als vor ein paar Jahren, weiterhin neue Betroffene von Langzeitfolgen, die mehrheitlich Frauen betreffen.

Wolfs Frage war, „wie besorgniserregend“ die aktuellen Zahlen sein würden, aber es geht nicht um Sorge, sondern darum, *den Menschen nahezulegen, wieder mehr auf Prävention zu achten – für sich selbst und für andere.* (Zitat Jakob-Moritz Eberl, Experte für politische Kommunikation).

**Fakt:** Die derzeit vorhandenen Schnelltests erkennen auch die neuen Varianten zuverlässig, wenn man sie richtig anwendet.



Vier Jahre nach Pandemiebeginn hat sich der Peak der Viruslast verschoben zu Tag 3-4 nach Symptombeginn und nicht mehr um den Symptombeginn herum (eigene Skizze, nach [Frediani et al. 09/2023](#))

Behauptung: „*Die Antigentests reagieren mit den neuen Varianten etwas schlechter, die sind nicht mehr so aussagekräftig.*“

**Dissenz:** Viele versichern einem derzeit, dass ihre respiratorischen Symptome (Schnupfen, Husten, Fieber, Halsweh) kein Covid seien, sie hätten einmal (sic!) getestet und der Test war negativ. Zur Erinnerung: Antigentests sind nicht als einmaliger Test gedacht – sie sind ungenau und schlagen zu 92% nicht bei den ersten Symptomen an. Nach zwei Tagen sinkt die Rate falschnegativer Testergebnisse auf 70%, nach drei Tagen bereits auf 33% ([Middleton and Larremore 2024](#)). Im Abstand von **48 Std.** getestet erkennen drei Tests 94% der symptomatischen und 57% der asymptomatischen Fälle ([Son et al. 2023](#)).

Die Abstrichgenauigkeit erhöhen lässt sich, wenn man ...

- einen tiefen Rachenabstrich macht (mindestens eine Stunde davor nichts mehr essen/trinken)
- erst Rachen, dann Nase testet
- vor dem Nasenabstrich Nase putzen
- Naseninnenwände gut abstreicht, an mehreren Stellen Sekret entnehmen
- in der Testflüssigkeit mindestens zwei Minuten belassen, gut ausquetschen
- einen fetten Kontrollstrich hat (sonst ist der Test nicht mehr gültig)
- auch dünne Striche/Schatten gelten als positiv

**Fakt:** Jeder Mensch sollte unabhängig vom Alter und Risikofaktoren testen, um die Art der Viruserkrankung zu erfassen. Das ist wichtig für die Dauer der Schonungszeit als auch für spätere etwaig auftretende Langzeitfolgen einer Corona-Infektion.

Behauptung: „*Es würde ausreichen, wenn kranke Menschen daheim bleiben.*“

### **Dissenz:**

Es betrachten sich auch Menschen als gesund, die Risikofaktoren haben, diese aber verdrängen. Das ist das Eine. Das Zweite ist, dass erkrankte Menschen nicht nur in Single-Haushalten leben, sondern im Familienverband und zuhause bleiben nicht reicht, sondern sich bestenfalls isolieren, Maske tragen, viel lüften und Luftreiniger benutzen, um Folgeansteckungen zu vermeiden. Drittens ist es wichtig für einen selbst und behandelnde Ärzte zu wissen, ob man gerade Covid hatte, wenn im Abstand von ein paar Wochen oder Monaten plötzlich unerklärliche oder neue Symptome auftreten (Long/Post Covid), um die Ursache korrekt zu behandeln. Viertens sollte man sich nach einer Corona-Erkrankung auch nach Abklingen aller Symptome anders verhalten als etwa bei einem Rhinovirus, das heißt, mehrere Wochen schonen und maximal leichte körperliche Aktivität, ohne die Belastungsgrenze zu überschreiten, um Folgeschäden zu minimieren bzw. zu verhindern.

**Fakt: Wir haben jetzt schon eine Welle und bedrohlich sind die Infektionszahlen auch ohne Überlastungsgefahr von Intensivstationen, nämlich für all jene mit Kindern, die selbst oder deren Angehörige Risikofaktoren aufweisen und sich de facto nicht schützen können.**

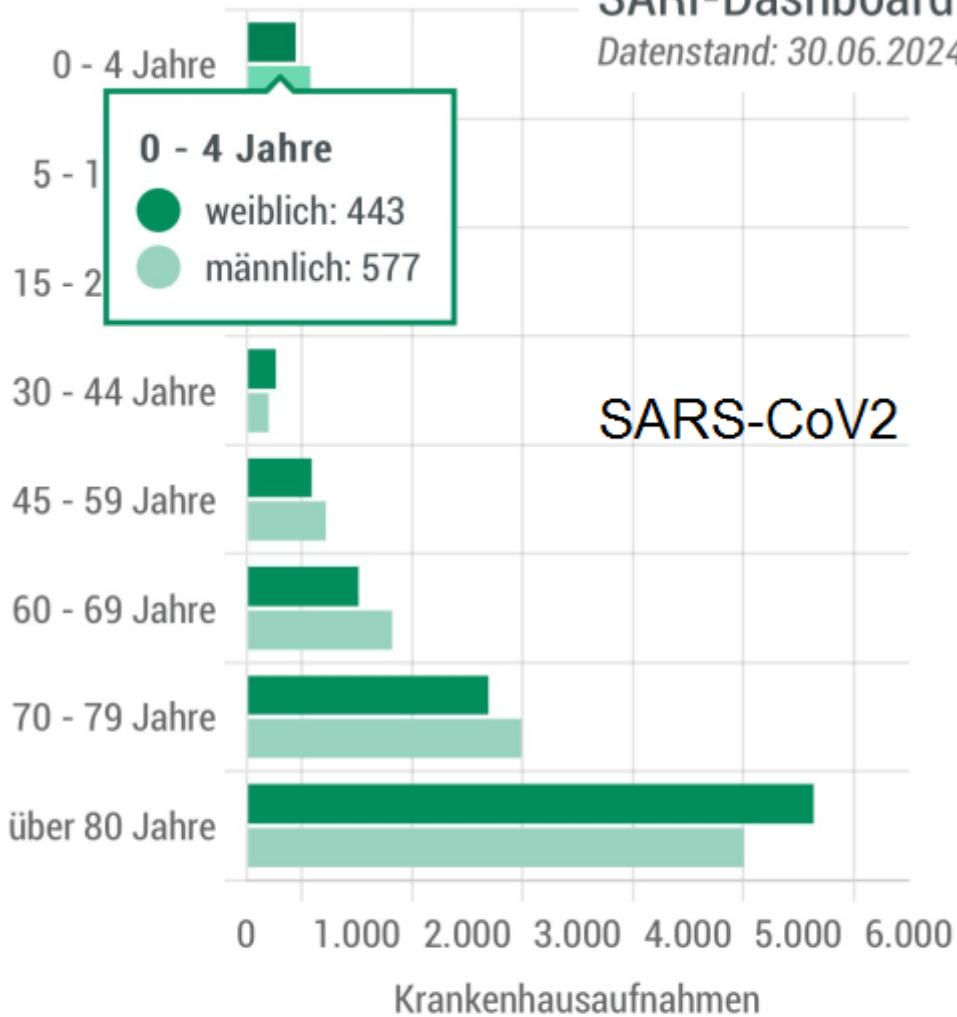
Behauptung: „*Ich rechne sogar im Sommer jetzt mit einem kleinen Buckel, vielleicht noch keine Welle. Keine bedrohliche Welle, was Hospitalisierung betrifft. „Aber man sollte auch jetzt schon, wenn man einen Risikofaktor hat, vielleicht im Gedränge in der Bahn oder ähnlichem dann doch eine Maske aufsetzen.“*

**Dissenz:** Bereits von Long COVID oder MECFS Betroffene dürfen sich nicht erneut anstecken, weil das oft eine Zustandsverschlechterung zur Folge hat. Menschen mit Risikofaktoren leben nicht im Vakuum oder auf einer Insel, sondern sind – waren – Teil der Gesellschaft, mit Jobs, mit schulpflichtigen Kindern, Teil einer Gemeinschaft oder eines Vereins. Wie sollen sich diese Menschen vor einer Infektion schützen, wenn sonst niemand mitmacht? Zudem gefährden hohe Infektionszahlen durchaus die gesundheitliche Versorgung, wenn vermehrt Gesundheitspersonal erkrankt, aber auch Patienten, die wegen einer anderen Erkrankung im Spital liegen, durch Covid eine Verschlechterung erfahren oder versterben.

**Fakt: Wir sind alle Menschen und unterscheiden seit Ende des Nationalsozialismus als gesellschaftlicher Grundkonsens hoffentlich nicht mehr zwischen „normal und gesund“ und „abnormal und krank.“ Das amerikanische Center for Disease Control and Prevention (CDC) empfiehlt die Auffrischimpfung unabhängig von Alter und Risikofaktoren für alle Menschen ab 6 Monaten und älter.**

## SARI-Dashboard

Datenstand: 30.06.2024



27. KW 2023

26. KW 2024

Unvollständige Daten für Zeitraum\*: 25. KW 2024 - 26. KW

2024

Hospitalisierungen seit letztem Jahr, nach Altersgruppen ([SARI-Dashboard](#))

Behauptung: „Als normaler gesunder Mensch hätten wir alle inzwischen eine gute Immunität. Im Krankenhaus würden immer die 65 Jährigen und älteren landen, aber auch Asthma- und Diabetespatienten. Die normalen gesunden Erwachsenen und Kindern sollten sich auf keinen Fall mehr zu einem „Impfzwang“ oder zu einer Impfverpflichtung verpflichtet fühlen.“

**Dissens:** Strohmann-Argumente und Wording der Rechtsextremen haben nichts verloren aus dem Mund einer seriösen Wissenschaftlerin. Es gab nie einen Impfzwang, die Impfpflicht wurde nie exekutiert. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren wären sowieso ausgenommen gewesen. Die gute Immunität konnte leider über eine halbe Million LongCOVID-Betroffene nicht verhindern und es kamen auch aus der letzten Winterwelle (JN.1-Welle) neue

Betroffene hinzu, sagen Spezialisten der Erkrankung, die u.a. entsprechende Ambulanzen betreuen. Darunter Menschen ohne bekannte Risikofaktoren, auch Kinder.

Weiters sind auch erneute Infektionen ein bekannter Risikofaktor für Langzeitfolgen, das kann auch erst nach der dritten, vierten oder fünften Infektion der Fall sein (z.B. [Marra et al. 2023](#), [Hadley et al. 2023](#), [Kostka et al. 2023](#), [Kukreti et al. 2024](#)). LongCOVID-Forscher Aly hat dieses Risiko zuletzt in einem Interview mit [Statnews \(09/2023\)](#) erneut dezidiert festgehalten.

Das CDC empfiehlt den Booster unabhängig von allen Faktoren ab dem Säuglingsalter. Die Grafik zu den Spitalsaufnahmen wegen SARS-CoV2 bekräftigt diese Sichtweise ebenso wie die Tatsache, dass auch bei Kindern und Jugendlichen LongCOVID auftritt (z.B. [Pereira et al. 2024](#), [Foret-Bruno et al. 2024](#), [Mandel et al. 2024](#), [Rao et al. 2024](#)) und die Mechanismen für bestimmte LongCOVID ähnlich oder identisch zu den Erwachsenen scheinen (z.B. [Okuducu et al. 2024](#), [Buosenso et al. 2023](#)). Insbesondere der Anstieg von Diabetes bei Kindern infolge einer SARS-CoV2-Infektion ist hier zu nennen ([D'Souza et al. 2021](#), [Weiss et al. 2023](#)), genetisch vorbelastete Kleinkinder haben ein deutlich erhöhtes Diabetes-Risiko ([Lugar et al. 2023](#)).

**Fakt: Der Vektorimpfstoff von AstraZeneca wird schon seit langem nicht mehr verimpft und muss daher auch nicht mehr erwähnt werden.**

*Aussage von Dorothee von Laer zu den Adenovirusimpfstoffen und gelegentliche Thromboseneigung, auf Nachfrage 1: 50000-100000 (gemeint war vermutlich die Sinusvenenthrombose), die Älteren würden den Impfstoff besser vertragen, und jüngere müssten sich nicht unbedingt impfen lassen.*

**Klarstellung:** Für Österreich bestellt werden nurmehr mRNA-Impfstoffe (Pfizer) und Protein-Impfstoffe (Novavax). Auch bei jüngeren Menschen reduziert die Impfung das LongCOVID-Risiko ([Yousaf et al. 2023](#)). In Kalifornien hat die Impfung bei den 6-17jährigen in den 4-7 Monaten ab Impfstoffverfügbarkeit über 375 000 Fälle und 270 Hospitalisierungen verhindert ([Head et al. 2024](#)). Bei jungen Männern kommen wie erwähnt Herzmuskelentzündungen nach der Impfung zwar etwas häufiger vor, aber immer noch seltener als nach einer Infektion selbst ([Ahktar et al. 2023](#)).

**Fakt: Es hätte vor der Impfstoffzulassung wahrscheinlich nicht ausgereicht, die Schulen mit Masken und Tests alleine sicherer zu machen.**

Behauptung: „*Mit der Testung in den Schulen und auch mit den Masken hätte man die Schulen nach der ersten Welle nicht mehr unbedingt schließen müssen.*“

**Dissens:** Vor der zweiten Welle gab es noch keine Immunität in der Bevölkerung. Die Impfstoffzulassung war noch nicht absehbar. Kinder und Jugendliche waren und sind Teil des Infektionsgeschehenen ([Manica et al. 2022](#), [Van Iersel et al. 2022](#), [Park et al. 2023](#), [Tseng et al. 2023](#), [Kremer et al. 2023](#)). Kindergärten und Schulen waren Treiber der Pandemie durch die beengten Verhältnisse mit schlechter Luft und vielen Haushalten, wodurch ideale Superspreader-Bedingungen herrschten. Kinder werden regelrecht in Viren gebadet, wie eine Studie mit Luftproben gezeigt hat ([Temte et al. 2023](#)). KindergärtnerInnen haben ein doppelt so hohes Risiko einer SARS-CoV2-Infektion wie andere Berufsgruppen. Die PCR-Testerei durch das Gurgelprojekt in Wien diente lediglich der Überwachung des Infektionsgeschehen,

Schulkinder wurden als Infektionsradar missbraucht. Positive Tests und nachfolgende Isolation haben zwar Folgeinfektionen verhindert, aber die Indexfälle nicht.

Um Infektionen effektiv zu verhindern, hätte man bereits ab der zweiten Welle den Empfehlungen von Arbeitsgruppen im Bildungsministerium folgen sollen, und Luftreiniger installieren und verstärkt auf Lüften zu setzen. Damit hätte man auch den den starken RSV-Wellen ab dem zweiten Pandemiejahr vorgebeugt, sowie der starken Influenzawelle im Winter 2022/2023.

Schulschließungen hätte man abfedern oder verkürzen können, indem man finanziell schwache Haushalte mit entsprechenden Tablets und Notebooks versorgt hätte, fallweise Distance Learning bei Clustern, weniger Leistungsdruck, bessere Absicherung der Eltern im Krankheitsfall und Pflegefreistellung.

Allen voran hätte aber gestanden, dass sich Erwachsene hätten stärker einschränken müssen als Kinder und Jugendliche. Mikrobiologe Michael Wagner hatte das während des zweiten Lockdowns bei Lou-Lorenz Dittelbacher in der ZiB2 sinngemäß gesagt, dass in einer Pandemie alle zusammenhelfen müssten. Bequemlichkeit sei Fehl am Platz.

## **Abschließender Kommentar:**

Interviews wie dieses machen mich sehr grantig, weil damit die Chancen verpasst werden, die Welle abzuflachen, bis der angepasste Impfstoff für die JN.1\*-Varianten vorhanden ist. Kinder werden aus jeglichem Infektionsgeschehen herausgenommen, dabei sind Kindergärten und vor allem Schulen seit jeher Treiber für alle Infektionskrankheiten, die über die Luft übertragen werden. Von Laer und auch andere Wissenschaftler tun so, als ob „Menschen mit Risikofaktoren“ eine vernachlässigungbare kleine Gruppe sein würde, die sich für den Zeitraum der Welle von der Außenwelt abkapseln könnte. Dabei sind es Menschen wie Du und ich, die mitten im Leben stehen und gerne am Leben teilhaben würden wie alle anderen auch. L

angzeitfolgen kommen wie schon in den anderen Interviews, vom STANDARD-Artikel bis zum Fehlzeitenreport gar nicht vor, obwohl sie die Mehrzahl der schweren Verläufe ausmacht. Denn die Lebensqualität mit einer chronischen, unheilbaren Erkrankung sinkt deutlich, bedeutet in vielen Fällen den Absturz in Teilzeit oder Invalidität und in die Armut ([Leitner et al. 2024](#), [Anderson et al. 2024](#)). Seit Pandemiebeginn geht es immer nur um die Überlastung durch Covid-Patienten im Spital. Es ging nie um die Patienten selbst, dass viele mit einem schweren Verlauf ein nochmal höheres Risiko für Spätfolgen und Sterblichkeit in der Folgezeit haben. Vor allem aber geht es weiterhin nie um die LongCOVID- und MECFS-Patienten, die durch das nichtsaisonale SARS-CoV2 dauerhaft (!) mehr werden und von der Zahl her die akuten schweren Verläufe bei weitem übertreffen. Das ist der eigentliche Skandal, wie man rund 5% der Bevölkerung, die an Long COVID leiden, so übergehen kann, ohne sich schäbig oder schuldig zu fühlen.

## **Appendix A: Screenshots des ZiB2-Interviews, die Rechte liegen bei der APA**

Frau Professor, wie besorgniserregend sind denn die aktuellen Corona-Zahlen?

Dorothee von Laer (Medizinische Universität Innsbruck)

Also wir sehen einen ganz leichten Anstieg im Wasser, im Abwasser. Aber wir sehen natürlich auch so, was man so hört, dass auch die Patienten jetzt häufiger sind, in den Krankenhäusern schlägt sich das noch nicht nieder. Aber es ist doch jetzt mit der neuen Variante ein gewisse, eine gewisse Zunahme zu beobachten.

Armin Wolf (ORF)

Wie gefährlich ist denn das Virus derzeit? Es gibt ja eben, wie Sie sagen, eine neue Variante.

Dorothee von Laer (Medizinische Universität Innsbruck)

Ja, es ist, ehrlich gesagt, nicht nur eine Variante, sondern eine Variantenfamilie, sind also mehrere sehr nah verwandte Viren, die momentan zirkulieren. Wir wissen noch nicht, wer am Ende übernehmen wird. All diese Viren sind wieder etwas ansteckender, können wieder etwas besser unsere Antikörperantwort umgehen und breiten sich deswegen aus.

Armin Wolf (ORF)

Sehr viele Menschen haben noch aus der Pandemie Schnelltests zu Hause. Sind die denn noch aussagekräftig?

Dorothee von Laer (Medizinische Universität Innsbruck)

Ja, die reagieren mit den neueren Varianten etwas schlechter, die sind nicht mehr so aussagekräftig. Wirklich aussagekräftig ist eigentlich nur die PCR.

Armin Wolf (ORF)

Aber wenn jemand Symptome spürt, ist es überhaupt noch wichtig, einen Test zu machen oder reicht es einfach daheim zu bleiben. Wie bei einer Erkältung oder bei einem grippalen Infekt?

Dorothee von Laer (Medizinische Universität Innsbruck)

Bei einem sonst gesunden Menschen ist das absolut ausreichend, dass man einfach daheim bleibt. Menschen mit Risikofaktoren sollten zum Arzt gehen, weil es ja eine Behandlung für das Sars-Coronavirus gibt, so wie es auch für die Grippe ja eine Behandlung gibt und die sollte man natürlich so rasch wie möglich bekommen. Also alte Menschen, Menschen mit schwerem Asthma, Diabetes, starkem Übergewicht, all diese Personengruppen sollten unbedingt bei Symptomen zum Arzt gehen und abklären, ob es sich um eine Covid-19-Erkrankung handelt, die, wie gesagt, behandelt gehört.

Armin Wolf (ORF)

Rechnen Sie im Herbst dann wieder mit einer Welle, die problematisch werden könnte?

Dorothee von Laer (Medizinische Universität Innsbruck)

Also ich rechne sogar mit im Sommer jetzt einem kleinen Buckel, vielleicht noch keine Welle, aber im Herbst spätestens wird es wohl wieder eine Welle geben. Allerdings natürlich mit deutlich geringeren Hospitalisierungszahlen und, also keine Bedrohung, was die Intensivstationen-Auslastung anbetrifft et cetera, also keine bedrohliche Welle. Aber man sollte auch jetzt schon, wo die Zahlen steigen, wenn man einen Risikofaktor hat, vielleicht im Gedränge in der Bahn oder ähnlichem dann doch eine Maske aufsetzen.

Armin Wolf (ORF)

Wie wichtig ist es eigentlich noch, auch mit dieser neuen Variantenfamilie sich impfen zu lassen?

Dorothee von Laer (Medizinische Universität Innsbruck)

Doch, also die letzte Impfung schützt noch gegen die neuen Varianten nicht mehr so gut, aber wer, bei wem die letzte Infektion oder Impfung mehr als sechs Monate her ist und wer einen Risikofaktor hatte, der soll sich auf jeden Fall wieder mit dem derzeitigen Impfstoff impfen lassen. Es wird im September voraussichtlich dann einen neuen, an diese neuen Variantenfamilie angepassten Impfstoff geben.

Armin Wolf (ORF)

Ich kenne persönlich gar nicht so wenige Menschen, die sagen, die Corona-Impfung hat mich ein, zwei Tage ziemlich "zusammengehaut", die Infektion ist eh nicht mehr so schlimm, ich verzichte da lieber auf eine weitere Impfung. Kann man das machen?

Dorothee von Laer (Medizinische Universität Innsbruck)

Als normaler, gesunder Mensch natürlich, also da, denke ich, haben wir alle inzwischen eine gute Immunität. Aber im Krankenhaus landen doch dann immer die Älteren, die 65 und noch deutlich Älteren. Aber auch ein Asthmapatient kann natürlich schwerkrank sein, ein Diabetespatient muss vielleicht ins Krankenhaus oder auf Intensivstation. Also in dieser Gruppe würde ich mich impfen lassen, aber die normalen gesunden Erwachsenen und Kinder sollten sich auf keinen Fall mehr zu einem Impfzwang, in Anführungsstrichen, oder zu einer Impfverpflichtung verpflichtet fühlen,

Armin Wolf (ORF)

Mittlerweile wissen wir ja sehr viel mehr über die Impfung. Es wurden allein in Österreich mehr als 21 Millionen Corona-Impfungen verabreicht, weltweit Milliarden. Welche Nebenwirkungen sind denn die häufigsten?

Dorothee von Laer (Medizinische Universität Innsbruck)

Ja, die häufigsten sind eben diese Impfreaktionen, die wir ja nicht als Nebenwirkungen in dem Sinne bezeichnen, weil sie einfach die Immunreaktion auf den Impfstoff darstellen. Also da fühlt man sich schlapp, Gliederschmerzen, manchmal kann man auch ein bisschen Temperatur haben, Schmerzen an der Einstichstelle. Das sind alles Zeichen, dass der Körper eine Immunantwort gegen den Impfstoff aufbaut und das ist eine Impfreaktion und das ist das häufigste. Bei jungen Männern gibt es bei den RNA-Impfstoffen eben diese seltene Herzmuskelentzündung. Und bei den Vektorimpfstoffen, also diesen Adenovirusimpfstoffen, gibt es bei den Frauen gelegentlich eben diese Thromboseneigung, die man da beobachten kann. Beides, wenn man es rechtzeitig erkennt, ist eigentlich kein Problem.

Armin Wolf (ORF)

Was heißt sehr selten und gelegentlich?

Dorothee von Laer (Medizinische Universität Innsbruck)

Ja, also eins in 50 bis 100 000 Fällen sieht man diese schwerere Nebenwirkung. Diese Impfreaktion sieht man sicherlich bei zehn, 20 Prozent, bei Älteren seltener als bei Jüngeren. Also insofern, die Älteren sind da, vertragen die Impfung im Schnitt deutlich besser als Jüngeren und die Jüngeren müssten ja nicht unbedingt mehr sich impfen lassen.

Armin Wolf (ORF)

Immer wieder erzählen Menschen auch von schweren Impfschäden, die angeblich verschwiegen würden, etwa dass es seit der Corona-Impfung mehr Schlaganfälle gäbe, mehr Herzinfarkte, mehr Lungenembolien. Was ist da tatsächlich dran?

Dorothee von Laer (Medizinische Universität Innsbruck)

Das stimmt schlicht und ergreifend nicht. Die Zahlen geben das nicht her.

Armin Wolf (ORF)

Warum sind dann so viele Verschwörungserzählungen rund um die Corona-Impfung und Corona überhaupt so erfolgreich?

Dorothee von Laer (Medizinische Universität Innsbruck)

Weil sich kaum einer die Mühe macht und in die diversen statistischen Websites geht, wo man diese, den Verlauf dieser einzelnen Erkrankungen über Jahrzehnte beobachten kann und sehen kann, dass das alles nicht stimmt. Da kann einer das behaupten und dann wird das nachgeplappert, denke ich. Also weil sobald man ins Internet geht und sich auf die entsprechenden Seiten, die diese Statistiken führen begibt, dann sieht man, dass das nicht stimmt.

Armin Wolf (ORF)

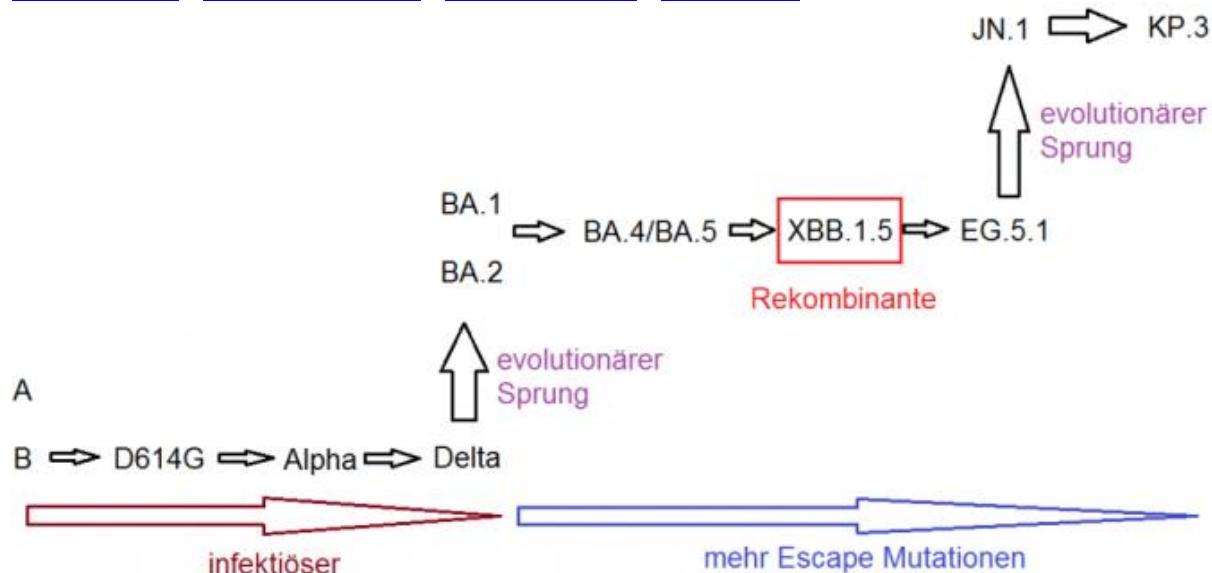
Wir haben jetzt über vier Jahre Erfahrung mittlerweile mit diesem Virus und mit der Erkrankung. Mit dem Wissen und der Erfahrung von heute ganz generell, was hätten wir denn im Umgang mit dieser Pandemie in Österreich besser machen können und sollten wir fürs nächste Mal lernen?

Dorothee von Laer (Medizinische Universität Innsbruck)

Also ich glaube, was ganz wichtig ist, ist, dass die Zuständigkeiten viel klarer definiert werden. Man denke daran, dass der Bürgermeister von Ischgl verantwortlich gemacht worden ist dafür, dass kein vernünftiger Pandemieplan vorlag, als in Tirol der Ausbruch begann. Da.... Sie gibt es eigentlich, Zuständigkeiten, aber die wurden dann von sich gewiesen. Das Zweite ist natürlich, dass man immer ein Lager an Masken und Schutzbekleidung haben sollte. Das ist letztendlich auch erst ja sehr viel verspäteter zur Verfügung gestanden. Und im Nachhinein muss man sagen, dass man mit der Testung in den Schulen und auch mit den Masken ja durchaus auch die Schulen hätte nach der ersten Welle nicht mehr unbedingt schließen müssen, weil dort standen einen ja Testung und Masken bei der zweiten Welle schon dann zur Verfügung.

# Die Sommerwelle ist da: 10 Fakten zu SARS-CoV2

[Juli 11, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [8 Kommentare](#) / [Bearbeiten](#)



Die Virusevolution seit Pandemiebeginn verläuft nicht linear, sondern mit Sprüngen, die Impfstoff-Anpassungen erforderlich machen. Sie ist in Wahrheit auch komplizierter als hier (von mir) skizziert: Etwas Immun Escape hatte bereits Delta, während die Omicron-Varianten zeitweise auch etwas ansteckender geworden sind. Mit fortschreitender Immunisierung der Bevölkerung und Verbreiterung der Immunantwort ist der dominante Mechanismus aber die Immunflucht, um der bestehenden Immunität auszuweichen.

Die aktuelle Infektionswelle scheint viele Fragen aufzuwerfen bei jenen, die sich weiterhin schützen wollen oder bereits infiziert sind. Wissenschaft verändert sich stetig und neue wissenschaftliche Erkenntnisse erfordern geistige Mobilität und Anpassungen. Wir leben nicht mehr im Jahr 2020, wo die Übertragungswege und Präventionsmaßnahmen unzureichend erforscht waren. Es dominieren heute ganz andere Virusvarianten als in der ersten Welle und das erfordert wiederholte Anpassungen des Impfstoffs. Wir sollten auch schon viel weiter sein, was den Umgang mit Infektionskrankheiten an sich betrifft. Stattdessen erleben wir ein öffentliches Verkehrsdesaster in Wien durch mehrere Großbaustellen und zahlreiche Menschen, von Pendlern bis Touristen, die trotz Symptomen in überfüllten Verkehrsmitteln keine Maske tragen. Getestet wird nicht mehr und die bisherige Berichterstattung trägt zur weiteren Verharmlosung bei, während die Krankenstände mitten im Hochsommer in die Höhe schnellen. Muss das noch sein, nach allem, was die Wissenschaft uns die letzten Jahre geliefert hat?

Zu sagen, dass 2024 auch bedeutet, dass wir weniger Todesfälle und schwere Akutverläufe als zu Beginn der Pandemie durch SARS-CoV2 erleben, ist nur ein Teil der Wahrheit. Denn die Aussage übersieht die wachsende Zahl **aller anderen Infektionskrankheiten**, die das „weniger“ an Krankheit durch SARS-CoV2 mühelos kompensieren. SARS-CoV2 ist **zusätzlich** da, zur ohnehin schon schweren Infektionskrankheit Influenza, und den zunehmenden Fällen an Keuchhusten, Masern und Streptokokken (u.v.a.). Warum keine Lösung, die Infektionskrankheiten generell reduziert. Warum versuchen wir nicht einmal das

und versauen uns schon wieder den ruhigen Sommer, früher auch die ruhigere Zeit in den Arztpraxen und Spitätern, die Zeit der Urlaube statt mit Fieber im Bett zu liegen?

## Warum steigen die Fallzahlen im Sommer an?

**Fakt 1:** Im ersten und zweiten Pandemiejahr haben Kontaktbeschränkungen und andere nichtpharmazeutische Maßnahmen sowie der Beginn der Impfkampagne für niedrige Infektionszahlen in der warmen Jahreszeit gesorgt. Im Sommer 2022 waren viele effektive Schutzmaßnahmen bereits abgeschafft und eine hohe Sommerwelle (BA.5) die Folge. Im Sommer 2023 stiegen die Infektionszahlen langsam, aber kontinuierlich an, im Sommer 2024 zeigt sich ein ähnliches Bild. Was verursacht diese Anstiege? Seit dem Wechsel des Serotyps vom Wildtyp auf Omicron-Varianten, befällt die akute Infektion vor allem die oberen Atemwege und weniger die Lunge. Dadurch ist die Immunität gegen Ansteckung („Schleimhaut-Immunität“) kurzlebiger als zu Wildtyp-Zeiten und man kann sich etwa alle vier bis sechs Monate nach der letzten Infektion erneut anstecken. Der Infektionsschutz durch die angepasste Impfung hält etwa wenige Wochen bis wenige Monate. Rein vom Immunitätsstatus her steckt sich der Großteil der Bevölkerung alle 4-6 Monate erneut an, je nach Höhe der ablaufenden Welle sind es tatsächlich aber nur rund alle 12-18 Monate. Die Booster-Impfrate betrug letzten Winter in Österreich nur magere 7%. Bei Symptomen wird kaum noch getestet, es gibt nirgendwo mehr Schutzmaßnahmen. Infektionen geschehen verstärkt im Reiseverkehr, v.a. im Flugzeug und in vollen Zügen, sowie bei Menschenansammlungen wie Großveranstaltungen (Public Viewing, Konzerte) und begleitende Lokalbesuche. Gleichzeitig steht aber auch die Virusevolution von SARS-CoV2 nicht still. Die neuen Varianten unterscheiden sich zwar nur durch wenige Mutationen von der Muttervariante JN.1 – das reicht aber aus, um den vorhandenen Immunschutz gegen SARS-CoV2 besser zu entkommen. Die Jahreszeit spielt nur insofern eine Rolle, dass sich die Menschen häufiger im Freien aufhalten und die großen Schulferien den Anstieg bremsen. Dieser Effekt wird durch den Sommertourismus und längere Hitzeperioden, wo sich Menschen wieder vermehrt drinnen aufhalten, aber teilweise überkompensiert.

## Wie gut wirkt die Impfung gegen die aktuellen Varianten?

**Fakt 2:** Es hängt davon ab, welchen Endpunkt man für welche Personengruppe betrachtet. Wer brav zumindest die jährliche, empfohlene Auffrischimpfung mitgemacht hat, wird sich vermutlich zwischen September 2023 und Jänner 2024 mit dem monovalenten XBB.1.5-Impfstoff aufgefrischt haben. Die neuen Varianten (FLiRT, FLuQe) entkommen den neutralisierenden Antikörpern dieses Impfstoffs besser, weshalb die Impfung – vom langen Zeitraum abgesehen – kaum noch gegen eine Erst- oder Reinfektion schützt. Anekdotisch trifft das auch auf wenige Wochen nach Auffrischung mit dem XBB.1.5-Impfstoff zu. Es gibt keine Daten dazu, ob Novavax oder Pfizer hier einen Unterschied machen. Ebenfalls nur anekdotisch sind Social-Media-Berichte (denn im Alltag testet sich kaum noch jemand und man erfährt SARS-CoV2-Infektionen höchstens beiläufig), wonach die akute Infektion durchaus 2-3 Wochen dauern kann, bis man wieder negativ testet. Übereinstimmend sind einzelne Fallberichte, wonach „man sich noch nie so krank gefühlt hat“, unabhängig davon, ob es sich um die Erst- oder eine Reinfektion handelt hat. Das sagt mangels objektiver Datenerfassung wenig darüber aus, ob die Varianten insgesamt für schwerere akute Verläufe sorgen, da viele ohne Symptome oder nur mit sehr leichten Symptomen nicht erfasst sind, und darüber in der Regel weder auf Social Media noch im Alltag berichten werden (statistische Verzerrung, Bias). Gegen schwere Verläufe mit Hospitalisierung scheint insgesamt noch ein

guter Schutz zu bestehen, mit Ausnahme immungeschwächter Personen, da die Hospitalisierungszahlen weit von den ersten Pandemiejahren entfernt sind.

## Wie hoch ist mein individuelles Long COVID-Risiko?

**Fakt 3:** Wenn laufend über Long COVID-Studien berichtet wird, handelt es sich meist um ein durchschnittliches Risiko, was aber nicht für jeden Menschen gleich ist. Jeder kann Long COVID bekommen, ist so sinnvoll wie die Aussage, dass jeder Krebs bekommen kann. Die einen haben ein höheres Risiko, die anderen ein niedrigeres.

Man unterscheidet im wesentlichen drei Formen von Long COVID:

- nach schwerem akuten Verlauf mit Schädigung der Organe
- neue Erkrankungen oder Verschlechterung von Grunderkrankungen wie Autoimmunerkrankungen, Lungen-, Herz- und Stoffwechselerkrankungen, Dysfunktionen im Immunsystem, neurokognitive Erkrankungen
- Belastungsintoleranz (PEM), die in einen MECFS-Verlauf übergeht (länger als 6 Monate anhaltend)

Das individuelle Long COVID-Risiko setzt sich aus folgenden Faktoren zusammen:

- Virusvariante
- Immunstatus
- körperliche Verfasstheit (Vorerkrankungen, Genetik, etc.)
- Maßnahmen zur Viruslastreduktion bei Exposition (Prävention)
- Maßnahmen zur Viruslastreduktion bei Infektion (antivirale Medikamente)

Derzeit schätzt man das LongCOVID-Risiko auch für Geimpfte immer noch auf rund 5%, für den MECFS-Typ auf 0,5-1%. Das Risiko für Organschäden sinkt durch die sinkende Anzahl schwerer Verläufe und/oder durch die Impfung.

## Wie lang ist die Inkubationszeit?

**Fakt 4:** Die Inkubationszeit, also der Zeitraum zwischen Ansteckung und ersten Symptomen, ist mit fortschreitender Virusevolution kürzer geworden. Bei den Omicron-Varianten betrug sie bis BA.5 im Schnitt 2 bis 4 Tage ([Xu et al. 2023](#)), wobei die Extremwerte von 2 bis 12 Tagen reichen. Würden Menschen mit Symptomen zuhause bleiben, könnte man die Verbreitung der Infektion viel stärker drücken als in den ersten Pandemiejahren. Denn bei kürzerer Inkubationszeit sinkt die Wahrscheinlichkeit, auf eine präsymptomatische Person mit hoher Viruslast zu stoßen.

## Wie zuverlässig sind die Schnelltests?

**Fakt 5:** Viele versichern einem derzeit, dass ihre respiratorischen Symptome (Schnupfen, Husten, Fieber, Halsweh) kein Covid seien, sie hätten einmal (sic!) getestet und der Test war negativ. Schnelltests waren nie für die „Freitestung“ gedacht, dafür sind sie zu ungenau.

Die Abstrichgenauigkeit erhöhen lässt sich, wenn man ...

- einen tiefen Rachenabstrich macht (mindestens eine Stunde davor nichts mehr essen/trinken)
- erst Rachen, dann Nase testet
- vor dem Nasenabstrich Nase putzen
- Naseninnenwände gut abstreicht, an mehreren Stellen Sekret entnehmen
- in der Testflüssigkeit mindestens zwei Minuten belassen, gut ausquetschen
- einen fetten Kontrollstrich hat (sonst ist der Test nicht mehr gültig)
- auch dünne Striche/Schatten gelten als positiv

### Gut zu wissen:

Das Virus trifft vier Jahre nach Ausbruch der Pandemie nicht mehr auf eine immun-naive Bevölkerung (mit Ausnahme von Fötus, Säuglingen und Kleinkindern), sondern unser Immunsystem erkennt das Virus frühzeitiger und fährt die Immunabwehr hinauf. Der Höhepunkt der Viruslast hat sich auf Tag 3 bis 4 nach Symptombeginn verschoben und nicht mehr um den Symptombeginn herum ([Frediani et al. 2023](#)). Das bedeutet aber auch, dass Antigentests bei den ersten Symptomen noch negativ ausfallen können und erst im späteren Verlauf der Infektion anschlagen.

- Schnelltests schlagen zu 92% nicht bei den ersten Symptomen an. Nach zwei Tagen sinkt die Rate falschnegativer Testergebnisse auf 70%, nach drei Tagen bereits auf 33% ([Middleton and Larremore 2024](#)).
- Im Abstand von **48 Stunden** getestet erkennen drei Tests 94% der symptomatischen und 57% der asymptomatischen Fälle ([Son et al. 2023](#)).

Eine, wenn auch kostenaufwändige Alternative, bieten Pluslife-Testgeräte (Testgerät und Testkits), die eine hohe Genauigkeit aufweisen ([Herrmann et al. 2024](#)). Die Anwendung erscheint z.B. in Haushalten mit Kindern sinnvoll, die in den Kindergarten oder in die Schule gehen (hohe Exposition und Viruslast), aber auch für hochvulnerable Personen, die häufig exponiert sind (z.B. Kinder, pflegende Angehörige, berufliche Exposition).

Die hochsensitiven PCR-Tests erwähne ich hier der Vollständigkeit halber. Einzelne Labore oder Apotheken bieten diese kostenpflichtig noch an.

## Wie sinnvoll ist Paxlovid für Geimpfte ohne Risikofaktoren?

**Fakt 6:** Eine der häufigsten Hypothesen für Long COVID steckt in der Namensgebung der Erkrankung: Das Virus oder Reste des Virus dauern im Körper an und randalieren noch über Monate oder Jahre hinweg mit zunehmender Schädigung der körperlichen und geistigen Funktionen. Dazu sind eine ganze Reihe von Studien erschienen ([Chertow et al. 2021](#), [de Melo et al. 2021](#), [Swank et al. 2022](#), [Peluso et al. 2023](#), [Proal et al. 2023](#), [Peluso et al. 2024](#), [Zuo et al. 2024](#), [Yu et al. 2024](#)). [Herbert et al. 2024](#) bestätigen eine Vermutung, wonach eine raschere Beseitigung des Virus aus dem Körper das Risiko für Long COVID senkt.

Antivirale Medikamente wie Paxlovid tun genau das: Sie bekämpfen das Virus und sorgen für eine rasche Entfernung aus dem Körper. Das funktioniert umso besser, je früher das Medikament genommen wird, bestenfalls um Symptombeginn. Meine Schlussfolgerungen waren, dass Paxlovid unabhängig vom Risiko das LongCOVID-Risiko senken. Nun wird

Paxlovid in der Regel aber nicht an Personen völlig ohne Risikofaktoren abgegeben, sondern nurmehr an ältere und mit besonders hohem Risiko ([aktualisierte S3-Leitlinie, 31.01.24](#)).

Die bisherige Studienlage ist relativ eindeutig, was den Nutzen bei **mehreren Risikofaktoren** betrifft ([Ganatra et al. 2023](#), [Jiang et al. 2024](#), [Wang et al. 2024](#)). Bei **maximal einem Risikofaktor** scheint es keine Verbesserung *hinsichtlich schwerer Verläufe* gegenüber einem Placebo zu geben ([Hammond et al. 2024](#)), jedoch ein geringeres Risiko für LongCOVID ([Xie et al. 2023](#), [Liu et al. 2023](#)).

Eine Studie bei geimpften Personen **ohne Risikofaktoren** (keine Indikation für Paxlovid!) habe ich noch nicht gesehen. Es wird aber vermutet, dass ein intaktes Immunsystem eine rasche Immunantwort entwickelt, die das Virus aus dem Körper entfernt. Damit wäre ein funktionierendes Immunsystem ähnlich wirksam wie Paxlovid. Von LongCovid wissen wir aber, dass auch zuvor gesunde, aktive, sportliche Menschen erkranken können, ohne bekannte Risikofaktoren.

In Summe bleibt daher **keine** klare Empfehlung: Paxlovid verursacht Nebenwirkungen, die aber im Verhältnis zu den Spätfolgen einer Infektion überschaubar und vor allem temporär begrenzt sind. Der Nutzen bei Personen ohne Risikofaktoren ist nicht belegt. Anekdotisch kommt es zur Verkürzung der Krankheitsdauer und zu einer deutlichen Linderung akuter Symptome. Rückfälle sind aber möglich, insbesondere bei 5 Tagen Paxlovid (Standardtherapie) statt 10.

In Österreich erhält man Paxlovid ohne Risikofaktoren nurmehr auf Privatrezept (900 Euro), sonst braucht man selbst als Hochrisikopatient einen (kostenpflichtigen) Schnelltest beim Arzt als Voraussetzung für das Kassenrezept.

## **Kann man sich mit Maske tragen sein Immunsystem zerhauen?**

**Fakt 7:** Nein. Man ist einfach weniger krank. Es schadet dem Immunsystem nicht, Infektionsrunden auszulassen. Impfbare Infektionskrankheiten sollte man sowieso über die Impfung updaten, nicht über eine Infektion. Aber auch gewöhnliche respiratorische Erreger können Lungenentzündungen hervorrufen oder langfristig Asthma oder Allergien begünstigen, auch bei Kindern. Ausführlicher zur Immunshuld-Lüge [hier](#).

Wenn Ärzte nun „Maskenvorträge“ halten und den Nutzen anzweifeln oder sie gar als schädlich halten, so ist viel wahrscheinlicher ein **Normalcy Bias** anzunehmen. Sie wissen in ihrem Herzen, dass sie bzw. ihre Patienten die Masken dauerhaft, für immer, tragen müssten, haben aber zu wenig Resilienz, diese Konsequenz umzusetzen. Um die kognitive Dissonanz auszuhalten, spielen sie entweder den Nutzen der Maske oder das Risiko von Infektionskrankheiten herunter.

## **Welche wirtschaftlichen Folgen hat Long COVID jetzt noch?**

**Fakt 8:** Menschen mit LongCOVID und MECFS wird nicht nur eine adäquate gesundheitliche Versorgung verwehrt, sondern durch die Abschaffung der Meldepflicht, der

Tests, jeglicher Prävention und der Falschinformation über das „Ende der Pandemie/nach Corona“ auch die Chance genommen, überhaupt zu erkennen, dass sie darunter leiden.

Vielen Menschen geht es derzeit nicht gut (Herzprobleme, Schlaganfall, Schwindel, Erschöpfung, kognitive Probleme...), sie können die Verbindung zu ihrer „Verkühlung“ vor ein paar Wochen oder Monaten nicht erkennen, weil sie denken/dachten, SARS-CoV2 gibt es gar nicht mehr. Das ist nicht nur schlimm für die Betroffenen selbst, sondern auch für die Forschung, weil so alles zur Blackbox wird.

40% der Longcovid-Betroffenen können nicht erfolgreich zu ihrem Arbeitsleben wie vor der Infektion zurückkehren (Studienzeitraum: 2021-2023). Bei jenen, die zurückkehren, braucht eine beträchtliche Anzahl Anpassungen am Arbeitsplatz, um die verbleibenden Beeinträchtigungen zu bewältigen ([Ottiger et al. 2024](#)).

Die [Zahl der Arbeitskräfte mit einer Behinderung](#) ist in den USA um 38% gestiegen, in UK ist [mehr als jeder zehnte junge arbeitende Mensch](#) (16-34 Jahre) von einer Krankheit betroffen, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkt, mit Stand Ende 2023 sind [über 500 000 Briten unter 35 Jahre arbeitsunfähig](#).

In Deutschland wurden die anhaltend hohen Krankenstände als [Ursache für die Rezession](#) 2023 ausgemacht, sie bleiben [auch 2024 auf hohem Niveau](#). In der aktuellen Sommerwelle kommt es erneut zu signifikanten Personalausfällen in der Infrastruktur (z.B. Zugverbindungen), in Österreich gibt es dazu keine offiziellen Meldungen.

Dabei könnte man gegen die Krankenstände [in den Unternehmen](#), aber auch von staatlicher Seite viel tun.

## **Spricht etwas gegen die Anschaffung und generell flächigem Einsatz von Luftreinigern?**

„Bad air (...) promotes the spread of contagious disease, and not infrequently makes closing as a prevention necessary. Schools which have suffered such almost yearly loss of weeks have, after the introduction of good ventilation, been for years free from such interruption.“

[S.H. Woodbridge, Heating and Ventilation, Technology Quarterly](#) (1888 – inklusive CO2-Messungen)

**Fakt 9:** Nein. Ich lese bisweilen kritische Stimmen selbst aus der Wissenschaft, die behaupten, dass man damit Infektionswellen nur in die Länge ziehen würde, weil sich weniger Menschen anstecken und demzufolge mehr empfängliche Personen zurückbleiben. Doch übersieht diese Denkweise wieder den Nutzen für eben gerade jene Personengruppe, die durch wiederholte Infektionen besonders gefährdet ist: Kinder und immungeschwächte Personen sowie deren Angehörige. Sie profitieren nicht nur von weniger Covid, sondern von weniger Infektionen generell. Nebenbei reduzieren Luftreiniger Hausstaub, Feinstaub, Pollen, Pilze und Bakterien in der Luft.

**Persönliche Anekdote:** Seit ich einen Luftreiniger im Schlafzimmer verwende, habe ich meine starke Hausstaubmilbenallergie im Griff und benötige fast keine Antihistaminika mehr.

## Warum können Vulnerable nicht durch die Welle „durchtauchen“?

**Fakt 10:** SARS-CoV2 zirkuliert ganzjährlich mit kleinen und größeren Höhepunkten. Diesen kann man sich nicht, wie bei Influenza, entziehen, indem man sich für wenige Monate aus dem gesellschaftlichen Leben zurückzieht. Hochvulnerable Personen, dazu zählen auch LongCOVID-Betroffene, sind seit Jahren aus der Gesellschaft ausgeschlossen, außer sie entscheiden bewusst, erhöhte Risiken einzugehen und die Konsequenzen zu tragen. Ärzte und Wissenschaftler, die gelegentlich vorschlagen, „vulnerable Gruppen“ sollten die Infektionswelle einfach durchtauchen, während die „gesunde“ Mehrheit sich für sie infiziert und dadurch temporäre Herdenimmunität schafft, beziehen „vulnerabel“ auf Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen leben, nicht jedoch auf eine breite Mehrheit, die mitten im Leben steht, die Kinder haben, die in Kindergarten und Schulen gehen. Nimmt man sie aus der Schule oder lässt sie Maske tragen, sei das wieder schädlich für ihre Entwicklung, doch was sollen sie machen? Zudem leben viele alte Menschen gar nicht im Altenheim, sondern zuhause, sowieso vereinsamt, oder werden gepflegt von Angehörigen, die ihrerseits Kinder haben oder noch Teilzeit arbeiten. Die Gesellschaft ist nun mal miteinander verzahnt, da kann man nicht einfach einen Teil herausnehmen und aufs Abstellgleis stellen, im Trugschluss, damit wäre das Problem dann fürs restliche Jahr erledigt. SARS-CoV2 ist NICHT Influenza, sondern allenfalls – bitte nur epidemiologisch verstehen – mit dem Rhinovirus vergleichbar, das ebenfalls ganzjährig zirkuliert. Zum Anderen übersieht dieser „die Gesunden sollen sich infizieren“-Ansatz wieder das Longcovid-Risiko. Die allerwenigsten der „Gesunden“ gehen noch impfen und Reinfektionen sind nicht förderlich, um das LongCOVID-Risiko auf Dauer zu senken.

## Präventionsversagen in Österreich: Wen juckt's?

[Juli 21, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Ein Kommentar](#) / [Bearbeiten](#)

**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.

Der Standard, 10. März 2022

Gesundheitsminister Rauch (Grüne), der eigentlich mit den Nationalratswahlen im Herbst angekündigt hatte, in Pension gehen zu wollen und kürzlich andeutete, vielleicht doch zu verlängern, versagt weiterhin auf ganzer Linie, wenn es um den Schutz der Bevölkerung vor Infektionswellen geht. Längst nicht nur bei SARS-CoV2, sondern auch anderen Infektionskrankheiten mit potentiell tödlichem Ausgang. Über seine [Rolle als Verharmloser und Blockierer von sinnvollen Maßnahmen in der Akutphase der Pandemie](#) schrieb ich letztes Jahr schon.

Jetzt hat Rauch neben der verschleppten Einigung über die Gratis-Covidtests bei den niedergelassenen Ärzten, der fehlenden Impfkampagnen und der verzögerten Ausschreibung eines Referenzzentrums für MECFS auch die Beschaffung eines wichtigen RSV-Medikaments (Nirsevimab, monoklonaler Antikörper) für Säuglinge verschlafen.

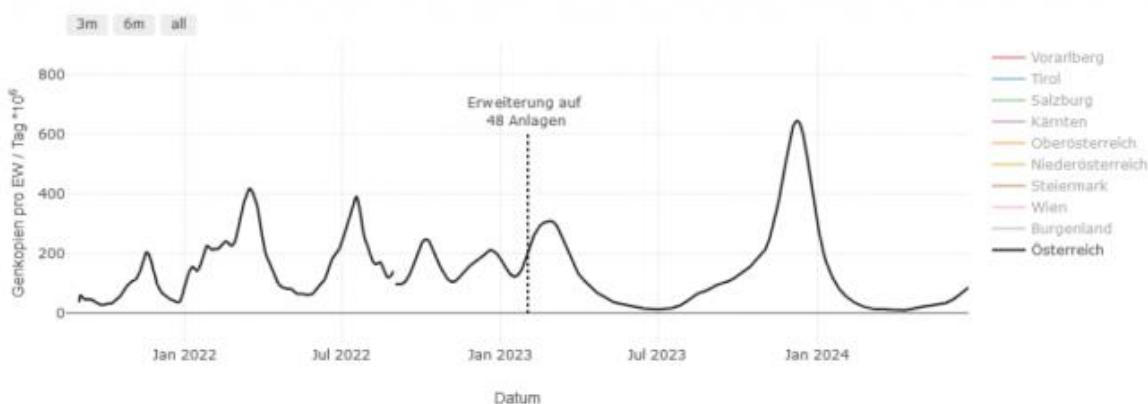
„Die vergangenen Erkältungssaisonen haben gezeigt, dass RSV auf dem Vormarsch ist und vor allem für Säuglinge schwere gesundheitliche Folgen mit sich bringen kann, die lebensbedrohlich sein können. Mit der RSV-Prophylaxe für Säuglinge stünde uns in Österreich während der Erkältungssaison eine wirksame und sichere Möglichkeiten zur Verfügung, unsere Jüngsten bestmöglich zu schützen. Der Gesundheitsminister hat aus dem Fiasko des vergangenen Winters beim Corona-Medikament Paxlovid leider überhaupt nichts gelernt und die Bestellung verschlafen. Wir Ärztinnen und Ärzte haben eindringlich davor gewarnt, dass Österreich auf den Herbst wieder nicht ausreichend vorbereitet ist.“

*Johannes Steinhart, Präsident der österreichischen und Wiener Ärztekammer, 19. Juli 2024  
([Presseaussendung](#))*

Die RSV-Impfung für Schwangere ist weiterhin Privatleistung und sehr teuer, die Tests bei Symptomen sind ebenfalls selbst zu zahlen. Das wird in der kommenden RSV-Saison wieder Kleinkindern das Leben kosten und bei überlebenden Säuglingen ihr Risiko für Asthma und Allergien im Erwachsenenalter deutlich erhöhen, und ihre Lebenserwartung verringern ([Allinson et al. 2023](#)).

## Wir haben eine Coronawelle, aber keine Gratistests

Personengewichtete Verläufe der Bundesländer (und gesamt Ö):



Die Abwasserwerte steigen in Österreich weiterhin, Quelle: [Abwassermanagement](#), 21.07.24

Selbst der WHO-Regionaldirektor für Europa, Hans Kluge, wies kürzlich darauf hin, dass sich die Patientenzahlen bei niedergelassenen Ärzten in 53 Mitgliedsstaaten in Europa und Zentralasien in den letzten 8 Wochen verfünfacht haben, die Hospitalisierungszahlen in den letzten 4 Wochen war um 51% höher als in den 4 Wochen davor. Und die Zahl der gemeldeten Toten um 32% höher. Die Mehrzahl der bestätigten Fälle sind 65 Jahre alt und älter.

Kluge bekräftigte zudem auf Twitter das, was wir alle längst wissen, nämlich, dass Corona zu jedem Zeitpunkt im Jahr große Wellen auslösen kann, auch im Sommer. Wenn man jetzt die typischen Symptome – Fieber, Husten, Erschöpfung – aufweist, ist es mit hoher Wahrscheinlichkeit Corona.

„Ich finde es skandalös, dass man bei so hohen Inzidenzen, die man ja nur noch durch Abwasserdaten und RKI-Meldedaten erfassen kann, in Gesundheitseinrichtungen keine Maske mehr vorschreibt.“

*Hausärztin katharina Apelt-Glitz, 19.07.24 ([NDR](#))*

Sie rät dazu, jede weitere Infektion zu vermeiden, weil:

„Es ist eine Multi-Organ-Erkrankung, eine Gefäßentzündung mit einem Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen und einer anhaltenden Immunveränderung, die dazu führt, dass man auch andere Infektionen leichter bekommt.“

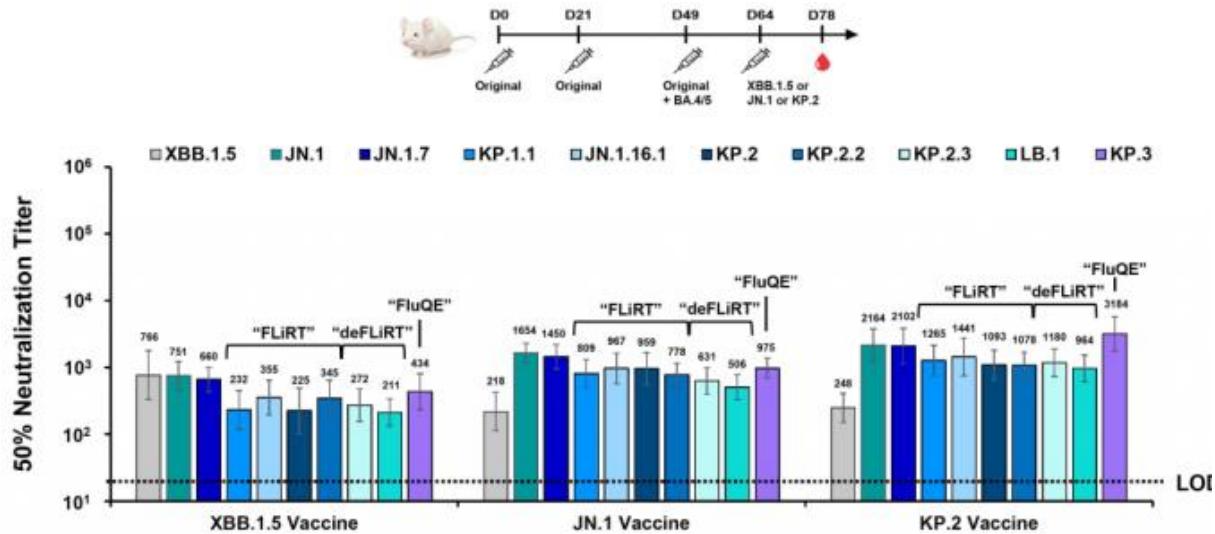
Und ja, liebe LeserInnen, das ist Deutschland, aber das Virus bei uns bzw. die Österreicher unterscheiden sich physiologisch nicht übertrieben stark von Deutschen. Auch ihre anderen Aussagen sind am Punkt.

Das Problem in Österreich: Es gibt immer noch keine Einigung bei der Übernahme der Kosten für die Schnelltests beim Hausarzt. Wer sich erinnert – Ende März lief die Gratistest-Regelung aus. [Anfang April hieß es](#): „**Bald Lösung für Gratis-Tests beim Arzt.**“ Mitte April hätte die Lösung stehen sollen. Jetzt ist Mitte Juli und erneut heißt die Überschrift in den Zeitungen „**Kostenübernahme für Corona-Tests bei Risikopatienten bald geklärt**“ und mit Anfang August soll ein Modell stehen.

Schön, dass man sich so viel Zeit lässt, die Infektionswelle ist JETZT hoch, und jetzt sollte es möglich sein, gratis zu testen. Vor allem muss man bedenken, dass es manchmal mehrere Antigentests in Serie ab Symptombeginn braucht, um SARS-CoV2 zweifelsfrei identifizieren zu können. Deswegen wäre die Übernahme von PCR-Tests für Risikopatienten auch sinnvoller.

## **Neue (kluge) Impf-Empfehlungen vom Nationalen Impfremium:**

[Wie zuletzt schon berichtet](#), hat die EMA sich auf den JN.1-Impfstoff festgelegt, mit der Begründung, er würde auch gut gegen KP.2 und KP.3 wirken, während die FDA in den USA auf den KP.2-Impfstoff setzt.



ausovirus neutralization assay; LOD = Limit of detection; the lowest serum dilution of 1:20.  
 = 10 mice per vaccine group. Vaccine dose 0.5 µg.  
 LiRT™ = S: F456L, R346T; "deFLiRT" = S: S31del, F456L, R346T; "FluQE" = S: F456L, Q493E

### Pfizer-Daten zu angepassten Impfstoffen (05.06.24, bei Mäusen)

Die Neutralisationstiter beim KP.2-Impfstoff sind höher als mit dem JN.1-Impfstoff – sie enthalten die entscheidende F456L-Mutation.

Österreich hat [laut APA-Interview](#) mit Molekularbiologe Ulrich Elling heuer über 1 Million Impfdosen von Pfizer JN.1 bestellt, die wieder im niedergelassenen Bereich verimpft werden.

„Die derzeit neu zirkulierende Variante KP.2 ist aus immunologischer Sicht der JN.1-Variante sehr ähnlich und es ist daher davon auszugehen, dass der angepasste Impfstoff eine schützende Antwort für beide Varianten hervorruft.“

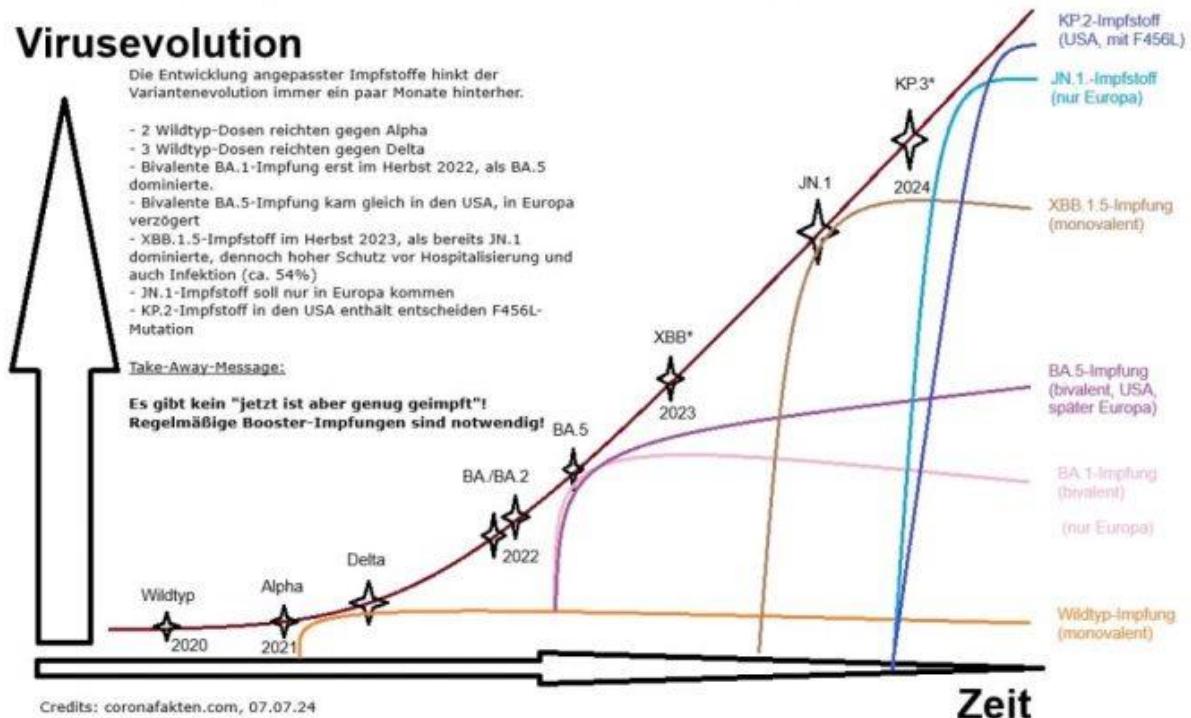
### Neue Impfempfehlungen ([Ausgabe vom 18.07.24](#))

Wie die EMA in einer [neuerlichen Aussendung](#) hinweist, scheint sich KP.3 jetzt gegen KP.2 durchzusetzen, was sie als Beleg dafür anführen, dass JN.1 als Basis für den angepassten Impfstoff besser sei als KP.2.

KP.3 verdrängt KP.2 wegen der erfolgreichen Q493E-Mutation (infektiöser und mehr Immunflucht) und die S31del-Mutation auf KP.3 draufgesetzt (KP.3.1.1.) scheint noch erfolgreicher und steigt relativ bereits stark an. Bis nennenswert viele Menschen geimpft sind (letztes Jahr: 7% Durchimpfungsrate mit dem XBB.1.5-Booster) existiert KP.2 wahrscheinlich nicht mehr oder kaum noch.

Aus den vorläufigen Mäusedaten geht allerdings hervor, dass der KP.2-Impfstoff auch gegen FLuQe-Varianten (mit Q493E) höhere Neutralisationstiter erzeugen würde als der JN.1-Impfstoff. Das reicht der EMA offenbar nicht. Novavax hat bereits [Ende Juni](#) um Zulassung seines angepassten Protein-Impfstoffs angesucht, aber diese noch nicht erhalten.

## Virusevolution



Virusevolution versus Impfstoffevolution – unsere Impfstoffzulassungen hinken immer etwas hinten nach (eigene Skizze)

Halten wir fest: Bisher hat das Gesundheitsministerium nur Pfizer bestellt, es gibt also für Empfehlungen, heuer früher impfen zu gehen, keine Alternative für jene, die mRNA lieber meiden wollen, weil sie Bestandteile der Impfung nicht so gut vertragen und denen etwa ein Protein-Impfstoff empfohlen wird. Das ist ärgerlich.

Der Hauptgrund, weshalb eine KP.2-Impfung *wahrscheinlich* besser gegen KP.3 wirken sollte als die JN.1-Impfung, ist die bei KP.2 enthaltene F456L-Mutation. Aber da wir den KP.2 *wahrscheinlich* nicht bekommen werden (mit den bestellten Impfdosen von Pfizer könnten rund 15 % der Bevölkerung geimpft werden, mehr werden es sicher nicht), **rate ich dazu, nicht lange zu warten, und sich mit dem an JN.1 angepassten Pfizer-Impfstoff impfen zu lassen**. Für jene, die Pfizer nicht bekommen wollen oder sollten, habe ich leider keine zufriedenstellende Antwort. Und das Impfpremium außer Satzverschachtelungen offenbar auch nicht:

*„Personen mit Long COVID benötigen eine individuelle Betreuung. Impfentscheidungen sollten im Rahmen dieser Betreuung individuell erfolgen.“*

Sonst find ich die Impfempfehlung wie gesagt gut. Kernaussagen:

- für alle Menschen ab 6 Monaten und älter grundsätzlich möglich
- „allen empfohlen, die das Risiko eines möglichen schweren Krankheitsverlaufs reduzieren möchten“ (erst darunter sind Indikationen aufgelistet für Risikopersonen)
- Mindestabstand von 12 Monaten empfohlen zu Impfung/bekannter Infektion, Immungeschwächte auch kürzere Intervalle möglich, 4 Monate sollten nicht unterschritten werden
- 3 Tage körperliche Schonung und 7 Tage Sportkarenz sind empfohlen
- Zur Erkrankung ist explizit festgehalten, dass es sich um eine Multisystemerkrankung handelt.

- Auf nichtpharmazeutische Maßnahmen wie Masken tragen wird verwiesen

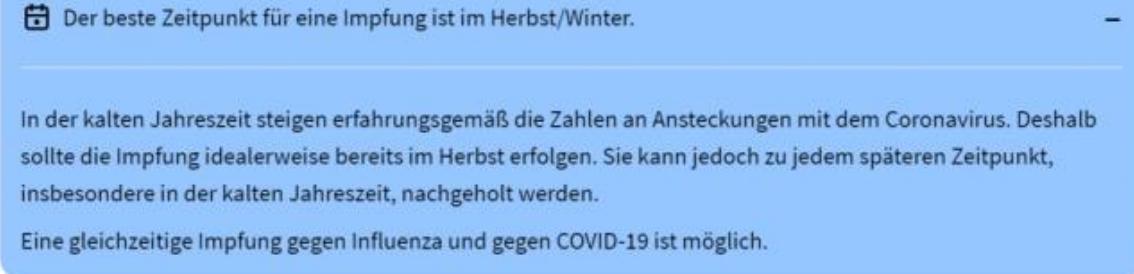
Das NIG weist darauf hin, dass die Impfung das Risiko **reduziert**, LongCOVID zu entwickeln. Man vergleiche den Unterschied in der **politischen Kommunikation** zu Gesundheitsminister Rauch:

„Die Impfung ist sicher, schützt vor einem schweren Krankheitsverlauf und langanhaltenden Folgen wie Long COVID“

*Gesundheitsministerium, [Presseaussendung](#), 19. Juli 2024*

Rauch begeht den **Kardinalsfehler in der Risikokommunikation** in der Pandemie neuerlich, indem er klare ja/nein-Aussagen trifft, die von der Wissenschaft nicht gedeckt sind. Es gibt keinen 100%igen Schutz! Es erkranken trotz Impfung immer noch rund 3-5% an langanhaltenden Folgen wie Long COVID. Wer also nach einer Impfung entsprechende Symptome entwickelt, wird sie auf die Impfung schieben statt auf eine später erfolgte Infektion. Ebenso bedeutet *sicher* nicht nebenwirkungsfrei und das NIG betont hier aus gutem Grund körperliche Schonung nach der Impfung, um gerade bei jungen Menschen das Risiko einer Herzmuskelentzündung zu minimieren.

Die [Informationsseite zur Covid19-Impfung](#) verbreitet leider in einem Punkt Desinformation:



Der beste Zeitpunkt für eine Impfung ist im Herbst/Winter.

In der kalten Jahreszeit steigen erfahrungsgemäß die Zahlen an Ansteckungen mit dem Coronavirus. Deshalb sollte die Impfung idealerweise bereits im Herbst erfolgen. Sie kann jedoch zu jedem späteren Zeitpunkt, insbesondere in der kalten Jahreszeit, nachgeholt werden.

Eine gleichzeitige Impfung gegen Influenza und gegen COVID-19 ist möglich.

Der beste Zeitpunkt ist vor einer Infektionswelle, die nicht – wie hier suggeriert – nur in der kalten Jahreszeit stattfindet, sondern temperaturunabhängig, wie die aktuelle Sommerwelle zeigt. Zwar sind die Sommerwellen meist etwas niedriger als die Herbst- und Winterwellen, aber nicht immer (Ausnahme: BA.5 2022). Deswegen rät Elling oben jetzt auch zu einem früheren Impfzeitpunkt.

## **Erstmals Kapitel zu PAIS in einem Lehrbuch für Allgemeinmedizin – leider nur im E-Book**

Es gibt erstmals ein Kapitel zu PAIS (Postakute Infektionssyndrome), darunter auch LongCOVID und MECFS, in einem Lehrbuch für Allgemeinmedizin:

**Hoffmann K. Postakute Infektionssyndrome und Erkrankungen, In: Zelko E et al. (Hrsg.). Lehrbuch für Allgemein-/ Familienmedizin. EBook. Trauner Verlag; 2024. ISBN 978-3-99151-341-4**

Dieses Kapitel ist das Einzige im Lehrbuch, das ausschließlich in der E-Book-Version zu finden ist. Als Begründung wurde der Autorin Kathryn Hoffmann laut Twitter mitgeteilt,

„weil es sehr lang und das Thema so dynamisch sei,“. Nur: Das Kapitel habe 13 Seiten, andere in der Druckversion haben 20 und mehr Seiten. Das Thema PAIS gebe es bereits seit über 60 Jahren, leider immer von der Medizin sträflich vernachlässigt.

In der gedruckten Version fehlt außerdem ein Hinweis auf das Kapitel in der E-Book-Version (in der [Leseprobe auf der Verlagsseite](#) gibt es diesen Hinweis im Inhaltsverzeichnis, bezieht sich aber vmtl. aufs E-Book). Auf der Verkaufsseite fehlt ebenfalls ein dezidierter Hinweis, dass es hier ein zusätzliches Kapitel gibt.

Neurologe und MECFS-Experte Michael Stingl sprach von einem „Lehrbuchbeispiel“ wie man mit diesen Erkrankungen umgehen würde.

## ZiB2: Themenverfehlung mit meiner ORF-Haushaltsabgabe

[Juli 25, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Keine Kommentare](#) / [Bearbeiten](#)



ZiB2-Vorschau  
@ZiB2\_Vorschau

Heute in der #ZiB2:

- Der gesamte Bericht der Pilnacek-Kommission wurde jetzt veröffentlicht, was steht drin?
- Alle Augen auf Kamala Harris, am Abend hält sie ihre erste große Kundgebung ab
- Leak der RKI-Files, dazu im Studio: Ex-Gesundheitsminister Rudolf Anschober

7:00 nachm. · 23. Juli 2024

Übernahme des Wordings der Pandemieleugner: „Leak der RKI-Files“ in der Ankündigung auf die Zib2 auf X

Der ORF hat einen Bildungsauftrag. Der besteht während (!) einer Coronawelle nicht darin, das Interesse von Verschwörungserzählern zu befriedigen, sondern die Bevölkerung über das zu informieren, was gerade ist und wie man sich schützen kann – über die neuesten Impf-Empfehlungen, [dass wir bereits eine deutliche Welle haben](#) ebenso wie über Infektions-Langzeitfolgen.

Problematisch am ZiB2-Beitrag vom 23. Juli 2024 war vor allem der Beitrag vor dem Interview mit Ex-Gesundheitsminister Anschober, aber auch die Fragen von Armin Wolf selbst. Nichts gelernt aus den letzten vier Jahren. Der ORF thematisiert hier anstelle der akuten Infektionswelle die wichtigste Wahlkampfmotivation der Rechtsextremen und

kleinerer Parteien, die den kommenden Herbst immer noch als „Denkzettelwahl“ betrachten, und leisten ihnen damit einen Bärenservice.

Zudem warnt inzwischen sogar die Bundesstelle für Sektenfragen in einem [Bericht von April 2024](#) vor der Szene vor extremen Pandemieverschwörungsgruppen.

Warum gibt es überhaupt die ständigen Diskussionen wegen „Impfung würde nicht vor Ansteckung schützen“? Weil die öffentliche Kommunikation von Beginn an auf ein Lehrbuchvirus ausgelegt war. Die Bevölkerung würde sich infizieren und dadurch Herdenimmunität erreichen. Die Impfung würde die Pandemie beenden. Doch SARS-CoV2 ist kein Lehrbuchvirus. Es war nur im ersten Jahr relativ stabil und mutierte kaum. Es war Glück, dass zwei Impfdosen noch gegen die Alpha-Variante wirksam waren und Ansteckungen in hohem Maß verhinderten. Mit Delta reichten 2 Impfdosen nicht mehr. Israel setzte bereits im Juli 2021 auf 3 Impfdosen. Die STIKO und das NIG zogen zu spät nach. Die Bundesregierung hatte plötzlich ein Kommunikationsproblem, denn das Narrativ „Für Geimpfte ist die Pandemie vorbei“ geriet in Konflikt mit einer notwendigen dritten Impfdosis. Die Kampagne für die dritte Impfung kam zu spät, der vierte Lockdown war unvermeidlich. Statt die Fehler in der Strategie einzugeben, kam der populistische „Lockdown für Ungeimpfte“, gefolgt vom Lockdown für alle. Die Regierung hielte am Narrativ „Die Impfung beendet die Pandemie“ fest, weshalb die Impfpflicht beschlossen wurde. In der Delta-Welle, als in den Spitäler mehrheitlich Ungeimpfte lagen. Mit einer Impfpflicht hoffte man, künftige Lockdowns zu verhindern. Mit Omicron ab Dezember 2021 brachten auch 3 Impfdosen keinen ausreichenden Schutz mehr vor Ansteckungen. Auch Geimpfte konnten das Virus übertragen. Aus Sicht der Verhinderung schwerere Verläufe hätte es weiterhin Gründe für die Impfpflicht gegeben, aber nicht mehr als kollektiver Übertragungsschutz.

Diese ganzen Grautöne der Virusentwicklung, insbesondere der Variantenbildung wurde 2021 lange Zeit verharmlosend wiedergegeben und zu spät darauf reagiert. Omicron wurde daraufhin fälschlicherweise als mild geframed, aber das ist eine andere Geschichte und soll ein anderes Mal erzählt werden.

## Der Beitrag vor dem Interview

„Ein Online-Magazin hatte schon im März die Veröffentlichung erster Protokolle durch eine Klage erzwungen, aber heute hat eine freie Journalistin insgesamt 4000 Seiten online gestellt, angeblich alle RKI-Protokolle bis Ende 2023. Sie sollen belegen, dass die deutsche Regierung damals die Bevölkerung belogen hätte.“

- Der ZiB2-Beitrag vor dem Interview mit Ex-Gesundheitsminister Anschöber nennt *Multipolar* „ein Online-Magazin“, später im Beitrag „einschlägiges Online-Magazin“ statt Klartext zu reden. Multiplar wird dem verschwörungserzählerischen Milieu zugeordnet. Sie [arbeiteten](#) zudem mit dem Chefredakteur des kürzlich verbotenen, rechtsextremen *Compact*-Magazins zusammen.
- Gezeigt wird eine Pressekonferenz mit Aya Velazquez, die hier als „freie Journalistin“ bezeichnet wird. Unerwähnt bleibt ihr politischer Aktivismus – laut eigener Zuschreibung „im Widerstand gegen das Corona-Regime“. Sie schreibt für das verschwörungserzählerische Magazin *Manova*, früher *Rubikon* genannt. Sie drehte außerdem einen verschwörungserzählerischen Dokumentarfilm über Corona.
- Auch die Wortmeldung von Stefan Homberg, ebenfalls bei der Pressekonferenz anwesend, darf nicht fehlen, hier „ehemaliger Professor und Maßnahmengegner“ genannt. Nicht dazu gesagt wird die [Nähe zum Antisemitismus und NS-](#)

Verharmlosung von Hombug in der Pandemie, der oft gemeinsam mit anderen extremistischen Pandemieleugnern wie Wodarg oder Bhakdi auftrat.

Der Beginn des Beitrags suggeriert also, dass eine „freie Journalistin“, ein „Online-Magazin“ und ein „ehemaliger Professor“ die RKI-Protokolle freigecklagt hätten – ganz normale Bürger also, was natürlich eine höherwertige, ganz und gar nicht anstößige Legitimation an den Tag legt als wenn man den Hintergrund dieser Causa offengelegt hätte. Es ist leider nicht das erste Mal, dass der ORF wichtigen Kontext weglässt, die getroffenen Aussagen eine andere Interpretation geben werden – siehe mein [Faktencheck zum ORF-Report über die Schulschließungen](#), wo die ÖVP-Nähe dreier interviewter Schülerinnen unterschlagen wurde.

*„Für einige sind sie skandalös, für andere eher harmlos.“*

*Maresi Engelmayer (ORF)*

„ ist auch eine Form von False Balance. Für einen kleinen harten Kern an Pandemieleugnern sind die herausgerückten Dokumente skandalös, aber für die große Mehrheit, vor allem aber aus Sicht der Wissenschaft, sind sie ein Stück Zeitgeschichte zur Bewältigung der Pandemie.

Für Aufregung würde die Aussage von Jens Spahn (CDU) sorgen, der damals sagte, *dass wir gerade eine Pandemie der Ungeimpften sehen würden*. Laut Sitzungsprotokoll sei dieser Begriff aus fachlicher Sicht nicht korrekt gewesen, was laut Hombug ein Skandal sei.

Was im ORF-Beitrag allerdings fehlt, ist der Kontext dieser Aussage, die von Spahn Anfang September 2021 getroffen wurde – zur Zeit der Delta-Welle, als mehrheitlich Ungeimpfte in den Spitäler lagen.

Man sehe derzeit eine „Pandemie der Ungeimpften“. **90 bis 95 Prozent der Covid-19-Patienten auf Intensivstationen seien nicht geimpft**,

*Jens Spahn, 08.09.2021 ([Stuttgarter Zeitung](#))*

Damals gab es erste Durchbruchsinfektionen bei Zweifachgeimpften, die das Virus auch übertragen konnten, wenn auch mit geringerer Viruslast als Ungeimpfte ([Puhach et al. 2022](#)). Spahn bezog sich also auf die Schwere der Erkrankung und nicht auf Überträger.

## **Das Interview**

Wie von Armin Wolf selbst zu Beginn zugegeben, ist Anschober der falsche Ansprechpartner für das Thema dieses Interviews, da er zum Zeitpunkt der „Pandemie der Ungeimpften“ und der „Impfpflicht“ gar nicht mehr Minister war. Dafür hätte man seinen Nachfolger Ex-Gesundheitsminister Mückstein (Grüne) oder den damaligen Bundeskanzler Kurz (bzw. dessen Kurzzeitnachfolger Schallenberg, beide ÖVP) interviewen müssen.

Anschobers Antworten sind solide, schauen wir also die Qualität der Fragen:

*„Hat man damals die Bevölkerung wissenschaftlich irregeführt, damit sich mehr Menschen impfen lassen?“*

*„Aber auch damals hat man schon gewusst, dass sich auch Geimpfte anstecken können. Sie werden nicht so schwer krank, aber sie können sich anstecken und sie können auch das Virus*

*weitergeben. Auch das hat man damals schon gewusst. Pandemie der Ungeimpften war einfach falsch. Das hat auch die Generaldirektorin für öffentliche Gesundheit [Katharina Reich] zwei Monate später offen zugegeben.“*

„Es ist keine Pandemie der Ungeimpften, sondern wir sind in einem Stadium angekommen, wo es uns alle betrifft“

[ORF-Report, 16. November 2021](#)

Anschober hat es zutreffend nachträglich als Fehler bezeichnet, da es suggeriert hat, dass die Pandemie für Geimpfte vorbei sein würde und diese unvorsichtiger geworden wären. Allerdings muss man klar festhalten, dass die Impfung dennoch Infektionen und Übertragungen reduziert hat und Ungeimpfte somit maßgeblich zur Herbstwelle beitrugen, übrigens gerade auch die Kinder, da die Schulen bei der vierten Welle offen blieben und FFP2-Maskenpflicht im Klassenzimmer erst spät verhängt wurde. Reichs Aussage ist im Kontext des vierten Lockdowns zu sehen, der dann für alle Bürger verhängt wurde, nachdem die Berater durch Modellsimulationen klarmachten, dass der „Lockdown für Ungeimpfte“ kaum Wirkung haben würde.

Wolf verweist auf die Aufarbeitung der Pandemie durch den ÖAW, der im Dezember erschienen sei. Er sagt aber weder dazu, dass dieser Bericht unvollständig ist, etwa Spätfolgen (LongCOVID) überhaupt nicht einbezieht, noch die medizinische Seite unterkomplex präsentiert wird. Der Bericht sei „recht verschämt und versteckt präsentiert worden“ – [meiner Erinnerung nach](#) gab es ihn am **Höhepunkt der JN.1-Welle** als Pressekonferenz recht prominent und mit Situationskomik präsentiert, unter Gehuste des Bundeskanzlers mit der irreführenden Überschrift „Nach Corona“.

*„Etwas, das in Österreich sehr ähnlich war wie in Deutschland, aber anders als in etlichen anderen Ländern war die extrem strenge Linie von Anfang an sowohl in den Regeln als auch in der Rhetorik.“*

Darauf könnte man auch antworten oder Wolf selbst recherchieren, wie viele Menschenleben der strenge Lockdown in der ersten Welle gerettet hat, verglichen etwa mit UK, Frankreich oder Spanien.

Wolf spricht Anschober darauf an, die Maßnahmen seien absurd gewesen, etwa Strafen im Freien, Zusperren der Bundesgärten (die Frage sollte an die ÖVP gehen, Ex-Landwirtschaftsministerin Köstinger war für die Bundesgärten zuständig) und „*man darf nur aus vier Gründen die Wohnung verlassen*“ wäre juristisch falsch gewesen. Kein Wort dazu, wie viele Leben die damaligen Regeln gerettet haben.

Wolf zitiert ausgerechnet Sprenger mit den Worten „*viel von dem, was damals passiert ist, war einfach politischer Aktivismus*“ Sprenger hätte damals etwa schon gesagt „*es gibt überhaupt keinen Beleg dafür, dass man sich im Freien bei entsprechendem Abstand anstecken kann, trotzdem war es verboten*.“

Meines Wissens war es nicht verboten, ins Freie zu gehen. Menschenansammlungen waren verboten. Heute wissen wir übrigens, **dass man sich auch im Freien anstecken kann, sogar mit Abstand, wenn die Windrichtung ungünstig ist und man einen Superspreader als Gegenüber hat** ([Qian et al. 2020](#), [Mingyu et al. 2023](#), [Asai et al. 2023](#)), Ich fand die Maßnahmen damals auch überzogen, aber nicht, weil physikalisch nicht möglich gewesen

wäre, dass es zu Übertragungen kommt, sondern weil Menschen im Freien das geringere Risiko als heimliche Hauspartys oder Hinterzimmertreffen gewesen wären.

Wolf behauptet, *es sei damals schon völlig klar gewesen, „dass die, die geimpft werden wollten, die waren zu dem Zeitpunkt schon geimpft und die, die nicht geimpft werden wollten, dass man die nicht zwingen kann.„*

Das würde ich so nicht sagen. Ein Kern von Impfgegnern wollte tatsächlich nicht geimpft werden, aber das waren nicht alle 30% Ungeimpfte, die etwa im Spätherbst 2021 noch vorhanden waren. Ein Teil der Ungeimpften sagte hinter vorgehaltener Hand auch, dass eine Impfpflicht ihnen ermöglichen würde, ohne Gesichtsverlust in ihrem impfkritischen Umfeld impfen gehen zu können. Man hätte die Impfpflicht eben, wie auch ohne Impfpflicht entsprechende Kampagnen mit mehr Aufklärung begleiten müssen, um den Widerstand durch Information zu brechen, und nicht durch Strafandrohungen.

## Kommentar

Im Kern bedienen Beitrag zu den RKI-Protokollen und Interviewfragen zum wiederholten Mal die Themen der Pandemieverharmloser. Die Fragen lassen sich unter „*Waren die Maßnahmen übertrieben?*“ und nicht „*Wie viele Menschen wurden gerettet und hätte man mehr tun können?*“ zusammenfassen. Etwas Besseres kann den rechten Parteien, die in ihre Wahlprogramme dezidiert die Pandemieaufarbeitung hinschreiben und entsprechende Slogans bereits in der EU-Wahl plakatieren, nicht passieren. So hält man die Pandemie präsent, deren Folgen – Corona ist ja nicht weg – im Alltag völlig totgeschwiegen werden, aber statt **Public-Health-Kommunikation zur aktuellen Welle** geht es nur um eine verklärte Vergangenheit.

Auf Kritik angesprochen rechtfertigt sich Wolf damit, dass zum aktuellen Infektionsgeschehen vor zwei Wochen schon Virologin von Laer interviewt worden wäre. Darin bediente sich eine resignierende von Laer ebenfalls der Sprache der Pandemieverharmloser:

„*Die normalen gesunden Erwachsenen und Kindern sollten sich auf keinen Fall mehr zu einem „Impfzwang“ oder zu einer Impfverpflichtung verpflichtet fühlen.*“

Diese Aussage steht jedoch im Widerspruch zu den neuen Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums, das die Impfung ausdrücklich allen Menschen ab 6 Monaten aufwärts empfiehlt.

## Was man wirklich aufarbeiten sollte

Die Regierung in Österreich hat zu Beginn der Pandemie mit Ischgl versagt, dem ersten Superspreading Ereignis in Europa. Statt einer objektiven Aufarbeitung wurden 2023 alle Klagen eingestellt und nichts aus dem Versagen gelernt – für das es, ebenfalls in Tirol bereits 2001 einen Präzedenzfall gegeben hat (Schmid et al. 2004). Das Oberlandesgericht begründete die Freisprechung der Regierung von jeglicher Schuld damit, dass „die der Behörde im Epidemiegesetz auferlegten Handlungspflichten ausschließlich den Schutz der Allgemeinheit bezo gen“, und offenbar nicht den Schutz des Einzelnen.

- Wer arbeitet die unrühmliche Rolle der Ärztekammer Oberösterreich und der ÖGKJ auf, die Einfluss darauf hatten, dass ab Herbst 2020 Kinder unter 10 Jahren nicht

getestet werden und die Rolle der Kinder allgemein verharmlost wurde? Mangelnde Prävention dieser Altersgruppe ist mitverantwortlich.

- Wann wird endlich aufgearbeitet, dass die Bundesregierung 2020 einen viel zu späten zweiten Lockdown aus Wahlkampf-Gründen gesetzt hat, und so wider besseren Wissens tausende Tote und Langzeitkranke verursacht hat?
- Wer arbeitet den mangelnden Schutz in Altenheimen und auf Onkologie-Stationen auf, wo nachweislich ab der zweiten Welle wiederholt Insassen und Patienten infiziert wurden und teilweise verstorben sind? Es galt oft nicht mal eine konsequente Maskenpflicht!
- Wer arbeitet die Bedrohung von Spitalspersonal auf, durch Coronaleugner, die Rettungseinfahrten blockierten und bis in die Intensivstationen vordrangen, im Glauben, dort würden Schauspieler liegen oder nur Geimpfte?
- Wer arbeitet auf, dass im Jänner 2021 minderwertige Schnelltests für Volksschulkinder besorgt wurden, als Feigenblatt für „wir tun eh was“, um aus wirtschaftlichen Gründen und Durchseuchung in Kauf zu nehmen offen zu halten?
- Wer arbeitet die von allen Parteien gestützte Durchseuchung der Kinder und Jugendlichen auf, und dass die Bundesregierung im Sommer 2021 durch die GÖG ausrechnen ließ, wie viele junge Menschen man durchseuchen konnte, bis die Intensivstationen kollabieren würden, und dass man die FFP2-Maskenpflicht in den Schulen an die Kapazitäten auf den Intensivstationen gekoppelt hat?
- Wer arbeitet die fiktiven „freien Betten“ auf, eine mutmaßlich bewusste Manipulation der öffentlichen Meinung nach schwedischem Vorbild, frei nach dem Motto „eh genug Betten frei, kein Lockdown nötig“?
- Wer arbeitet auf, dass die hohen Frühlings- und Sommerwellen (BA.2 und BA.5) im Jahr 2022 völlig ignoriert wurden und immer nur von „Vorbereitung auf den Herbst“ gesprochen wurde? Auch in dieser Zeit sind viele Menschen gestorben und schwer krank geworden, teilweise bis heute.
- Wer arbeitet den Suizid der Impf- und Hausärztin Lisa-Maria Kellermayr im Sommer 2022 auf, die von Rechtsextremen bedroht wurde? Die Ärztekammer Oberösterreich hat weggeschaut, ebenso die Landes- und Bundesregierung.
- Wer arbeitet die Coronademos auf, die mit antisemitischen Parolen einhergingen?
- Wer arbeitet die Narrative „Für Geimpfte ist Pandemie beendet“ und „Omicron ist mild“ auf, was insbesondere 2022 in mehrfachen Omicron-Wellen dazu führte, dass die Sterblichkeit höher als 2020 war, und viele Infizierte an LongCovid erkrankten, weil sie sich nicht mehr schützten?
- Wer arbeitet überhaupt auf, dass die Regierung bis weit nach 2022 hinein glaubte, dass man über Durchseuchung Herdenimmunität herstellen könnte? Dass Kinder nicht schwer erkranken können würden? Dass wir mit Corona so leben könnten wie vor der Pandemie?
- Wer arbeitet die Abschaffung der Maskenpflicht im Gesundheitswesen im Mai 23 auf, eine schwerwiegende Fehlentscheidung, die bis heute Menschenleben kostet und Patienten kräcker aus dem Krankenhaus entlässt, als sie hineingekommen sind? Betrifft auch andere Infektionskrankheiten.
- Wer arbeitet auf, dass man 2023 zahlreiche LongCovid-Ambulanzen trotz anhaltendem Bedarf und Wartelisten geschlossen und Schwerstkranke im Regen stehen ließ und weiterhin lässt, weil es immer noch zu wenig Anlaufstellen, kaum Therapiemöglichkeiten und neue Betroffene gibt?
- Wer arbeitet auf, dass Eltern verweigert wurde, Luftreiniger in Kindergärten und Schulen aufzustellen, wo sie doch nur ihre Kinder bzw. sich selbst als vulnerable Person schützen wollten? Wer arbeitet das Versagen in der Paxlovidbeschaffung 2023 auf?

- Wer arbeitet die sozialen und medizinischen weitreichenden Folgen der mangelnden oder falschen Public-Health-Kommunikation zu Prävention und Impfungen auf? Wie etwa das Märchen zur Immunschuld, dass Masken schädlich sein würden. Dass junge gesunde Menschen nicht impfen gehen müssen. Und die folgen allgemein zunehmender Impfskepsis auch durch die fälschliche Gleichsetzung der Menge an sogenannten Impfschäden und LongCOVID. Siehe etwa die sinkenden Impfraten bei Keuchhusten, Masern und die generell Zunahme von Infektionskrankheiten.
- Wer arbeitet die volkswirtschaftlichen Schäden durch Long COVID auf, die immer noch andauern?
- Wie viele Menschenleben hätte man retten und vor Long COVID bewahren können, wenn man eine konsequente Impfkampagne auch für Kinder und Jugendliche gefahren hätte, wenn man Schutzmasken positiv konnotiert hätte statt als Bestrafung, wenn man Homeoffice ebenso forciert hätte wie erhöhten Kündigungsschutz im Krankenstand? Wenn

Diese und weitere Fragen würde ich gerne thematisiert sehen im öffentlichen Rundfunk mit seinem Bildungsauftrag, mit der Rolle als vierte Gewalt im Staat.

## Olympische Spiele: Am Gipfel der Verleugnung?

[August 10, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)

*“I’m not toying with the life of a 23-year-old boy. I don’t want that on my conscience.”*  
[\(Patrick Lefevere, Manager von Quickstep, Giro d’Italia, 17. Mai 2023\)](#)

Während sich die Berichterstattung in Österreich erwartungsgemäß vornehm zurückhält, was den **Einfluss der aktuellen Sommer-Coronawelle** auf die Olympischen Spiele betrifft\*, redet man anderswo bereits Klartext.

Das, was wir derzeit erleben, ist nicht normal und sollte nicht mehr beschönigt werden. Noah Lyles wird [kurz vor seinem Lauf positiv getestet](#) und gewinnt die Bronze-Medaille. Die Quittung für seinen Einsatz: Er musste nach dem Rennen im Rollstuhl hinausgefahren werden. Malaika Mihambo holt im Weitsprungfinale Silber, muss aber ebenfalls [mit Atemnot im Rollstuhl](#) aus dem Stadion gebracht werden. Alessia Zarbo [kollabiert](#) in der letzten Runde des 10km-Finales und bleibt auf der Bahn liegen. Sind das noch sportliche Wettkämpfe oder handelt es sich um Gladiatorenkämpfe des alten Roms?

\*So ist im Kommentar des Wochenend-Standards zum finalen Wochenende der Olympischen Spiele kein einziges Wort zu den zahlreichen Coronafällen und -ausfällen unter den Athleten zu lesen. Zu Lyles heißt es in einer kurzen Meldung lapidar „reiste mit Corona ab.“

[Arthur L. Caplan: Noah Lyles’ collapse with Covid: How not to manage health at the Olympics](#) (09.08.24)

[Troy Farah: Noah Lyles‘ collapse underscores our collective COVID denial](#) (10.08.24)

**Update:** Mihambo beendet Saison vorzeitig wegen Longcovid

## Corona-Folgen: Mihambo trifft schwere Entscheidung (27.08.24)

**Update 2:** Länder, die Covid stärker eingedämmt haben, gewannen mehr Goldmedaillen als erwartet und umgekehrt bei den Olympischen Spielen ([Orchard et al. 2024 preprint](#))

Sportmediziner kritisieren Lyles heftig und warnen davor, auch leichte Infektionen zu unterschätzen:

„Schon bei einer leichten Covid-19-Infektion, aber auch bei anderen grippalen Infekten, sitzen immer einige Viren auf dem Herzmuskel. Wenn ich Sport treibe, dann wird der Herzmuskel stärker belastet und ist dadurch schlechter geschützt. Die viralen Partikel können so zu Entzündungsreaktionen führen. Auch Herzrhythmusstörungen sind möglich. Bei Profisportlern passiert es immer wieder, dass jemand einen plötzlichen Herztod erleidet. Der resultiert häufig aus nicht erkannten oder ignorierten Infekten und gleichzeitiger Belastung.“

*Hans-Georg Predel, Institut für Sportmedizin und Kreislaufforschung an der deutschen sporthochschule Köln, 09. August 2024 (Zeit)*

Zudem geht eine Infektion auf die Atemwege, verengt die Bronchien und kann Asthma und Atemnot auslösen.

Mihambo hatte sich bereits im Juni 2024 bei der EM in Rom infiziert und sprang trotzdem zur Europameisterin – [mit starken Beeinträchtigungen](#).

Predels Rat an Breiten- und Hobbysportler ist klar:

**„Das war ein übles Beispiel. Genauso, wie man es nicht machen sollte. Mein ärztlicher Ratschlag lautet ganz klar: Bitte nicht nachmachen! Bei einer akuten Infektion, egal ob Covid-19 oder ein grippaler Infekt, muss man sich schonen. Und warten, bis die Symptome vollständig abgeklungen sind.“**

Corona bei Olympia: Deshalb sind Spitzensportler eher kein Vorbild

[Schlagzeile im wdr; 09. August 2024](#)

Dort steht auch, dass sie nicht nur ihre eigene Gesundheit riskiert hätten, sondern auch andere im Team und darüber hinaus anzustecken, vor allem, wenn sie dann keine Maske tragen (und dass man in Frankreich vielfach nur auf die weniger effizienten OP-Masken setzt, ist auch eher fragwürdig bei den finanziellen Summen, die bei Olympia umgesetzt werden).

Der Trainer von Mihambo, Ulrich Knapp, hingegen mit einer moralisch verwerflichen bis zynischen Aussage angesichts Millionen von Longcovid-Betroffenen:

*„Mihambo habe Bewunderung verdient für ihre aufopfernde Leistung. In einer Gesellschaft, wo sich jeder mit Nasenbluten einen Krankenschein nimmt und eine Woche zuhause bleibt, habe Deutschlands Weitsprung-Star angeschlagen alles gegeben.“*

[aus einem Kommentar von Holger Luhmann, sport1.de \(09.08.24\)](#)

In der [ARD-Berichterstattung vom 08. August 2024](#) hielten sich die Reporter nicht zurück mit Kritik.

„200 Meter ist jetzt kein Sonntagsspaziergang.“

Im australischen Team gab es 40 Infektionen, weil sie dort getestet haben und nicht weil das australische Team besonders vulnerabel gewesen wäre. Ganz konsequent waren ihre Maßnahmen aber auch nicht:

„Um die Ansteckungsgefahr zu minimieren, nehmen die australischen Sportlerinnen und Sportler lediglich das Abendessen im Speisesaal des olympischen Dorfes ein. Das Frühstück und Mittagessen wird in einem für das Team reservierten Kleingarten zubereitet.“

[Sport ORF.at, 05. August 2024](#)

Man möge dem Redakteur erklären, was der Unterschied zwischen *minimieren* und *reduzieren* ist. Denn eine minimale Ansteckungsgefahr würde dann herrschen, wenn die Sportler jedes Essen nur im Freien einnehmen würden. Zudem sollten sie eine Maske tragen, um sich auch innerhalb des Teams vor Ansteckung zu schützen. SARS-CoV2 ist kein Frühstücksvirus! Es ist mahlzeitenunabhängig übertragbar!

## **Mihambo: Unvernunft und Verleugnung bis Vernunft und wichtige Botschaften**

In der ARD-Sportschau zu Olympia gab es ein interessantes Interview zu Post-Covid bei Malaika Mihambo, auch mit Trainer Ulrich Knapp – von dem ich einen Audio-Mitschnitt bekommen habe (aus rechtlichen Gründen kann ich das Interview in Österreich nicht abrufen). Davon habe ich Ausschnitte transkribiert:

\*

**Mihambo:** „Mir geht's wieder ganz gut. Für mich war einfach an dem Abend klar, dass ich Ruhe brauche. Wenn man eben noch nicht ganz wieder bei Kräften ist, oder bzw. **meine Lunge ist ja noch einfach eingeschränkt**, dann ist es so, dass man durch den Wettkampf zwar kommt, und es gar nicht merkt die Anstrengung, und wenn dann das Adrenalin abfällt, dann ist es von jetzt auf gleich quasi vorbei. Man braucht einfach Ruhe und da hab ich dann die Chance genutzt dann auch die Hilfe in Anspruch zu nehmen – sah bestimmt für die Außenstehenden sehr dramatisch aus, aber ich wusste mit ner halben Stunde Ruhe **wird alles wieder gut werden**.“

„In dem Moment hab ich einfach das Gefühl gehabt, dass ich nicht genug Luft bekomme. Das liegt wohl daran, dass die Gasaustauschkapazität bei 70% liegt, und dann kann eben nicht genug Sauerstoff in den Körper, nicht genug CO2 raus. Dann, bei der Anstrengung und dem ganzen Stress braucht man eben mehr Luft, dann hab ich eben auch schon gemerkt, dass ich anfange zu hyperventilieren, aber gleichzeitig wusste ich eben auch schon, weil ich das nach meiner ersten Corona-Infektion auch schon hatte, diese Symptomatik, **dass alles in Ordnung wieder kommt, dass das nichts Schlimmes ist, kaputt geht**, und von daher … [...]“

(Während der nächsten Frage des Reporters hustet Mihambo)

**Knapp:** „Im Grunde wusste ich, dass sie sich wieder erholt, weil wir hatten ja beide parallel die Infektion durchgemacht. Wir waren beide zwei Wochen richtig krank. Nach zwei Wochen, ich konnte nicht mal gehen oder ne Treppe laufen. Malaika musste wieder ganz

langsam anfangen mit Training. Als sie ihre ersten Einheiten wieder machte, konnte ich immer noch nicht joggen, mich kaum bewegen. Sie hat immer jeden Tag versucht, auf sich zu trainieren, und es war natürlich auch ein \*\*\* Spiel, ob sie überhaupt an den Start gehen kann. [...]“

**Knapp:** „Wenn die Infektion zwei Wochen später gekommen wäre, hätte ich dafür plädiert zu verzichten. Weil wir hatten es in München ja mitgemacht, wo es ihr wirklich extrem schlecht ging. Da hat dann auch ihre Gesundheit darunter gelitten. Wir haben's bei Noah Lyles gesehen, der es versucht hat, auch zusammengebrochen ist, vom Platz geschoben werden musste. **Weil man muss auch ein bisschen an die Gesundheit der Athleten denken.**“

Reporter: Es zählt nicht nur der Superlativ.

**Knapp:** „Absolut. Irgendwo ist auch die **Fürsorgepflicht des Umfeldes** gefragt. In dem Fall hatten wir das Gefühl, sie könnte es schaffen, zumindest einigermaßen fit an den Start zu gehen und dann probieren wir alles.“

**Mihambo:** „[....] Ich hab ja auch keine akute Corona-Infektion. Hätte ich jetzt akute Krankheit, würde ich nicht an den Start gehen, aber das sind jetzt die Folgen von der Infektion, die zwei Monate zurückliegt. Ich glaub, das muss man eben auch im Kopf behalten, dass das schon länger her ist **und mich zwar noch intensiv begleitet auch**, aber eben nicht, **dass wir jetzt irgendwie ein Risiko eingegangen sind**, und dann kommt eben dazu, dass man nicht vergleichen kann mit einem normalen Wettkampf. Es ist Olympia und man hat auch die Ehrenrunde. Natürlich ist da unter 80000 Menschen in so einem vollen Stadium ne ganz andere Stimmung und Druck und Intensität dahinter. Das kann man eben nicht im Training simulieren, und das kann man nicht einschätzen, wie genau der Körper vorher reagiert.“

**Mihambo:** „Wie gesagt, für mich ist alles in dem Moment einfach, natürlich hätte ich jetzt auch versuchen können, das zu überspielen (räuspern), aber genau darum geht's ja auch, dass man einfach authentisch bleibt und für mich war in dem Moment Pause gut, und wenn es heißt, dass man mit dem Rollstuhl vom Platz geschoben wird, dann ist es in Ordnung. Ich finde, wenn man auch weiß, dass es einem in einer halben Stunde wieder bessergeht oder in einer Stunde, finde ich das in Ordnung, **aber das gehört eben auch dazu zu sehen, dass Corona eben nicht eine einfache Erkältung ist** für jeden, und dass es ein bisschen komplizierter ist, andererseits ist auch die Frage: Was ist die Alternative? Soll ich jetzt zuhause bleiben und für mich trainieren? Die Silbermedaille zeigt ja, dass ich fit genug bin.“

**Mihambo:** „Für mich war das einfach nochmal ein Prozess, wo ich soviel gelernt hab, weil es mir eben nicht mehr leichtgefallen ist, weil ich da seit der Corona-Infektion wirklich große Steine auch hatte, die auf meinem Weg lagen. Dass dann alles zusammenzubringen, im Wettkampf, und da über sich hinauszuwachsen, das gibt mir persönlich sehr viel, was ich dann auch in den nächsten Wettkampf weitertragen kann. Ich glaube auch, was man an andere Menschen weitergeben kann, weil es mich mental so stark gemacht hat, **nicht aufzugeben, sondern an mich zu glauben**. Und natürlich alles abzuschätzen. Wie gesagt, **es gab ja in dem Fall jetzt kein Risiko**, weil mir gehts ja heute genauso wie es mir am Tag des Finales ging. Und dass ich am Tag des Finales eben deutlich mehr gemacht habe als heute.“

\*

**Meine Interpretation:**

Die Infektion wird kleingeredet. Zwar schlimmer als eine Erkältung, aber man sei kein Risiko eingegangen, während die Spätfolgen der letzten Infektion zwei Monate später immer noch deutlich spürbar waren, mit verringriger Lungenkapazität. Auch wenn sich die Lunge erholen wird, bleiben die anderen Gefahren, wo Corona eben mehr ist als eine Lungenkrankheit, sondern auf die Organe und Gefäße gehen kann. Der Trainer kommt hier deutlich sozialer herüber als im Sport1-Artikel. Er betont etwa die Fürsorgepflicht und dass Corona für ihn alles andere als harmlos war.

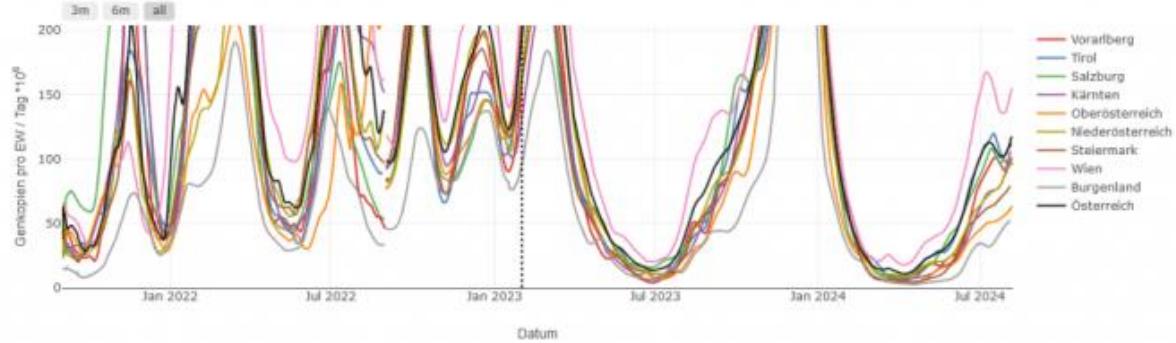
Die optimistische Aussage, dass es kein Risiko gegeben hätte, kann ich trotz der sicherlich hervorragenden medizinischen Überwachung der Athleten nicht ganz teilen. Da zeigen die Longcovid-Erfahrungen und Studien zu Leistungssportlern doch etwas anderes und zwingt viele zum Karrierende oder noch schlimmer. Bei [manchen Leistungssportlern](#) war es dann die dritte Infektion, die zu deutlichen Leistungseinschränkungen geführt hat.

Gerade den „anderen Menschen“ ist dringend davon abzuraten, bei anhaltenden Symptomen nach einer Infektion weiter zu trainieren, zu glauben, man könnte die Symptome wegtrainieren, denn genau das kann zu PEM (Belastungsintoleranz) führen und langfristig erst Recht zu starken Einschränkungen im Alltag. Ich hab dem [ein ganzes Kapitel](#) gewidmet, wie wichtig es ist, zu warten, bis die Symptome vollständig abgeklungen sind.

Die Frage, welche Risiken man eingehen will oder muss als Leistungssportler, der nicht eben leichtfertig entscheidet, die Olympischen Spiele auszulassen und erst in vier Jahren wieder anzutreten, ist schwieriger geworden mit **endemischen Corona** in diesem Ausmaß an regelmäßigen Infektionswellen, eben auch inmitten des Hochsummers. Was ist die Alternative, fragt sie, und schiebt gleich ein Strohmann-Argument hinterher in einer politisch und medial aufgehetzten Gesellschaft, die zwischen Durchseuchung und strengen Ausgangssperren kein kluges Mittelmaß gefunden hat: Etwa Schutzmaßnahmen wie Maske tragen oder überhaupt Schutzmaßnahmen bei Olympia, die für alle Teams gelten – und wer Kontakt zu den Spielern hat, nimmt sich ein Beispiel bei der Tour de France und trägt gefälligst eine Maske.

SARS-CoV2 ist eben kein Infekt wie andere, sondern erhöht die Risiken beträchtlich. In Österreich sieht es leider so aus, als ob mit den Coronaspiele ähnlich umgegangen wird wie mit dem Weltwirtschaftsforum in Davos Anfang 2023, wo strengste Corona-Maßnahmen gegolten haben, [aber kein einziges Medium in Österreich darüber berichten wollte](#). All jene Ereignisse oder Vorkehrungen, mit denen man wirklich kluge Lehren aus der Pandemie ziehen könnte, werden leider totgeschwiegen.

Stattdessen **Peak Denial** auch vom Gesundheitsminister Rauch (Grüne), der ausgerechnet am Welttag für schwere MECFS-Erkrankungen ausrichten lässt, man solle nicht „*krampfhaft auf Corona starren*,“



#### [Abwassermanagement Österreich, Stand 06. August 2024](#)

Im „Kurier“ (Donnerstag-Ausgabe) sagte Rauch, gefragt nach Experten, die auf ein frühes Einsetzen der Covid-Welle hinwiesen: „**Ich sehe keine Coronawelle.** Beim Abwassermanagement ist seit zwei Wochen die Tendenz **schon wieder sinkend**. Dass es wieder Wellen geben wird, ist unbestritten. Ich halte aber das **krampfhande Hinstarren auf Corona für einen Fehler.**“

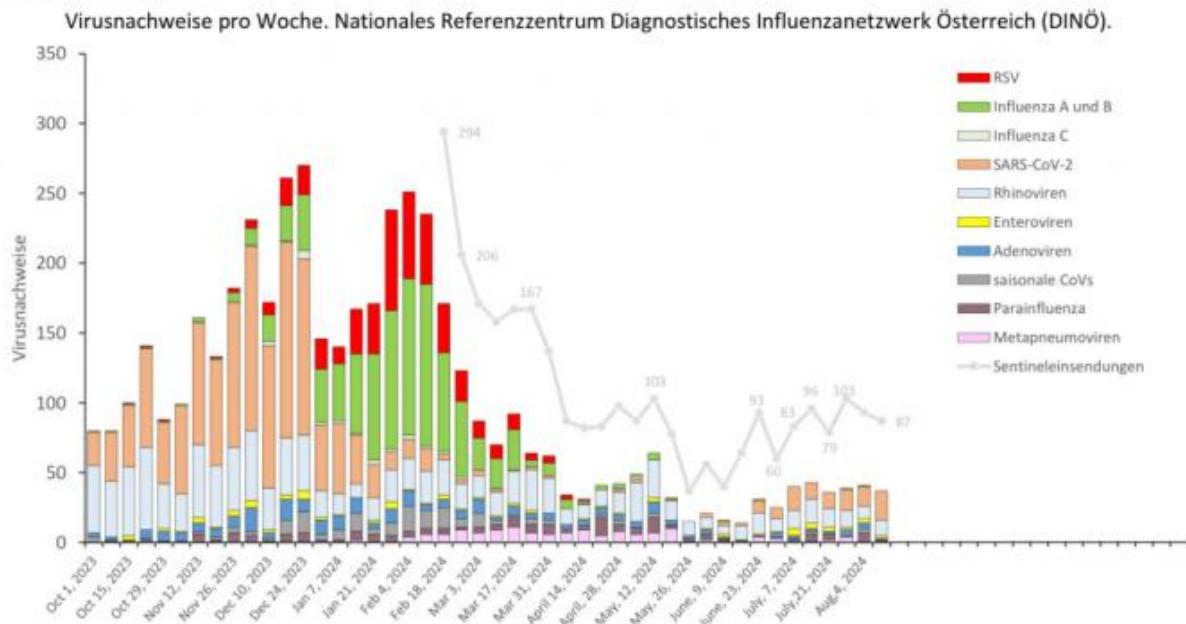
Laut den aktuellen Abwasserdaten gab es zwar nach einem wochenlangen moderaten Anstieg der Werte zwischenzeitlich einen sichtbaren Rückgang. Die jüngsten Messdaten deuten aber wieder darauf hin, dass sich das Virusgeschehen neuerlich leicht erhöht haben dürfte.

#### [APA-Interview mit Rauch, 09. August 2024](#)

Olympia ist im Übrigen nicht vorbei. Vom 28. August bis 8. September finden die Paralympischen Spiele statt. Wird man bis dahin Konsequenzen ziehen und Schutzmaßnahmen erhöhen? Mir fehlt der Glaube dazu ...

## Virus-Update: Was erwartet uns die nächste Zeit?

[August 16, 2024 / CitizenJournalist / Bearbeiten](#)



Sentineldata des Zentrums für Virologie an der MedUni Wien, Quelle: Judith Aberle (X)

Langsam wird's unübersichtlich: Mögliche, neue Virusvarianten von **SARS-CoV2**, viele **Influenza**-beladene Reiserückkehrer, **Westnilfieber**-Fälle in Ungarn und im Osten von Österreich, die als **Affenpocken** bekannten Mpox kürzlich zur Internationalen Gesundheitsnotlage deklariert und die **Vogelgrippe** in den USA befällt inzwischen Hauskatzen. Man könnte es auch insgesamt als weltweite Gesundheitsnotlage titulieren, egal, was davon schon Pandemie war oder ist oder noch nicht ist.

Die aktuellen Virusnachweise aus den Sentinelpraxen zeigen eine Positivrate von 24% für SARS-CoV2 und 13% für Rhinoviren, die das Infektionsgeschehen im August seit Wochen gemeinsam dominieren. Die in der Vergangenheit von den [üblichen Journalisten](#) zitierten Enteroviren, die die hierzulande als „Sommergrippe“ bekannte Erkrankung verursachen, werden kaum nachgewiesen. Journalisten wie Köksal Baltaci von der Presse, der schon am 1. Jänner 2023 behauptet hat, dass SARS-CoV2 saisonal sein würde (überwiegend in der kalten Jahreszeit), wollen hier offenbar krampfhaft das Narrativ verteidigen, SARS-CoV2 würde kaum im Sommer auftreten und erst im Herbst zu einer Welle werden. Das ist falsch, wie auch die neuen Daten zeigen. Auch Influenza wird in den ausgewählten Hausarztpraxen kaum beobachtet. Irreführende Sendungstitel wie „Grippe und Covid auf dem Vormarsch“ könnten daher resultieren, dass man „influenza-like illness“ wie [Grippe und grippale Infekte](#) hier unter Grippe zusammengefasst hat.

Um die aktuellen Infektionswellen ranken sich viele Mythen.

Es gibt keine Immunschuld! Die Lockdowns in den ersten zwei Pandemiejahren sind schon lange vorbei. Das Sozialverhalten (Anzahl der Kontakte) hat sich seit 2022 rasch wieder normalisiert, auch zwischen den Kontaktbeschränkungen hat es viel Austausch gegeben und nicht mal während der Lockdowns haben sich alle daran gehalten. Kinder gehen schon seit 2021 wieder in die Schule, die Notbetreuung während der Lockdowns wurde rege genutzt. Viele bakterielle und virale Erkrankungen erzeugen keine langlebige Immunität. Da wird nichts nachgeholt und dann ist lange wieder gut!

Es ist nicht die Klimaanlage oder Zugluft! Wenige virale Erkrankungen werden als Autoimmunerkrankung verursacht, darunter Epstein-Barr-Viren bzw. Herpesviren. Bei Leistungssport (Stichwort: Open-Window-Effect) kann das zu vorübergehender Aktivierung der Viren führen, aber ein Coronavirus oder eine Parainfluenza schläft nicht im Körper\* und wartet darauf, dass die böse Zugluft das Immunsystem schwächt! Es wird von außen eingetragen, also von Mensch zu Mensch übertragen, und dagegen kann man was tun!

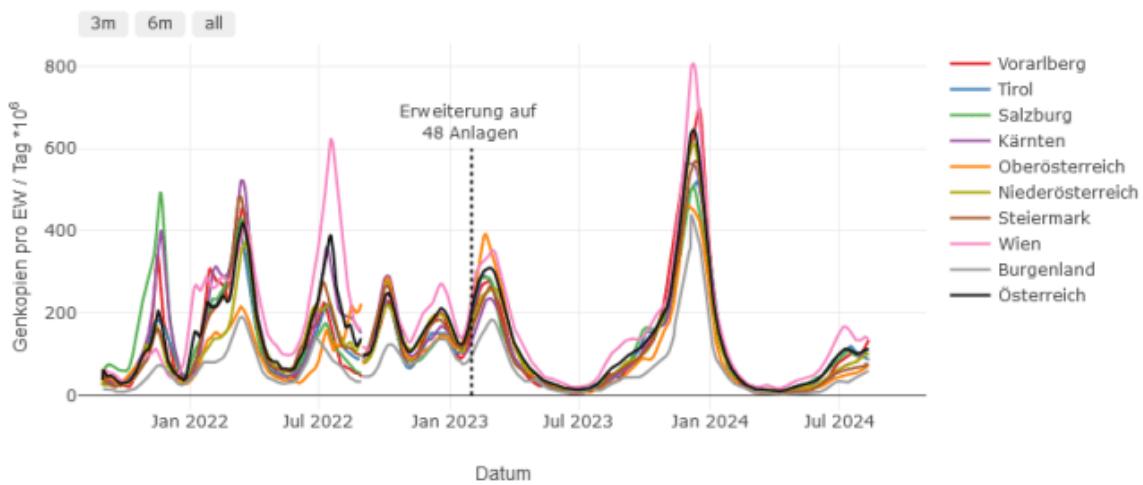
\* das ist zu unterscheiden von Longcovid als chronische Infektion und/oder Virus-Reste im Körper.

Starke Hitze, Leistungssport, kalte, trockene Luft aus Klimaanlagen oder ein kalter Luftzug bei nassen Haaren lösen keine Infektionen aus. Sie begünstigen die Schwächung der Immunabwehr durch trockene Schleimhäute, oder wie jetzt in der Hitzewelle die Belastung des Organismus, kein erholsamer Schlaf, etc. – aber ohne einen Erreger von außen ist man einfach nur belastet und erschöpft, aber wird nicht automatisch krank. Meine Konsequenz daraus: Ich trage jetzt erst Recht Maske, weil ich weiß, dass die Wetterlage gerade sehr belastend ist.

Die folgende Reihenfolge ist nicht gleichbedeutend mit einer Wertigkeit der Gefahr. Informationen sind nach bestem Wissen und Gewissen zusammengetragen.

## SARS-CoV2

Personengewichtete Verläufe der Bundesländer (und gesamt Ö):



Stand, 11. August 2024 ([Abwassermanagement Österreich](#))

Die kumulative LongCovid-Inzidenz beträgt nach [Al-Aly et al. \(2024\)](#) rund 400 Millionen Personen weltweit. Das entspricht einem wirtschaftlichen Schaden von etwa einem 1% der Weltwirtschaft. Hingegen lässt der Gesundheitsminister Johannes Rauch (Grüne) ausrichten, dass er nichts davon halte „krampfhaft auf Corona zu starren“. Viele Betroffenen leiden noch immer, denn wer nach einem Jahr Longcovid noch nicht gesund ist, bei dem schwinden die Chancen auf eine vollständige Genesung in den Folgejahren ([Mateu et al. 2023, Kim et al. 2024, Zhang et al. 2023](#)). Mit den anhaltenden Infektionswellen werden zudem weitere Longcovid-Fälle produziert, auch wenn die Inzidenz langsam zurückgeht, da die Anzahl der

schweren Akutverläufe abnimmt. Auch leichte Infektionen verursachen leider Longcovid und daher sollte man **immer testen**, um spätere Ursachen leichter mit der zurückliegenden Infektion in Verbindung bringen zu können. Das erleichtert die Suche nach einer geeigneten Therapie (wenn möglich).

Derzeit kann man mangels aktueller und breiter Sequenzierdaten in Österreich allenfalls schätzen, welche Varianten dominieren. Weltweit ist es **KP.3** – entstanden aus der Muttervariante JN.1, aber mit der Escape-Mutation F456L und Q493E. Insbesondere Q493E bedingt, dass weitere Escape-Mutationen entstehen können, ohne Nachteile für die Infektiösität. Von den KP.3-Untervarianten war bisher **KP.3.1.1** am erfolgreichsten, es hat zusätzlich eine Deletion an der Stelle **S31**. S31 fügt Glykane (Zuckerketten) an der Stelle N30 hinzu, die dem Spike-Protein helfen, sich vor Antikörpern zu verstecken.

Eine weitere JN.1-Variante mit Wachstumsanteil ist die **Rekombination XEC**, die aus den Untervarianten KS.1.1 und KP.3.3 entstanden ist, sie besitzt die Mutationen **F59S** und **T22N**. Auch **T22N** fügt Glykane hinzu. Die Kombination S31del und T22N wurde nebeneinander offenbar noch nicht beobachtet. S31del scheint aber Mutationen an der Stelle 58-65 (wie F59S) zu hemmen, also scheint XEC kein evolutionärer Jump zu werden. Erstmals wurde sie übrigens in Deutschland sequenziert („EM-Variante“).

### Ausblick:

Das Wiener Abwasser war zuletzt leicht rückläufig, Vorarlberg hingegen stark steigend (maßgeblich aufgrund von Dornbirn), sonst gibt es weiterhin leichte Anstiege auf hohem Niveau: Mit den kalibrierten Daten der letzten Jahre aufgrund von Sentineldata sind das weiterhin mehrere tausend Infektionen pro Woche, also keinesfalls wenig oder „überschaubar“, wie es zuletzt hieß. Auf offizielle Krankenstandsdaten der ÖGK würde ich mich auch nicht verlassen. Corona ist nicht meldepflichtig und selbst Antigentests kosten etwas beim Hausarzt. Gratis-PCR gibt es nur mit Überweisung ans Labor. Standardmäßig testen nurmehr wenige Hausärzte auf Corona.

Da bisher kein evolutionärer Sprung wie BA.1 oder JN.1 aufgetreten ist, würde ich mit einem **kontinuierlichen Anstieg** rechnen, der mit dem **Beginn des neuen Schuljahrs** an Schärfe gewinnt. Der auf JN.1 angepasste Pfizer-Impfstoff ist bereits erhältlich. Je nach Reisen/Exposition/Kinder im Haushalt sollte man **innerhalb der nächsten 7-14 Tage impfen gehen**, um für die mutmaßlich günstige Virusverbreitung ab Schulbeginn gewappnet zu sein. Auf Novavax zu warten, der von der EMA noch nicht zugelassen wurde, macht nur für jene Sinn, die Pfizer nicht vertragen bzw. die Zeit bis zur Zulassung und Lieferung abwarten können (Bauchgefühl sagt, nicht vor Mitte/Ende September).

## Westnilfieber

Europaweit wurden bis 31. Juli 2024 69 Westnilfieber-Fälle gemeldet (Quelle: ECDC)

Österreich hat bisher **sieben Fälle von Westnilfieber** nach Gelsenstichen beobachtet, gemeldet wurde aus Niederösterreich und dem Burgenland. Drei davon mussten wegen neurologischer Symptome hospitalisiert werden. Ein Fall wurde aus Ungarn eingeschleppt. 80% der Fälle verlaufen symptomlos, bei 20% kommt es zu Kopfschmerzen, Krankheitsgefühl, Fieber, Erbrechen und Erschöpfung. Bei einem Prozent treten Komplikationen des Nervensystems auf. Entsprechend muss man von rund 300 Infektionen insgesamt ausgehen.

Es gibt keinen Impfstoff, sondern nur Schutz durch Insektenabwehrmittel, Haut bedecken und Moskitonetze. Zudem sollte man mögliche Brutstätten (Wasserlacken, Wasser im Blumentopfuntersetzer) trockenlegen, wie das in anderen Ländern mit endemischen Moskito-Erkrankungen bereits gehandhabt wird.

Die globale Erderhitzung begünstigt die Ausbreitung von Zoonosen (Virus springt vom Tier auf den Menschen über) weltweit ([Carlson et al. 2022](#)) bzw. verlagert sich die klimatische Zone, in der sich die Gelsen vermehren und auch den Winter überleben, immer weiter nach Norden in die ehemals gemäßigten Breiten.

## Mpox (Affenpocken)

The [mpox outbreak](#) in Africa is yet another example of how infectious diseases perceived to be “someone else’s problem”, and affecting mainly poor, developing countries, may suddenly pose unexpected global threats.

*Preiser et al. 15.08.24, [The Conversation](#)*

Der erste weltweite Affenpocken-Ausbruch fand 2022 mit dem Strang **Clade IIb** statt, und wurde am 23.7.22 zum Internationalen Gesundheitsnotfall erklärt. der zum Glück zu milderen Erkrankungen führte und in den Industrieländern durch Impfaktionen rasch eingedämmt werden konnte, [nicht aber in Afrika](#). Clade II ist in Westafrika endemisch und nicht so virulent (pathogen) wie Clade I. Affenpocken wurden 1957 entdeckt und sprangen schon länger gelegentlich auf den Menschen über, aber es gab keine anhaltende Mensch-zu-Mensch-Übertragung.

Der aktuelle Ausbruch hat sein Epizentrum im Kongo mit der **Clade Ib**, die sich mit einer **höheren Sterblichkeitsrate** bemerkbar macht. Das Virus hat sich besser an den Menschen angepasst. Es scheint weiterhin die Übertragung über **engen Hautkontakt** (Sex, Kontakt von Eltern mit Kindern) zu dominieren. Betroffen scheinen alle Altersgruppen, auch Kinder. Ob die Übertragbarkeit gestiegen ist, wissen wir noch nicht. Aerosolübertragung ist möglich, scheint aber (noch) nicht dominant zu sein ([Beeson et al. 2023](#)). Die Clade Ib wird seit etwa September 2023 beobachtet und weist Mutationen auf, die die Übertragung von Mensch zu Mensch wesentlich zu verbessern scheinen. Bei der Eindämmung mangelt es in Afrika an Impfstoff, für die Nachfrage von 10 Millionen gibt es nur ein Angebot von rund 200 000 Impfdosen laut Afrika CDC.

Am **14. August 2024** wurde der Ausbruch der Affenpocken [von der WHO](#) zu einem Internationalen Gesundheitsnotfall (PHEIC) erklärt. Schweden bestätigte am 15. August den ersten schweren Fall von Affenpocken außerhalb Afrikas.

Die Einschätzung der Übertragbarkeit der verschiedenen Kladen ist bisher schwierig, weil es verschiedene Teile von Afrika betrifft, mit unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen, Gesundheitssystemen, Überwachungssystemen, etc. Selbst die Angabe der Mortalitätsrate könnte laut Wissenschaftsjournalist und Molekularbiomediziner Kai Kupferschmidt zusammenhängen.

Ältere Menschen, die vor Jahrzehnten noch gegen Pocken geimpft wurden, haben rund 80% Schutz vor einer Erkrankung mit Mpox, was aber nach so vielen Jahrzehnten eher ungewiss ist. Deshalb wird auch pockengeimpften Personen mit hohem Mpox-Risiko ein Booster empfohlen.

Virologin Isabelle Eckerle ist der Ansicht, dass das Virus mit Diagnostik, Impfstoffen und Therapeutikern in den betroffenen (16) Ländern eingedämmt werden kann, es droht keine unmittelbare Pandemiegefahr. Die PHEIC wurde vor allem ausgerufen, damit den afrikanischen Ländern rasch Hilfe zur Verfügung gestellt wird.

Virologe Tilio de Oliveira in Cape Town spricht hingegen von einem „großen evolutionären Sprung“ und warnt vor einer hohen Dunkelziffer. Vor allem Kinder seien gefährdet, [wird aus dem Kongo berichtet](#).

#### **Nachtrag, 18.08.24:**

Der derzeitige Ausbruch wird durch **zwei Varianten von Clade I** verursacht:

- Clade **Ia** wird häufiger bei **Kindern und Jugendlichen** gesehen und es gibt verschiedene Übertragungswege, für über 15000 Fälle verantwortlich, wird überwiegend regional gesehen, CFR 3,5%
- Clade **Ib** wurde im September 2023 in South Kivu (DRC) entdeckt, tritt am häufigsten bei **Erwachsenen** auf, wird über **sexuellen Kontakt** übertragen. Airborne Transmission ist möglich, CFR 0,6%
- Clade **IIb** verursachte die Pandemie 2022 und wird in Südafrika und Elfenbeinküste gefunden.

Bisher wurde außerhalb Afrika nur ein Fall von Clade I bestätigt (Schweden), bei den anderen Fällen seit 2022 handelt es sich meist weiterhin um **IIb**, der milder Verläufe verursacht.

Mpox hat im Gegensatz zu SARS-CoV2 eine deutlich höhere Partikelgröße (Virion), von 200-250nm ([Karagoz et al. 2022](#)), bei SARS-CoV2 sind es um 100nm ([Laue et al. 2021](#)). Die Virusgröße/dichte in Aerosolen könnte Einfluss auf die Überlebensfähigkeit der Aerosole haben ([Wang et al. 2021](#)). Soweit kann man es derzeit aber sagen, dass Mpox zwar aerolisiert werden kann, aber weit weniger ansteckend ist als über Hautkontakt. Sonst würden wir wahrscheinlich schon wesentlich mehr Fälle sehen. Unklar bleibt, ob das Virus tatsächlich besser übertragbar geworden ist.

#### **Nachtrag, 20.08.24:**

Pocken hat seit 1900 mehr als 300 Millionen Menschen getötet und wurde durch eine globale Impfkampagne bis 1977 eradiziert. Jynneos ist ein nichtreplizierender Impfstoff gegen Pocken und kann auch sicher bei immungeschwächten Menschen und bei Hauterkrankungen wie Ekzemen gegen Mpox eingesetzt werden. Der Impfstoff bietet mindestens 86% Schutz. Mpox ist nicht neu, sondern in Afrika endemisch. Das PHEIC wurde ausgerufen, weil es in und nahe der Republik Kongo zu einem Ausbruch kam. Auch nach der Exposition kann noch geimpft werden, ebenso alle Kontakte („Ringimpfung“), es sollte aber mindestens innerhalb von 4 Tagen nach Exposition verabreicht werden.

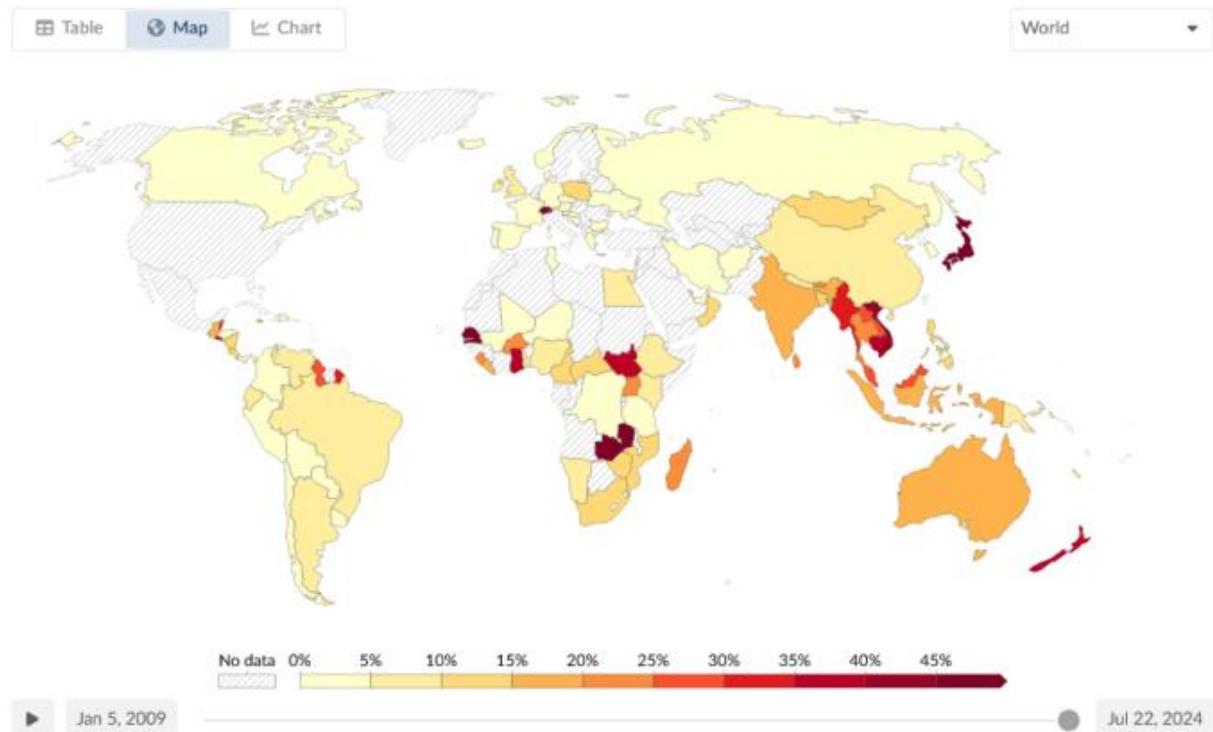
Daneben gibt es antivirale Medikamente wie Tecovirimat sowie Vaccinia Immunoglobulin (VIG).

## **Influenza**

## Weekly share of influenza tests that were positive, Jul 22, 2024

Our World  
in Data

People who were tested had a respiratory infection with a fever, cough and onset within the last 10 days. Only a fraction of potential cases of influenza are tested by labs to confirm whether they have influenza and to identify their strain. The level of testing may vary between countries and over time.

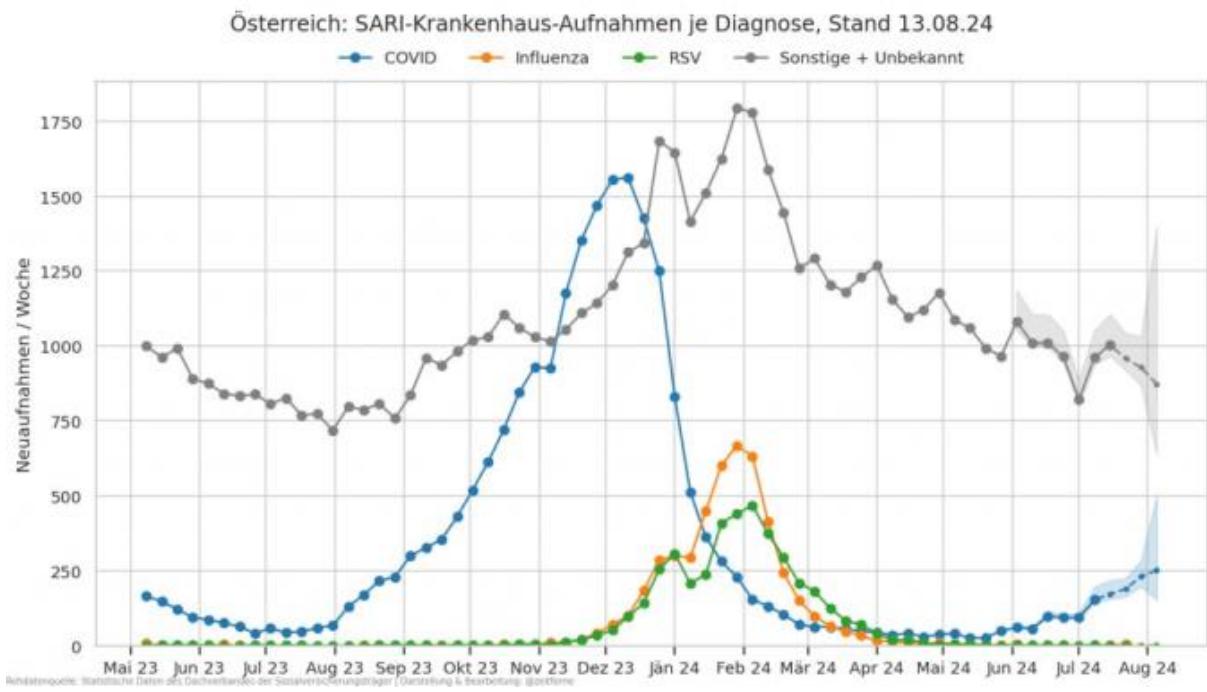


Data source: FluNet by the World Health Organization (2023) – [Learn more about this data](#)

Note: The share of positive tests is calculated by dividing the number of tests that were positive to any flu strain by three possible denominators, based on data availability. If both values are available then the denominator is the sum of positive and negative tests; if not then the number specimens processed is used; if neither of those are available then the number of specimens received by the testing facility is used.

Wöchentlicher Anteil der positiven Influenzatests, 22. Juli 2024 (Quelle: [OWID](#))

Anekdotisch gab es in manchen Spitälern vermehrt auch junge, zuvor gesunde Menschen, die einen schweren Influenza-Verlauf hatten. Mutmaßlich handelt es sich dabei um Reiserückkehrer, weil derzeit Winter auf der Südhalbkugel herrscht und dort Influenza sehr aktiv ist. Auch in den tropischen Regionen kommt es zu Infektionswellen. Eine Verbreitung innerhalb der Bevölkerung ist im Sommer aber sehr unwahrscheinlich, weil Influenza deutlich weniger ansteckend als SARS-CoV2 ist und die Reproduktionszahl rasch unter eins gedrückt wird, sobald die Bedingungen ungünstiger sind.



Krankenhausaufnahmen pro Diagnose, Stand 13. August 2024: Quelle: SARI-Dashboard, Visualisierung: [@zeitferne](#)

Die Hospitalisierungsdaten widersprechen jedenfalls den [Behauptungen, dass die Influenza am Vormarsch](#) sein würde. Ansteigend ist hingegen die Anzahl der hospitalisierten SARS-CoV2-Fälle (blaue Kurve).

Angesichts der starken Influenzawellen auf der Südhalbkugel müssen wir ab Spätherbst wohl auch in Europa wieder mit einer signifikanten Influenzawelle rechnen. Wann genau diese bei uns Fahrt aufnimmt, ist unklar. Das hängt auch davon ab, wie sich SARS-CoV2 entwickelt.

## Vogelgrippe

Bei der Vogelgrippe ist beunruhigend, dass sie überhaupt nun schon länger in Nutztieren (Rinderherden) zirkuliert. In den USA ist dafür vor allem verantwortlich, dass Hühnerscheiße an Rinder verfüttert wird, was in Europa nicht erlaubt ist. Infektionen des Menschen sind über [infizierte Kühe und Konsum von Rohmilch](#) möglich.

Am 02.04.24 wurde bekannt, dass das Virus beim infizierten Menschen die **PB2-Mutation E627K** erworben hat. Diese erlaubt es dem Vogelgrippevirus effizienter Zellen von Säugetieren zu infizieren und sich zu vermehren. Die Virusaktivität nimmt bei niedrigeren Temperaturen zu und es findet vermehrt Virusreplikation in den oberen Atemwegen statt ([Liu et al. 2020](#)). Um für Mensch-zu-Mensch-Übertragungen zu sorgen, fehlen aber offenbar noch HA-Mutationen.

Immer mehr Tierarten sind von Infektionen betroffen, etwa Alpaka, Hauskatzen, Füchse, Mäuse und Stinktiere – [zuletzt mehrten sich die infizierten Hauskatzen in Colorado](#).

Wann die Vogelgrippe zu einer Menschen-Pandemie wird, ist wohl nurmehr eine Frage der Zeit, nämlich wenn die entscheidenden Mutationen dafür stattgefunden haben.

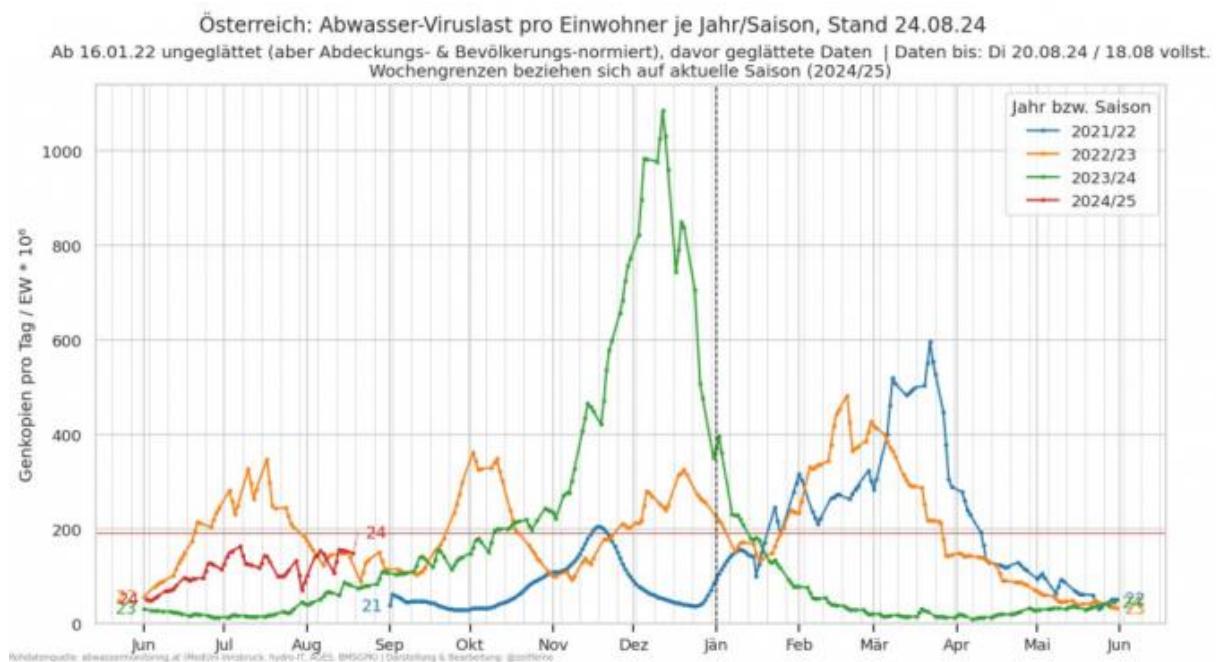
## Nachsatz:

In diesen Tagen wird häufig entwarnt, so hätten wir Impfungen und Medikamente (z.B. Paxlovid) gegen SARS-CoV2, wir hätten Impfungen und Medikamente (z.B. Tamiflu) gegen Influenza, es gibt Impfungen und Medikamente bei Pocken, und es gibt mehrere Impfstoffe gegen Vogelgrippe. Doch was nützen uns die medizinischen Errungenschaften des letzten Jahrhunderts, wenn die Impfskepsis seit der Pandemie noch einmal deutlich zugelegt hat und nicht einmal die jährlichen Grippe/Covid-Impfungen (bei Covid wäre besser halbjährlich) in den Risikogruppen ausreichend stattfinden? Wie sieht es dann erst aus mit irgendwann notwendigen Impfungen gegen Mpox oder Vogelgrippe? Die Ausbreitung anti-wissenschaftlicher Strömungen und Parteien, die damit Wahlerfolge erzielen und ganze Regionen (z.B. Ostdeutschland) dominieren gefährden eine weitere erfolgreiche Eindämmung potentieller epidemischer Ausbrüche. Von Corona ganz zu schweigen.

Da rede ich noch nicht einmal von Maßnahmen gegen Luftübertragung, also Maske, Luftreiniger, moderne Lüftungsanlagen, Klimaanlagen mit HEPA-Filter etwa in Wartezimmern und Spitätern, wo Patienten und Mitarbeiter derzeit besonders unter der Hitzewelle stöhnen, weil die Infrastruktur in Mitteleuropa schlicht nicht auf diese langen Hitzephasen vorbereitet ist.

## Die Herbstwelle begann im Frühling

[August 27, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



@zeitfernes Visualisierung der [Abwasserwerte](#) von Österreich seit 2021

Bitte, lasst euch nichts einreden. Es hat nichts mit der Jahreszeit zu tun, ob sich bei SARS-CoV2 Wellen ausbilden. Die Höhe einer bereits vorhandenen Welle wird sich im Winterhalbjahr eher zu Rekordhöhen schwingen als im Sommer, aber deswegen herrscht in der warmen Jahreszeit noch lange keine Entspannung.

Die Abwasserwerte sind **seit April** im Steigen. Der Sommer 2024 war bisher in Österreich ein Rekordsommer. In zahlreichen Landeshauptstädten wurden Rekorde bei der Anzahl der Tropennächte, der Dauer von Hitzewellen, der Anzahl der Hitzetage gebrochen. In Wien sind

es die wenigsten Regentage seit 120 Jahren. Und die Serie ist noch nicht zu Ende. Der mittelfristige Ausblick zeigt eine Fortsetzung von Sommer- und Hitzetagen in Wien und in ganz Österreich bleibt es im Schnitt warm mit eher sommerlicher Gewitterneigung.

#### Aufrechterhaltene Narrative im Standard

Auch wenn die Wetterprognose für die **kommenen Tage und Wochen noch sommerliche Temperaturen meldet** – am Abend und in der Nacht merkt man es dann doch schon: Langsam beginnt es zu herbsteln. Und das bedeutet auch: Das Corona-Infektionsgeschehen wird sich wieder verschärfen. Fachleute erwarten ebenso wie in vergangenen Jahren eine Herbstwelle. Alles, was Sie dazu wissen müssen:

[Magdalena Pötsch, Derstandard, 26. August 2024](#)

Solche Aussagen lassen mich dann eher ratlos zurück. Der Teaser suggeriert, dass es nie eine Sommerwelle gegeben hätte, geschweige denn wird deutlich, dass die Sommerwelle nahtlos in die Herbstwelle übergehen wird – was zu erwarten ist, wenn man sich die aktuellen Abwasserwerte anschaut. Man gewinnt den Eindruck, dass wieder gegen jede Logik das Narrativ der jährlichen Herbstwelle aufrechterhalten werden soll, und dazu passend das aktuelle Impfangebot. Zu blöd, dass sich Corona nicht an die Spielregeln der Gesundheitsminister hält und dann mit Wellen stärker zirkuliert, wenn sich **neue Varianten** durchsetzen. Um die zwei bis drei Wellen im Jahr gut abzudecken, bräuchte man aber entweder einen halbjährlich angepassten Impfstoff, eine Impfaktion zwei Mal im Jahr oder einen Schleimhautimpfstoff, der wenigstens ein Jahr lang Schutz vor Infektion bietet. Nachdem nichts davon in absehbarer Zeit kommt und die Regierungen mit dem status quo leben können – und müssen, weil sie den Rechtsextremen nicht Paroli bieten wollen, wird also auch von den Medien weiter von der jährlichen Herbstwelle gesponnen und dabei außen vor gelassen, dass sich im Sommer der Lebensfreude zahlreiche Familien angesteckt haben, entweder vor, während oder nach dem Urlaub.

Umweltmediziner Hutter sagt zutreffend, dass die steigenden Infektionszahlen mit der starken Reisetätigkeit zu tun haben, dazu kämen Großveranstaltungen und bei sinkenden Temperaturen würde man sich vermehrt in Innenräumen aufhalten.

*„Dementsprechend werden die Zahlen heuer etwas früher steigen.“*, sagt Molekularbiologe Elling – doch ein Blick auf die Abwasserwerte zeigt, dass sie schon seit Monaten steigen. Vielleicht bin ich aber auch schasaugert.

*Insofern sei zwar keine Panik, aber etwas Achtsamkeit angesagt, findet Hutter, denn: „Das Coronavirus kann immer noch, vor allem bei Risikopersonen, zu Krankenhausaufenthalten führen.“*

Wann ist denn je Panik angesagt? Warum müssen wir im voraueilender Furcht und Unterwürfigkeit gegenüber den lautstarken Coronaverharmlosern immer deren Narrative thematisieren? Es braucht nicht nur Achtsamkeit, sondern konkret abgeleitete Handlungen: Bei Symptomen testen, zuhause bleiben, Abstand halten, Maske tragen. Longcovid wird im Artikel leider nicht erwähnt, wieder eine vergebene Chance. Frauen sind häufiger betroffen als Männer.

Der Standard berichtet erst von der Untervariante XEC, dass diese in Deutschland bereits rund 10-20% des Infektionsgeschehens ausmachen würde und wahrscheinlich auch im Winter bei uns dominant werden würde.

**„Laut WHO gilt derzeit auch keine Variante als „variant of concern“, also „besorgniserregend“.**

Das war schon länger nicht der Fall, hier die [Kriterien für eine VOC](#):

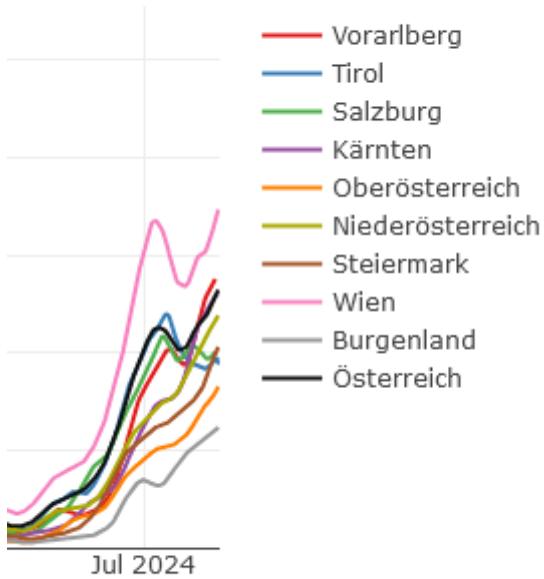
- genetische Veränderung, die Übertragbarkeit, Immun Escape und therapeutische Intervention beeinflussen
- nachgewiesener Wachstumsvorteil in mindestens einer WHO-Region (Afrika, Amerika, Südostasien, Europa, östliche Mittelmeerregion, Westpazifik)
- zusätzlich mindestens eine weitere Änderung, wie **schwerere Verläufe**, erhebliche **Überlastung der Gesundheitssysteme**, dadurch Gegenmaßnahmen der Öffentlichen Gesundheit erforderlich, oder deutliche Abnahme der Impfwirksamkeit verfügbarer Impfstoffe gegen schwere Verläufe

Für KP.3-Varianten gilt z.B. dass der monoklonale Antikörper Pemivibart weniger effekt ist ([Wang et al. 2024 preprint](#)), aber Zunahme schwerer Verläufe ließe sich gar nicht mehr erfassen, weil es vielerorts keine Meldepflicht oder nurmehr erschwerten Zugang an Tests gibt. Was man nicht erfassen kann, existiert also nicht.

Ich sehe jetzt zwar auch keine Tendenz zu schwereren Akutverläufen, aber würde das nicht daran festmachen, dass die WHO keine VOC mehr vergeben will. Denn das hätte schwerwiegende innenpolitische Konsequenzen. Pandemie-Ende, Abschaffung der Meldepflicht und aller Maßnahmen baute auf dem best-case-Szenario auf, dass keine neue schwerwiegendere Variante (VOC) auftreten würde, sondern wir ewig bei Omicron bleiben. Wenn die WHO nun von Pi sprechen würde, wäre das Narrativ der Regierung, dass wir weiterhin so harmlose Erkrankungen wie bei allen anderen Omicron-Varianten hätten, fürn Hugo.

**„Die anstehende Infektionswelle entsteht also aufgrund der kälteren Jahreszeit und nicht wegen neuer Varianten, die sich unkontrolliert ausbreiten.“**

Der Satz ist Unsinn. Wenn XEC im Winter dominant wird, was Elling weiter oben nicht ausschließt, dann hat die Variante natürlich einen Wachstumsvorteil. Wahrscheinlicher ist aber, dass KP.3.1.1 oder XEC weitere vorteilhafte Mutationen aufsammeln werden, und die dann die Welle weiter strecken und das Absinken verzögern können. Außerdem: Wann hätten sich jemals in der Pandemie Varianten *kontrolliert* ausgebreitet? Zuletzt die Delta-Welle im vierten Lockdown, außerhalb der Kontaktbeschränkungen hatten und haben wir wiederholt exponentielles Wachstum und keinerlei Bremsklötze durch Präventionsmaßnahmen mehr. Die Infektionswelle entsteht aber nicht wegen der kälteren Jahreszeit, WEIL SIE BEREITS IN DER WÄRMEREN JAHRESZEIT ENTSTANDEN IST, HIMMEL NOCHMAL.



Abwasserkurven sagen mehr als tausend Worte

Hutter empfiehlt dankenswerterweise allen die Booster-Impfung, nicht nur Risikogruppen.

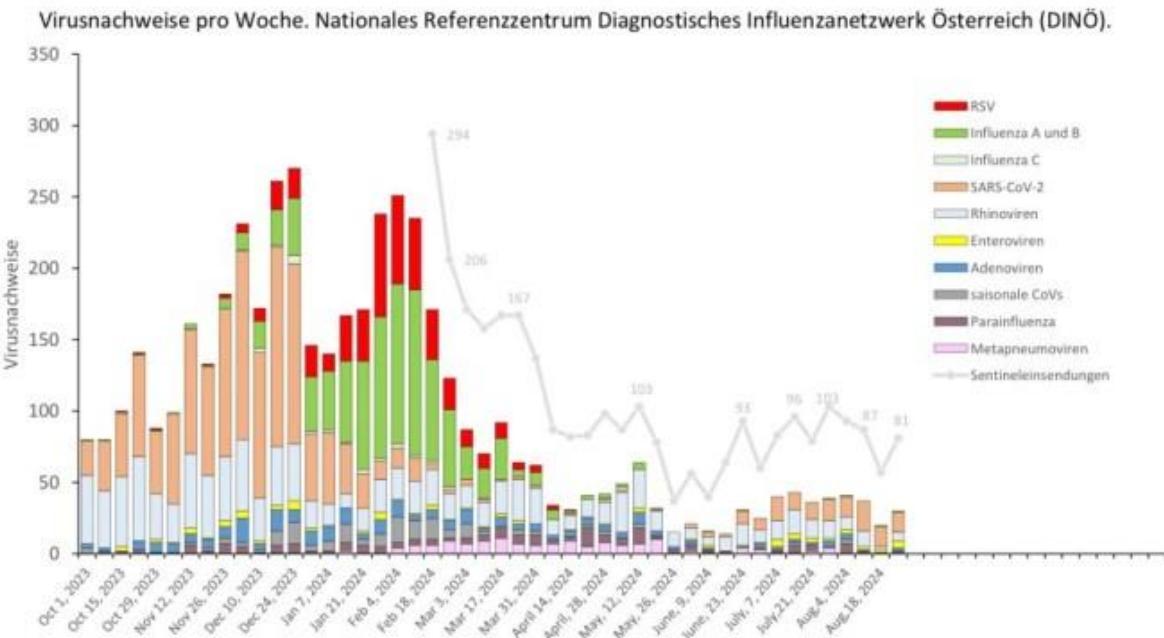
*„Weil die Infektionszahlen heuer etwas früher und rascher ansteigen als vergangenes Jahr, sollte man sich schon jetzt, also noch vor der großen Herbstwelle, um einen Impftermin kümmern,“ sagt Elling.*

Für viele tausend Menschen kommt dieser Impftermin bereits zu spät, weil sie sich in den letzten Monaten angesteckt haben. Warum ignorieren wir diese Krankheitswelle zur Ferien- und Urlaubszeit immer wieder? Es ist schließlich kein Spaß für Familien, die seit einem Jahr auf diese Zeit warten, um dann enttäuscht zu werden und mit Fieber im Bett zu liegen.

Das große Thema Prävention, was verhindern könnte, dass sich in der kälteren Jahreszeit von Gott gegeben, große Infektionswellen abspielen, wird nicht erwähnt bzw. erschöpft sich mit der Impfung. Das geht sich rein zeitlich für viele nicht mehr aus bis Schulbeginn, um die 10-14 Tage Pufferzeit zu haben, bis der Impfschutz voll da ist. In den USA wurde übrigens KP.2-Impfstoff zugelassen, bei uns nur JN.1-Impfstoff. Besser als nichts, ich hab mich damit selbst kürzlich aufgefrischt, aber ich hätte natürlich KP.2-Impfstoff bevorzugt, weil er die entscheidende F456L-Mutation abdeckt, die in allen derzeit zirkulierenden Varianten enthalten ist. Der angepasste Novavax ist immer noch nicht zugelassen, weil der FDA „Zusatzinformationen“ fehlen, vor Mitte September wird da wohl nichts passieren. Schlecht für alle, die mRNA nicht gut vertragen und lieber einen Protein-Impfstoff genommen hätten.

Ganz unabhängig vom Thema Corona:

Der **One-Health-Approach** heißt für mich auch, ich betrachte nicht Corona isoliert im Vakuum, sondern auch die anderen bakteriellen/viralen Wellen, die derzeit für hohe Krankheitslast sorgen (im Sommer!). Prävention fehlt leider auch für Keuchhusten (bereits über 10000 Fälle dieses Jahr in Österreich!) und für andere Viren.



Enteroviren, die die *klassische Sommergrippe* verursachen, zirkulieren nach dem letzten Update vom 24. August 2024 von Virologin Judith Aberle (Zentrum Virologie Wien) übrigens mit rund 6% Anteil der viruspositiven Sentinelproben, aber die klare Mehrheit ist weiterhin SARS-CoV2.

### Meine Schätzung für die kommenden Wochen:

Die **Sommerwelle** steigt weiterhin, insbesondere auch, weil die sommerlichen Höchstwerte erhalten bleiben, und zwar noch bis weit in den September. Mit Schulbeginn dürfte sich das nicht ändern, weil auch im fünften Jahr Corona keine Schutzmaßnahmen für **KINDER** ergriffen werden. Kinder werden nur geschützt, wenn genügend Erwachsene sterben, weil dann plötzlich klar ist, dass Kinder das Virus über die Haushaltsgenossen weitergeben können. Sterben keine Erwachsenen – oder wissen wir das nicht mehr, weil es keine Meldepflicht gibt –, kann man Kinder frisch und fröhlich durchseuchen. Das ist und bleibt der Skandal.

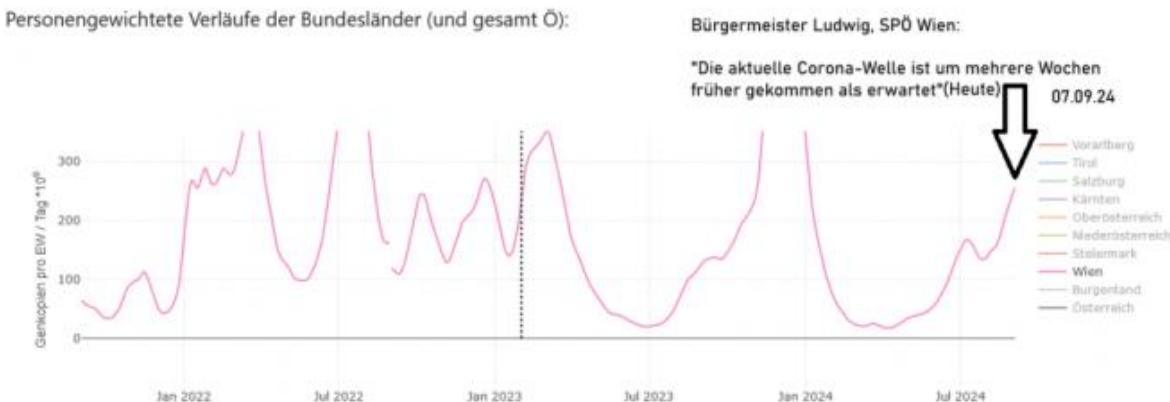
Im September wird sicher nichts mehr passieren – weder eine dezidierte **Impfkampagne**, noch irgendwas Substanzielles zum **Referenzzentrum** für MECFS-Betroffene, noch **Empfehlungen**, wieder eine Maske aufzusetzen – weil am **29. September** in Österreich eine neue Regierung gewählt wird und bereits alle Chefredakteure vor der FPÖ kuschen oder, wie die Falter-Blattlinie gezeigt hat, selbst von überzogenen Maßnahmen sprechen und den **Schwedischen Weg** von Beginn an glorifiziert haben.

Am wahrscheinlichsten halte ich das Szenario, dass die derzeit zirkulierenden Varianten weitere vorteilhafte Mutationen aufgabeln und das geht halt endlos so weiter mit **endemischen SARS-CoV2**. Zusätzlich dazu gibt es im Herbst wieder eine **RSV-Welle**, dann eine wahrscheinlich starke **Influenzawelle**, nachdem es bereits im Sommer mehr aus Reiseaktivitäten eingeschleppte Influenzafälle gegeben hat als in den Vorjahren. Dazu gibt es derzeit laut Spitalsärzten auch recht viel bakterielle Lungenzündungen, etwa durch Mycoplasmen, und weiterhin viele Streptokokken-Infekte (Angina, Scharlach).

Mit „etwas Achtsamkeit“ ist es da nicht getan, der Ball liegt beim Gesundheitsministerium, da PUBLIC-HEALTH-Maßnahmen zu ergreifen. Mit Eigenverantwortung kommt man nicht weit in Österreich – diese wird mit Egoismus gleichgesetzt. Jaja, in anderen Ländern ist es auch schlimm, ich weiß, aber mit „woanders ist es auch nicht besser“ kommen wir auch nicht weiter.

## Inkompetenz verursacht viel Leid

[September 7, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



### [Nationales Abwassermanagement für Wien, 07.09.24](#)

Der eigentliche Witz daran ist, dass das bei „[Journalisten](#)“ unüberprüft durchgehen darf. Offenbar haben der Bürgermeister, seine Berater und der zamschreibende Journalist in den letzten vier Jahren unter einem Stein gelebt und nicht mitbekommen, dass SARS-CoV2 gar nicht saisonal ist. Oder sie haben ihre eigenen Narrative geglaubt, die immer vom Herbst sprachen, und der Impfung im Herbst, wie bei Influenza, weil nur in der kalten Jahreszeit Infektionen auftreten würden. Vielleicht haben sie auch das Ö1-Journal am 14. August gehört, wo es u.a. hieß, dass Grippe auf dem Vormarsch sei. Dabei gab es kaum Grippefälle und SARS-CoV2 dominierte in den Sentineldata.

In jedem Fall kann man es nur mit Inkompetenz erklären. Zwar ist sein Vorhaben läblich, dass die Stadt Wien die Impfung wieder selbst in die Hand nehmen will – nur kommt das für zehntausende Menschen seit Ende Juli bereits zu spät, und die Schule ist bereits gestartet, ohne, dass man irgendetwas für die Kinder tun will. Die [Sorge wegen der Hitze](#) scheint größer als die Zusammenhänge von schlechter Luft mit erhöhter Infektionsanfälligkeit und erschwertem Konzentrationsvermögen.

Sicherlich ist ein roter Bürgermeister besser als ein Schwarzer oder Blauer, aber in Sachen Pandemiepolitik hat sich die Stadtregierung mit der verfrühten Aufhebung der Maskenpflicht im Februar 2023 entlarvt mit ihrem Projekt „*Intensivstationen schützen*“. Um solidarischen Schutz für den/die Nächsten ist es nie gegangen, und entsprechend schnell verschwunden sind sämtliche Masken damals in den Öffis von einem Tag auf den anderen, als die Maskenpflicht aufgehoben wurde.

Die seit dem Frühling laufende Infektionswelle wird jedenfalls von den **FLiRT**-, dann **FLuQE**– ([Kaku et al. 2024](#), [Feng et al. 2024 preprint](#)) und gegenwärtig **S31del-Varianten** ([Li et al. 2024 preprint](#)) getrieben. Insbesondere mit letzteren gab es einen kräftigen Schub, und wie wir wissen, herrschte die letzten Wochen beständig Sommer, vor allem in Wien. Das trocken-heiße Wetter geht erst in der Nacht auf Montag zu Ende.

„Coronawelle rollt an, sobald es kälter wird.“

„Die Virologin Redlberger-Fritz geht davon aus, dass in diesem Jahr relativ früh mit einer Erkrankungswelle zu rechnen sei – **auch wenn es derzeit noch keine gebe.** „Wir sehen seit **August** eine leicht steigende Tendenz durch Reiserückkehrer. Das zeigt sich auch in den Abwasseranalysen.“

*Salzburger Nachrichten, 05.09.2024*

Dieser Journalistin empfehle ich einen Augenarzt, denn die Coronawelle ist schon lange da. Redlberger-Fritz darf gleich mitgehen, und für „leicht steigend“ sollte man die Brille vielleicht zwei Mal putzen.

Im gleichen Artikel rät die AGES zum bei SARS-CoV2 und Erkältungskrankheiten sinnlosem Händewaschen und Desinfizieren, so, als ob wir im März 2020 stünden und die letzten vier Jahre hinter dem Mond gelebt hätten. Vielleicht hat die AGES dort ja ihren Hauptstandort, weil anders kann man so viel Ignoranz von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht erklären. Statt zu Masken raten sie außerdem zur Husten- und Niesetiquette, dabei hat diese sich schon seit über 10 Jahren als unzureichend herausgestellt ([Zayas et al. 2013](#)).

Longcovid findet sich mit keinem Wort erwähnt, weder von Redlberger-Fritz noch von der Redakteurin.

„*Fachleute raten Risikopersonen, sich bei Erkältungssymptomen testen zu lassen, damit sie rasch zielgerichtete Behandlungen erhalten.*“

Dabei wird allerdings verschwiegen, [dass es weiterhin keine Kostenübernahme von Schnelltests beim Hausarzt gibt](#) – seit April sind sie kostenpflichtig. Ein Schnelltest alleine reicht aber oft nicht, dafür sind sie zu ungenau – sie springen manchmal erst am vierten oder fünften Tag an. Besser wären PCR-Tests oder PlusLife-Testgeräte in jeder Praxis. Überhaupt sollte man auf viel mehr testen, weil ein bellender Husten kann derzeit genauso gut Keuchhusten sein und bald kommen RSV und Influenza wieder hinzu. Es kann aber genauso das vergleichsweise harmlose Rhinovirus sein oder ein saisonales Coronavirus.

Das Gesundheitsministerium empfiehlt ein Jahr Abstand zur letzten Infektion oder Impfung, das geht sich mit zwei Infektionswellen im Jahr und anhaltend hoher Viruszirkulation dazwischen aber kaum aus. Für Kinder wird überhaupt nichts empfohlen, dabei wird sie mittlerweile selbst in Schweden wegen des [starken Anstiegs von Diabetesfällen](#) bei Kindern empfohlen.

Kinder sind überhaupt die großen Verlierer der Pandemie. Der Großteil wurde ungeimpft mehrfach infiziert. Kinder mit Longcovid seien teilweise kränker als Krebspatienten, [schreibt diese Jugendärztin hier](#). Kinder mit Langzeitfolgen tragen diese viele Lebensjahrzehnte mit sich. Diabetes und andere Autoimmunerkrankungen gehen von alleine nicht wieder weg. Kinder sind keine Wählerzielgruppe, entsprechend bemüht sich keine Partei besonders darum, die Luftqualität in den Schulen zu verbessern. Zwei Presseaussendungen in zwei Jahren wie von der Babler-SPÖ reichen nicht. Stärker auf das Thema hingehen raten wohl die Werbestrategen nicht, denn das würde nur der FPÖ nützen, das Totschlagargument in diesem *angstgestörten Land*. Die Schockstarre vor der FPÖ lähmt jede Vision auf eine solidarischere Gesellschaft in diesem Land.

Je weiter die Akutphase der Pandemie zurückliegt, desto gefestiger werden die unwahren Narrative über Lockdowns, geschlossene Schulen, die Psyche und Suizidanfälligkeit bei Kindern und die Mär von „nach Corona“. Über die [Pandemie-Definition der WHO](#) lässt sich trefflich streiten, wie auch die WHO in vielen anderen Punkten lange daneben gelegen ist, aber wie man es auch benennt, vielleicht endemisches Covid auf inakzeptablen Niveau, jedenfalls ist SARS-CoV2 nicht weg, war nie weg und wird nie weg sein.

- [\*\*Lockdowns:\*\*](#)
- [\*\*geschlossene Schulen und Suizide in der Pandemie\*\*](#)
- [\*\*Schutz der Impfung vor Übertragung\*\*](#)
- [\*\*Schutz der Masken vor Ansteckung und Weitergabe\*\*](#)
- [\*\*Aerosol-Übertragung bei Corona und Erkältungsviren\*\*](#)

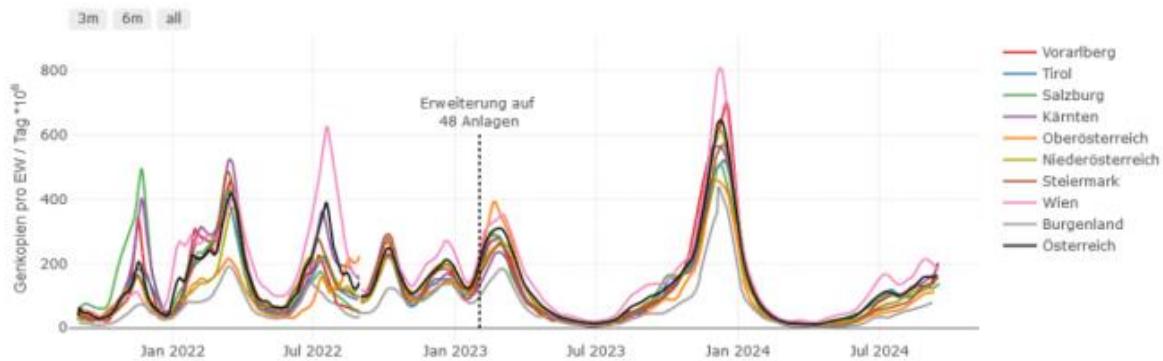
Ich hab mittlerweile zu vielen umstrittenen Themen lange Grundsatzartikel verfasst. Die Welt ist nicht nur schwarz und weiß – und die Wissenschaft steht nicht am Stand von März 2020, sondern hat sich kontinuierlich fortentwickelt. Als einer der wenigen *Durchschnittsbürger* im Land ohne biologischen oder medizinischen Hintergrund habe ich den wissenschaftlichen Fortschritt durch die Pandemie hindurch begleitet und damit auch in der endemischen Phase nicht aufgehört. Warum habe ich damit nicht aufgehört? Weil wir – wie es 2022 besonders oft hieß – *mit Corona leben müssen*, deswegen waren Analysen mit dem Wording „*nach Corona*“ schon immer Bullshit, und „*nach der Pandemie*“ heißt heute für viele „*Corona ist vorbei*,“ was genauso Bullshit ist.

Mit Corona leben bedeutet unter den jetzigen Umständen auf unbestimmte Zeit, vielleicht für immer, sich mindestens einmal im Jahr anzustecken, Kinder und Jungeltern auch häufiger. Keine rosigen Aussichten – das wissen alle mit Longcovid, die eigenartigerweise nie bei den Risikogruppen genannt werden, von denen in den Interviews die Rede ist. Dabei zählen sie zur größten Risikogruppe für eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands.

Es ist ausgesprochen traurig, dass wir diese **Tiefe der wissenschaftlichen Erkenntnisse** nicht mehr erreichen werden, sondern auf einem sehr jämmerlichen Niveau „*huch, ich bin überrascht, dass die Zahlen jetzt schon so hoch sind*“ dahindümpeln. SARS-CoV2 zeigte nie eine ausgeprägte Wintersaisonalität wie Influenza oder saisonale Coronaviren, sondern tritt übers Jahr verteilt zu unterschiedlichen Witterungsperioden in Wellen auf, getrieben durch nachlassende Immunität und neue Varianten. Die Wintersaison würde generell, was alle Infektionskrankheiten betrifft, weitaus schwächer ausfallen, wenn man saubere Luft zum wichtigsten Ziel in Bildungseinrichtungen erklären würde. Stattdessen heißt es „*Hände falten, Goschen halten!*“ – Infektionen sind schicksalhaft unvermeidbar, weil wir haben die letzten vier Jahre hinter dem Mond gelebt, waren zu Kaffee und Kuchen bei der AGES eingeladen, und wissen leider nicht, dass man dagegen irgendetwas tun kann.

## **Variantenfriedhof**

## Personengewichtete Verläufe der Bundesländer (und gesamt Ö):

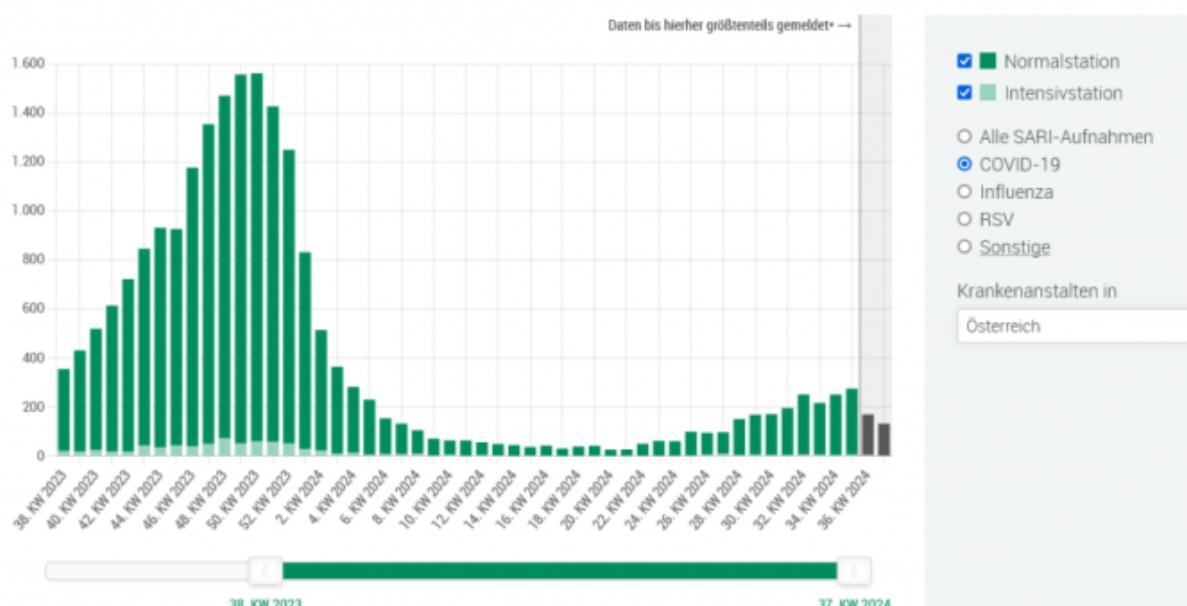


## Abwasserwerte seit Herbst 2021 (Delta-Welle)

Die letzten Tage war ich zugegeben sehr durch das große Hochwasser in Ostösterreich abgelenkt. Ich hab Corona aber nie aus den Augen verloren und weiterhin Maske getragen. Der Anstieg geht mit Übernahme der **KP.3.1.1-Variante (Q493E, S31del)** weiter, XEC wird zwar international als Übernahmekandidat gehandelt, doch scheint sein Wachstum sehr begrenzt zu sein. Der Schulanfang half sicher nicht – es husten wieder sehr viele junge Menschen in den Öffis, und auch sonst gehen die vielen Krankenstände seit dem Sommer nahtlos weiter. Wie aussagekräftig das Abwassermanagement für den Osten derzeit ist, sei dahingestellt – die starken Abflüsse durch das Hochwasser könnten die Daten verfälschen.

## 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.



Die Anzahl der Hospitalisierungen wegen Covid nimmt kontinuierlich zu und liegt jetzt knapp unter 300 österreichweit ([SARI-Dashboard](#))

KP.3.1.1 hat nach Ansicht von Virusjäger Ryan Hisner eine virologische Sackgasse erreicht. Zuletzt gab es kaum noch Änderungen in der rezeptorbindenden Domain, welches das Hauptziel von Antikörpern ist (von Impfung oder Infektion). Es sei eine relativ fade Zeit für die SARS-CoV2-Entwicklung – was eine gute Nachricht ist. Wir erinnern uns – [Virologe Drosten sagte das im November 2022](#), bevor die Rekombinanten (XBB\*) aufkreuzten – damals allerdings bei wesentlich weniger Durchseuchung und mehr Kombinationsspielraum für neue Varianten.

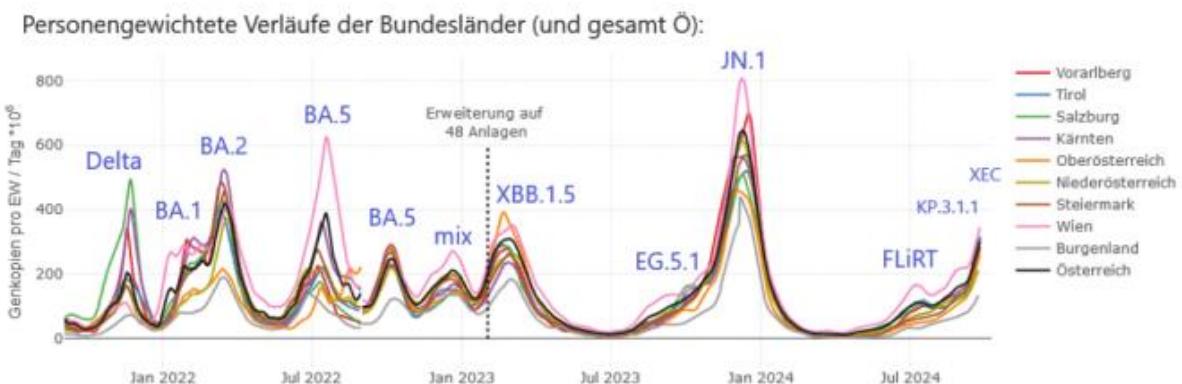
Derzeit ist unklar, ob und wann wieder ein großer evolutionärer Sprung kommt, und sich eine ganz neue Variante durchsetzt. Spätestens im Oktober sollten die Infektionszahlen also entgegen dem saisonalen Trend wieder zurückgehen.

Im CHMP-Meeting (EMA) diese Woche (16.-19.09.) gab es positive Stellungnahmen zum Spikevax JN.1-Impfstoff (Moderna) und zum KP.2-Impfstoff von Pfizer. Zu Novavax gibt es keine Neuigkeiten. Das nächste Meeting ist in einem Monat. Mit anderen Worten: Bisher steht dieses Jahr nur die aktualisierte mRNA-Impfung zur Verfügung. Wer kann und sie gut verträgt, dem rate ich unabhängig von Risikofaktoren zur Auffrischung. Wer sie nicht gut verträgt, hat nach jetzigem Stand Pech gehabt – ich weiß dazu keine Lösung, vielleicht gibt es eine Prophylaxe mit Antikörpertherapie wie bei Immunsupprimierten, das muss man mit Spezialisten abklären.

Viel mehr kann ich derzeit nicht sagen – außer Maske tragen, Luftreiniger benutzen und Abstand zu Menschen mit Symptomen halten.

## Wir beobachten dann mal ...

[Oktober 1, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



Varianten-Entwicklung in Österreich seit Herbst 2021, Stand: 24. September 2024

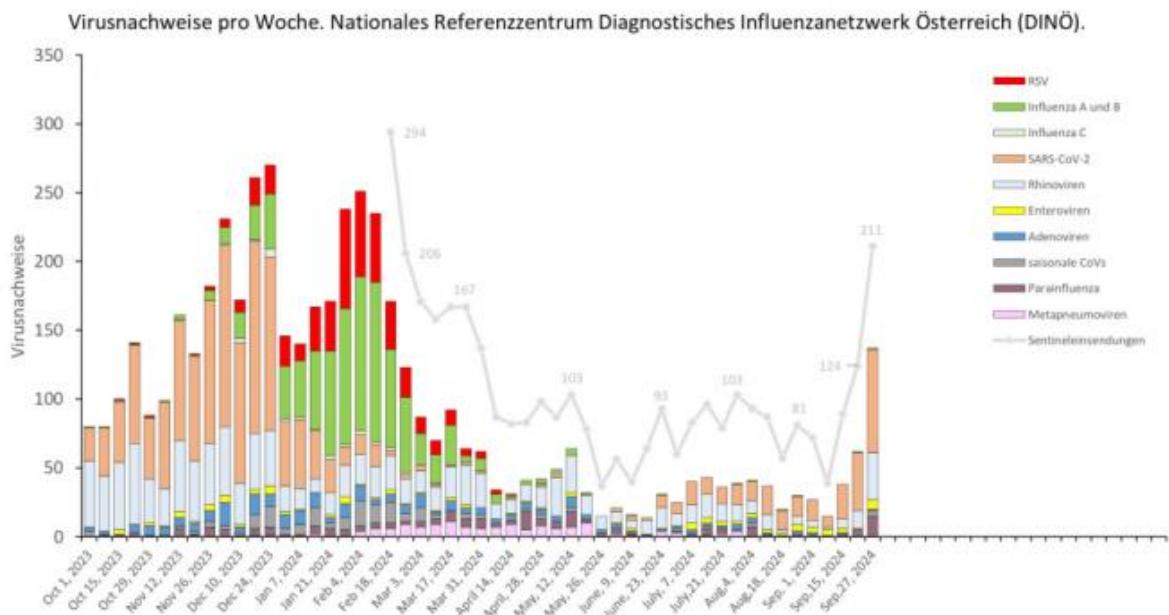
Das Abwassermanagement heißt nicht umsonst so – wir dokumentieren für die Nachwelt das Virus schön anonym im Abwasser, ohne es auf einzelne Bezirke oder gar Gemeinden zurückführen zu können. Für regionale Prävention taugt außerdem die [mangelhafte Abdeckung](#) wenig. Zumindest wissen wir jetzt, dass die Infektionszahlen seit Mitte September explodieren. Die Steilheit ist vergleichbar mit dem von JN.1 im Vorjahr oder von BA.5 im Sommer 2022. Die Absolutzahlen lassen sich wegen geänderter Methoden nicht wirklich vergleichen, aber der sprunghafte Anstieg von Krankenständen spricht ohnehin Bände. Schlichte Geister werden das exponentielle Wachstum auf das nasskalte Wetter schieben, auf

die fünf Regentage im Großteil von Österreich Mitte September. Doch es war auch die zweite Schulwoche und der Großteil der Reiserückkehrer wieder anwesend.

Über 60% des aktuellen Abwassersignals stammt von der Untervariante KP.3 (Stand 24.09.24), der Anteil der Rekombinante XEC (KS.1.1 + KP.3.3) liegt bei 14% und zeigt ein relatives Wachstum (Quelle: Andreas Bergthaler, X).

## Sentinelsystem

Aktualisiert: 27.09.2024

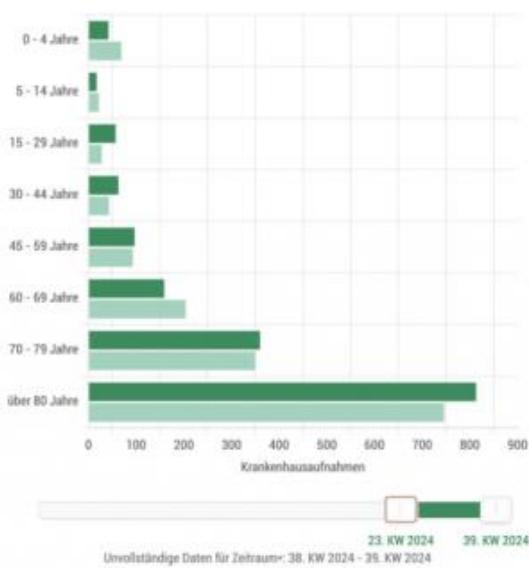


In den Sentineldaten vom **27. September** lag die Positivrate von SARS-CoV2 bei 36%, die Anzahl der Sentineleinsendungen ist im Vergleich zur Vorwoche um 70% gestiegen. Zudem nehmen Rhino- und Parainfluenza-Infektionen zu. Die ruhigste Phase bezüglich SARS-CoV2 war zwischen Mitte März und Anfang Juni, seitdem steigt die Kurve kontinuierlich wieder an – trotz Rekordsommer.

## SARI-Dashboard

## Aufnahmen mit SARI-Diagnosen nach Alter und Geschlecht der Patient:innen

Das Diagramm zeigt die stationären Aufnahmen mit schweren Atemwegsinfektionen nach Alter und Geschlecht der Patient:innen. Die Daten lassen sich nach Diagnose, Wohnort (Bundesland) der Patient:innen sowie Aufnahmestation filtern. Die Aufnahmen können in absoluten Zahlen oder pro 100.000 Einwohner:innen der jeweiligen Altersgruppe dargestellt werden.

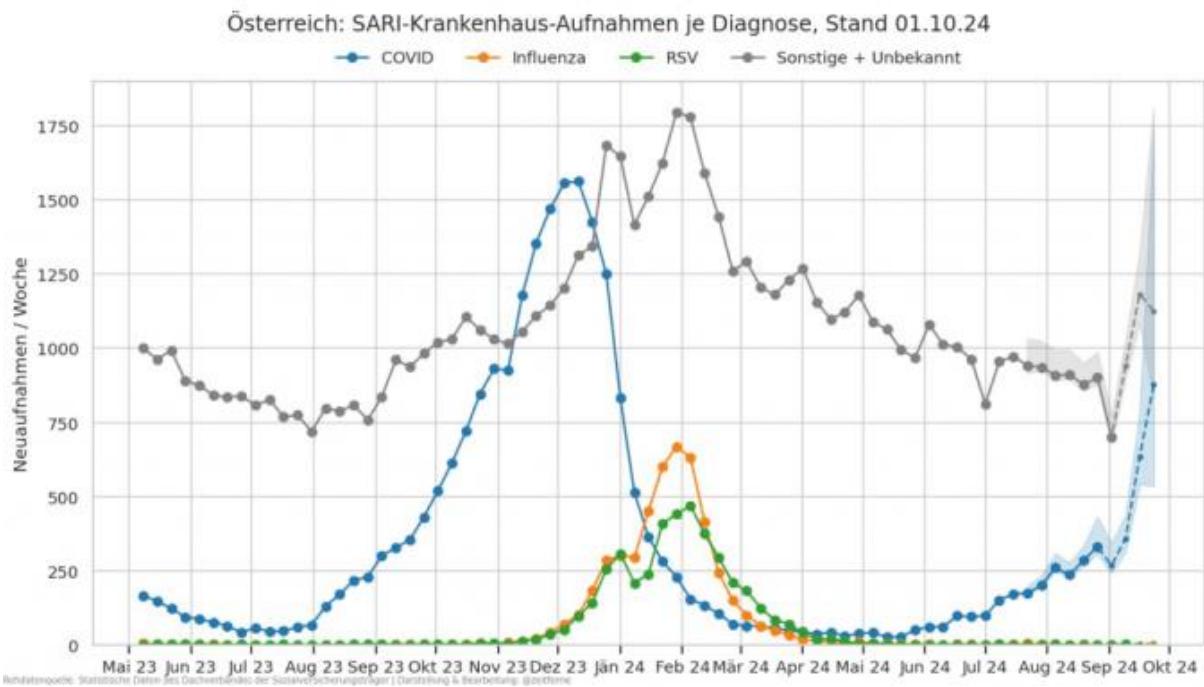


\*Da laufend mit Korrekturen und Nachmeldungen zu rechnen ist, kann sich der Datenbestand noch verändern.

Quelle: Statistische Daten des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger

Vom 3. Juni bis 29. September 2024 wurden **111 Kinder unter 5 Jahren** und über 2600 Menschen über 60 Jahre wegen SARS-CoV2 stationär aufgenommen – und das noch vor der eigentlichen Herbstwelle. Zu dieser Jahreszeit gab es zudem noch nie soviele Krankenstände.

## Vergleich mit Influenza und RSV



Quelle: @zeitferne (X), 01.10.24

Die aktuellen Krankenhausaufnahmen wegen SARS-CoV2 sind bereits deutlich höher als am Höhepunkt der Influenzawelle im Februar. Wenn selbst renommierte Virologen nun also behaupten, Corona sei so harmlos wie die Grippe, ist das kompletter Bullshit. [Im Vergleich](#)

[zur Influenza](#) sorgt Corona weiterhin für mehr schwere Verläufe und zirkuliert einfach viel häufiger und ganzjährig. Dazu kommen die Spätfolgen, auch nach Reinfektionen.

Virologin Eckerle äußert sich solide, empathischer und durchwegs vernünftiger als Drosten, in dessen Forschungsgruppe sie ab 2011 gearbeitet hat, wie zuletzt wieder auf X:

„Auch wenn es keine pandemische Situation mehr ist: Es gibt Dinge, die Infektionen reduzieren: Zuhause bleiben bei Erkrankungen (am besten telefonische Krankmeldung), Maske in beengten Innenräumen, Impfung für Risikogruppen und medizinischen Einrichtungen, Luftqualität verbessern.“

In ihren Augen sei es kontraproduktiv, ständig sagen, das sei

- a) gut so,
- b) Erkrankte nur wehleidig und gar nicht krank (**dagegen sprechen alle Surveillance-Daten**),
- c) es würde von den Maßnahmen vor 3-4 Jahren kommen (**wir haben seitdem erhöhte Zirkulation vieler Viren**)
- d) gut für die Wirtschaft

Die Infektions/Immunitätskonten für respiratorische Infekte sollten längst ein dickes Plus anzeigen nach Jahren „Investition“ = wir haben seit Jahren ein überdurchschnittliches Niveau an respiratorischen Infektionen, sogar asaisonale, bestätigt, für SARS-CoV2, auch Influenza, RSV, sogar Bakterien. Es sei zudem leider nicht SARS-CoV2 oder Grippe, Sommergrippe, Erkältung, Verkühlung, Krupp, RSV, etc., sondern die meiste Zeit SARS-CoV2 PLUS alles, was es sonst noch gibt.

Leider wird die Surveillance weiterhin stark abgebaut, zuletzt auch in der Schweiz hinsichtlich Sequenzierung und Hospitalisierungsdaten. Dann wirds nurmehr ein verschwommenes Bild geben, was eigentlich Menschen krank macht.

## Nationalratswahlen:



## Urlaub mit Komfortabstrichen

Meine Urlaubswoche im Salzkammergut hatte ich ausgerechnet mitten in den exponentiellen Anstieg der SARS-CoV2-Welle hineingelegt. Hochwasserbedingt fuhr nur ein Bruchteil der Fernzüge nach Westen. In der Westbahn hieß es lange stehen, neben jungen Männern mit feuchtem Husten und ohne Manieren. Die FFP3-Maske schützte mich erfolgreich. Im Hotel beim Abendessen legte eine ältere Frau mit Schnupfen und Husten ihre verrotzten Taschentücher auf den Tisch. Der Hotelwirt hustete ebenfalls kräftig und betreute gleichzeitig die Bar. Einmal hustete er über ein gerade eingeschenktes Bierglas. Die Schnupfnase hustete auch beim Frühstück herum und ich wartete, bis ich wieder zum Buffet ging. Erst am dritten Morgen checkte ich, dass ich mich auch aus raus in die Lobby setzen konnte, wo ich meistens alleine saß und die Luft etwas besser war. Die Räumlichkeiten für die „à la Carte“-Esser waren sehr begrenzt, draußen natürlich schon längst alles abgebaut, sodass ich nicht im Freien essen konnte trotz tagelang noch angenehmer Abendtemperatur. So wurde ich einmal zu einer Jungfamilie dazugesetzt, wo der Vater auch hustete. Ich schaute verstohlen auf mein Aranet, wo die CO2-Werte an der **2000ppm-Marke** kratzten. Augen zu und durch.

An den anderen Abenden hielt sich die Husterei zum Glück in Grenzen. Erwähnenswert war noch der Personalmangel, weshalb einer der Bediensteten mich erst am Abend bediente, die Nacht durchmachte, um das Frühstück vorzubereiten und am Abend wieder bediente. Bei einer anderen Gelegenheit saßen nebenan vier sturzbetrunkene Jäger wie im Klischee, die zwar nicht husteten, aber die Gläser zu Bruch gingen ließen. Eine arme Ehefrau mit krankem Kleinkind, das mit roten Backen hustete, musste die Feierlaune der Jäger ertragen. In Hallstatt saß ich einmal draußen, ein eher teures Lokal, weshalb viele Touristen vorbei gingen. Gut für meine Luftqualität. Einmal saß ich drinnen, war aber beruhigt durch die großzügigen

Lüftungsrohre und -abzüge, die quer durch den Raum verliefen. Direkt neben mir hustete dann auch jemand.

In den öffentlichen Verkehrsmitteln trug ich dagegen konsequent Maske und es gab auch keine blöden Kommentare. Auffallend war aber auch, dass die „asiatische Kultur“, Maske zu tragen, mit der Pandemie offenbar ihr Ende gefunden hatte. Es gab noch vereinzelt Ausnahmen, aber eine klare Minderheit. Eine Kultur wird offenbar leicht zur Unkultur, wenn die „westliche Freiheit“ auf Dauer verlockender ist.

## Klarstellung: XEC verursacht keine neuen Symptome

[Oktober 13, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)

HEALTH

✓ FACT-CHECKED

### **The COVID XEC Variant Is Spreading—This is the No. 1 Symptom to Look out For**

A doctor in the U.K., where XEC is rapidly taking hold, issued a new warning.

CORONA-VARIANTE

### **Auffälliges Symptom bei XEC: „Scheint die Menschen umzuhauen“**

11.10.2024, 11:28 Uhr • Lesezeit: 2 Minuten

Derzeit kursieren in den Medien Berichte über angeblich neue Symptome durch die Virusvariante XEC. Dieses Phänomen gibt es von Beginn an mit jeder neuen Variante. Anfangs waren die Vermutungen teilweise noch begründet, weil vor allem hospitalisierte Patienten auf die Variante untersucht wurden. Die meisten Länder haben dieses Service aber eingestellt und daher sind Mutmaßungen über neue Symptome schlichtweg Spekulation.

So behauptet „[Bestlifeonline](#)“, XEC würde „umhauen“ und die Symptome würden der Grippe stärker ähneln als vorher, mit Fieber, Husten, Glieder- und Kopfschmerzen. In der Vergangenheit seien es eher Husten und Erkältungssymptome gewesen. Die [Berliner Morgenpost](#) schrieb von dem Onlinemedium ab, ohne die Vertrauenswürdigkeit dieser Angaben zu hinterfragen.

Die Ursache, weswegen XEC weltweit dominant werden wird, ist nicht restlos geklärt, aber ich versuche einen kleinen Überblick zu geben, was es mit der neuen Variante auf sich hat.

# XEC

X deutet an, dass es sich um eine **Rekombinante** handelt – hier eine Kreuzung aus **KS.1.1 (mit F59S und T22N) und KP.3.3 (mit Q493E)**. Sie wurde erstmals Ende Juni in Berlin sequenziert („EM-Variante“) und zeigte im August einen globalen Wachstumsvorteil über die noch vorherrschenden S31del-Varianten, zu denen KP.3 und Tochtervarianten gehören.

1. Die entscheidenden Mutationen sind **F59S** und **T22N**. Die Aufgabe von S31del und T22N ist die Hinzufügung von Zuckermolekülen (Glykane). In der Kombination wurden beide Mutationen [noch nicht beobachtet](#). F59S war bisher keine antigenisch relevante Region, könnte aber mit T22N gemeinsam den entscheidenden Wachstumsvorteil generieren. Mit S31del gab es einen massiven Verlust an ACE2-Affinität, aber wenig bei T22N.
2. Bei XEC treten Veränderungen des Nucleocapsids (N) auf, dem wichtigsten Protein von SARS-CoV2.

## Rolle des Nukleokapsid-Proteins (N):

Das Strukturprotein N besteht aus Proteinhülle (Kapsid) und Genom, RNA oder DNA (Nukleinsäuren). Bei manchen Viren ist wie SARS-CoV2 ist N zusätzlich von einer Membran umhüllt (behüllte Viren). Es ist u.a. für die Vermehrung des Virus in den Zellen zuständig.

Ein wesentlicher Aspekt von N ist seine **Phosphorylierung**, das heißt, eine stark negativ geladenes Phosphat wird an eine S- oder T-Aminosäure angehängt. N wird unmittelbar nach dem Eintritt phosphoryliert – insbesondere ist die **N3-Region** von N sehr dicht phosphoryliert.

N3 ist von besonderem Interesse, weil es drei ausgeprägte lineare Segmente enthält, darunter eine leukinreiche Helix (H1). Zahlreiche relevante Mutationen bei neuen Varianten traten in der N3-Region auf.

Die wichtigste Rolle von N ist, das virale Genom einzukapseln und innerhalb des Virions (das komplette Viruspartikel) zu verstauen ([Wu et al. 2022](#)). Die Phosphorylierung verringert die RNA-Bindungsfähigkeit von N erheblich ([Botova et al. 2024](#)), ihr Vorteil ist die RNA-Replikation. In der N3-Region von N verringern Mutationen immer die Phosphorylierung, aber verbessern die virale Konzentration um mehr als das 10fache.

Die **N:R203K/G204R-Mutationen** haben ein mutiertes N\*-Protein erzeugt – es führt zu höheren Viruslasten und schwereren Verläufen ([Wu et al. 2021](#)) und wurde bereits früh mit B.1.1\* beobachtet. Es ist in der Lage, das virale Genom einzukapseln und die RNA-Replikation zu steigern, **ohne an Bindungsfähigkeit zu verlieren** ([Mourier et al. 2022](#)). Als KP.3.3 erstmals auftauchte, besaß es nahezu kein N\*-Protein mehr. XEC erbte die N\* zerstörende Mutation von KP.3.3. XEC erlangt weiterhin Wachstumsvorteile, obwohl N\* fehlt – **das heißt, das mutierte N ist nicht länger vorteilhaft**.

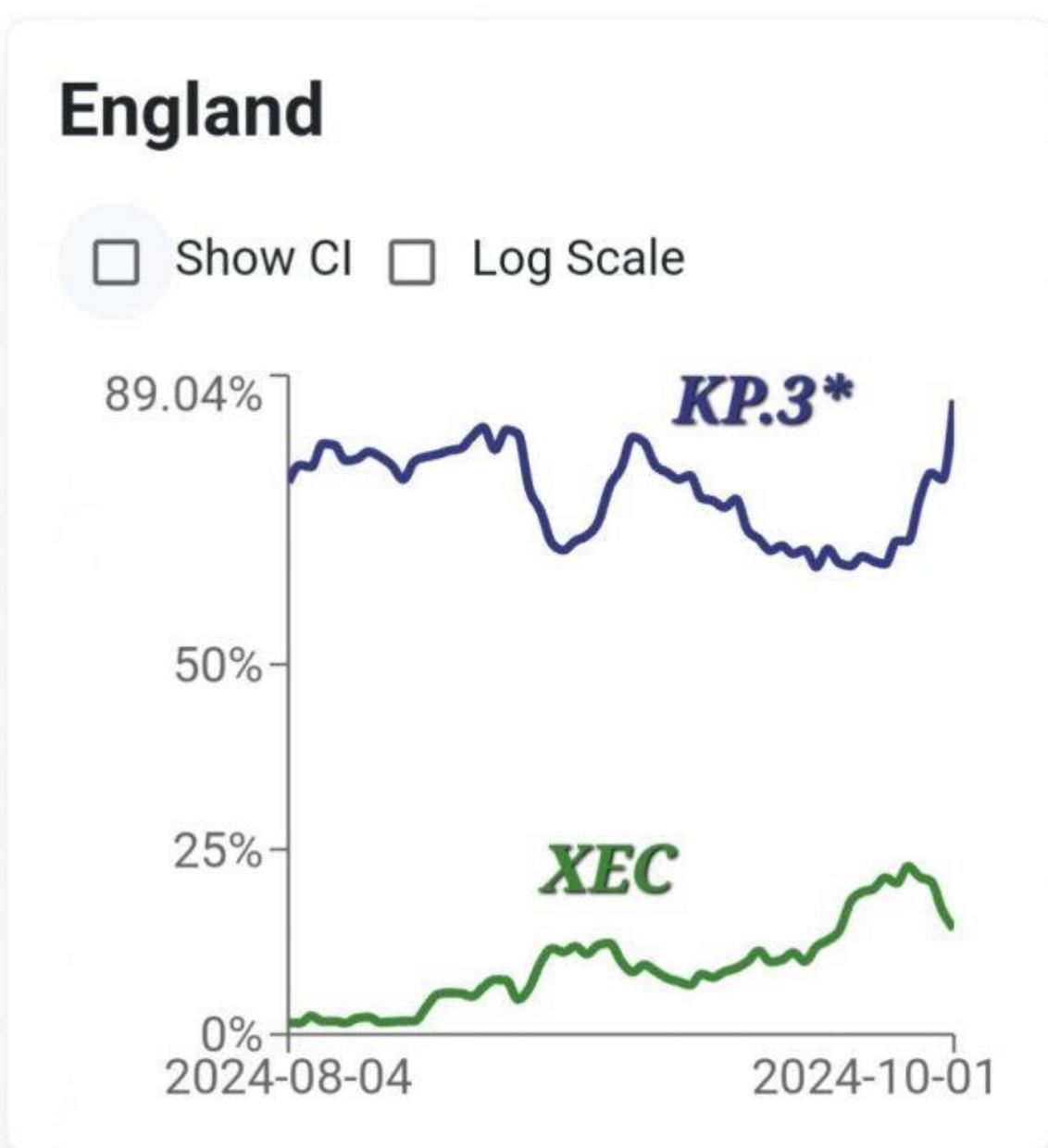
Eine Schlüsselmutation bei JN.1 ist **Q229K**, die in der leukinreichen Sequenz (218-231) auftritt ([Valli et al. 2024](#)), welche auch als **N-Protein-Oligomerization-Stelle** bekannt ist ([Zhao et al. 2023](#)).

Was heißt das nun für XEC? Das mutierte N\* – das für schwerere Verläufe und höhere Viruslasten verantwortlich war, scheint nun überflüssig und trotzdem gibt es

Wachstumsvorteile und keine beobachtete Abschwächung der Schwere des Krankheitsverlaufs.

Ein Nachfolger mit potentiellen Wachstumsvorteilen ist laut Virusjäger Mike Honey auch schon in Sicht – mit **XEC.1** (Schlüsselmutationen K182R und ORF1a:L4182F), der am ehesten Potential hat, XEC im Laufe des Herbsts zu überholen.

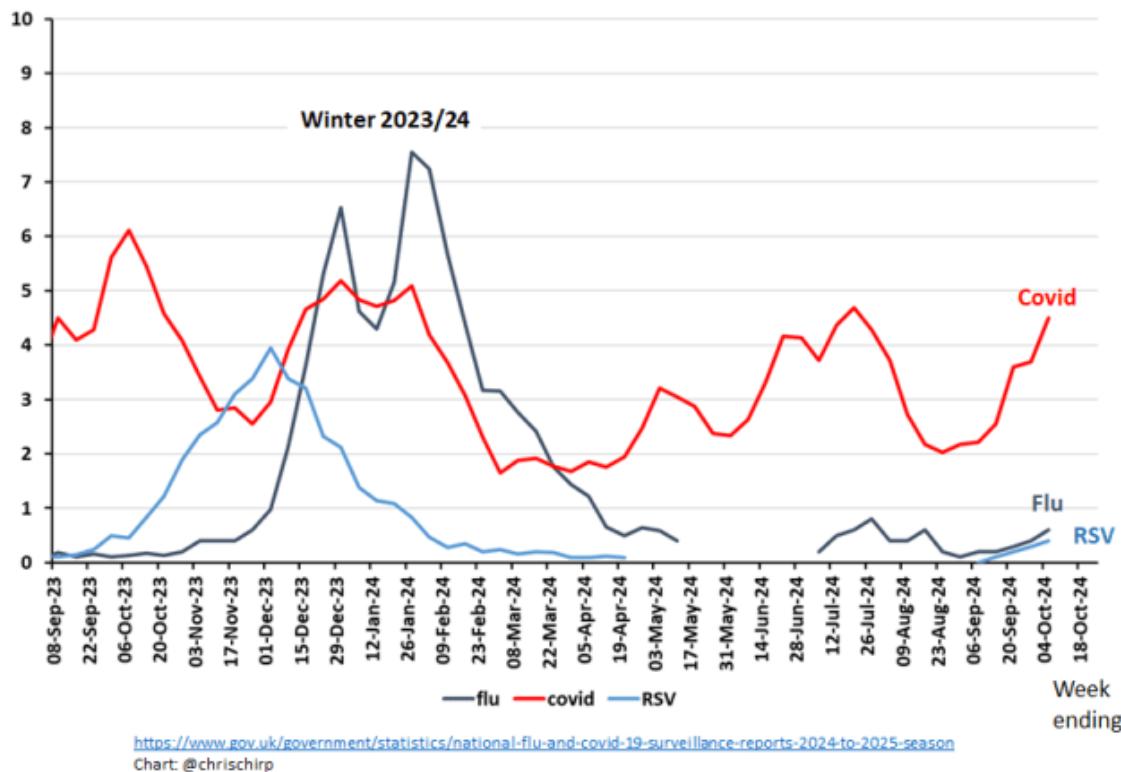
## Ist XEC schon dominant?



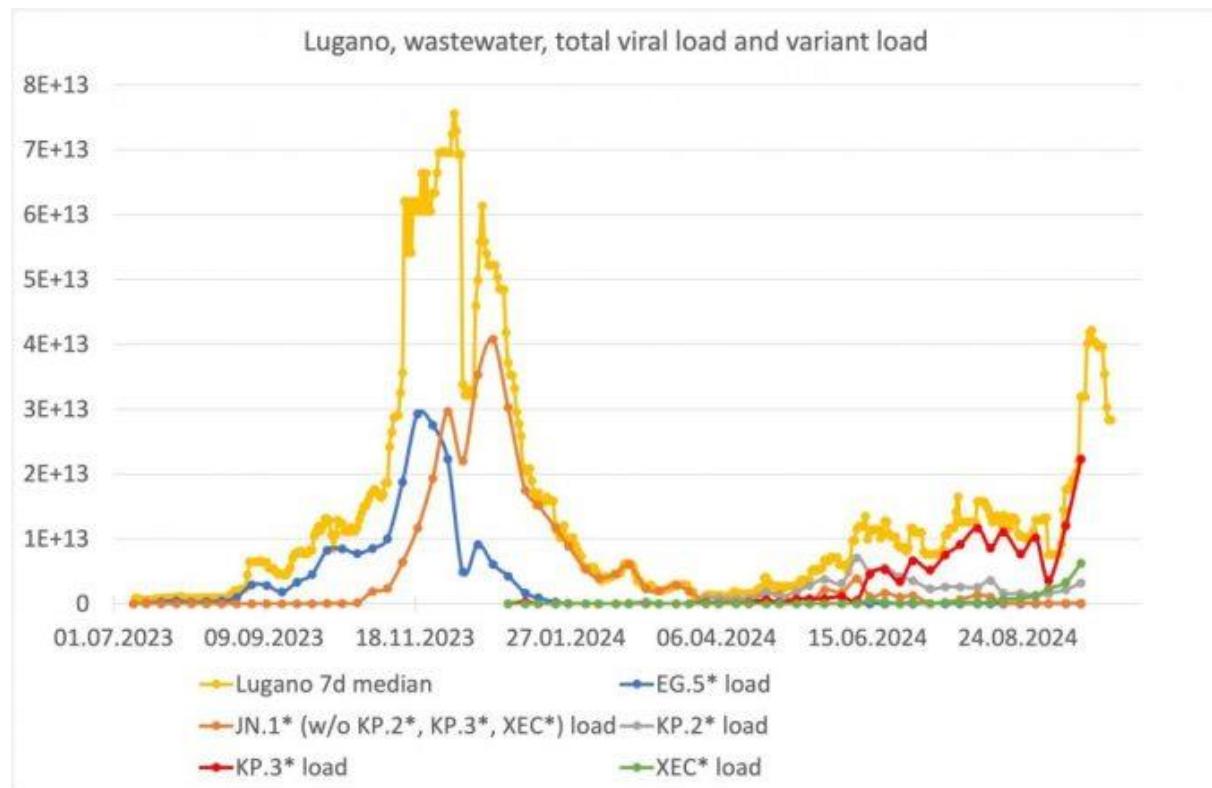
Relativer Anteil von XEC und KP.3 an den sequenzierten Infektionen (Quelle: JP Weiland)

Mit 1. Oktober dominierte KP.3\* immer noch drei Viertel aller Infektionen und XEC wuchs nur langsam.

Weekly hospital flu, RSV and Covid admissions per 100,000 population, UKHSA  
data 8 Sept 2023 to early October 2024



Es wäre also verkehrt, die steigenden Hospitalisierungszahlen in England auf XEC zurückzuführen – sie steigen mit jeder neuen Welle/Variante an.



Quelle: @dominiksteiger

Auch im Tessin ist der starke Anstieg im Abwasser nicht auf XEC zurückzuführen, es dominiert hier KP.3 und saisonales Forcing bei gleichzeitigem Schulbeginn. Der Anteil von XEC beträgt etwa 20%.

Gegenüber KP.3.3 gibt es nur drei Aminosäureänderungen bei XEC, davon tritt keine bei der rezeptorbindenden Domain oder Furinspaltstelle (Eintrittspforte) auf – es ist \*sehr\* unwahrscheinlich, dass mit XEC schwerere Verläufe auftreten.

## Leitsymptome seit Beginn nahezu gleich

Die führenden Symptome einer akuten SARS-CoV2-Infektion seit Pandemiebeginn sind Geruchs- oder Geschmacksverlust, (trockener) Husten, Körper- und Kopfschmerzen und Halsweh. Fieber und Schnupfen treten etwas seltener auf. In der Abklingphase der Infektion ist das Leitsymptom Fatigue, also starke Abgeschlagenheit und Erschöpfung, die wochenlang anhalten – und im ungünstigen Fall in eine chronische Fatigue übergehen kann, sowie trockener Reizhusten.

Wenn Zeitungen nun also von „auffälliger Abgeschlagenheit“ schreiben, oder davon, dass die Symptome nun wieder stärker einer echten Grippe ähneln würden, dann sind das keine Neuigkeiten – sie werden fälschlicherweise einer Variante zugeschrieben, die nicht einmal dominiert.

Die Schwere einer Reinfektion wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, in diesen Zeitungsberichten aber nicht erwähnt werden:

- Vulnerabilität (Vorerkrankungen wie geschwächtes Immunsystem)
- Individuelle Immunisierung (Anzahl der Impfungen, Zeitpunkt letzte Impfung, Kreuzimmunität durch gewöhnliche Coronaviren)
- Viruslast bei Exposition
- weitere unbekannte Faktoren

Viele leichte oder gar asymptomatische Verläufe schaffen es nicht in die Medien, nicht mal zu einem Arzt. Es wird auch viel weniger getestet. Die schweren Fälle, die bekannt werden, sind nicht repräsentativ für die Gesamtheit.

Aus „covid bewusster“ Sicht mag es als Vorteil erscheinen, wenn Journalisten voneinander abschreiben und stärker vor Corona-Infektionen warnen als bisher. Sie tun das aber nicht aus Altruismus, sondern weil es Klicks bringt. Ich würde hier dazu mahnen, nicht unwissenschaftliche Aussagen zu übernehmen, nur weil sie in „unsere“ Agenda passen, sondern weiterhin vorsichtig kommunizieren:

*„SARS-CoV2 verursacht überwiegend milde Akutverläufe, die zuhause auskuriert werden können. Mild heißt nur, dass kein Spitalsaufenthalt notwendig ist, die Symptome können trotzdem grippeähnlich ausfallen, aber es sind auch leichtere oder symptomfreie Verläufe möglich. Nach dem Ende der Symptome kann man immer noch ansteckend sein, insbesondere innerhalb eines Zeitfensters von zehn Tagen ab Symptombeginn. Daher ist eine Überwachung mit regelmäßigen Schnelltests anzuraten. Zudem sollte man sich ausreichend körperlich und geistig schonen, um Rückfälle zu verhindern, und das Longcovid-Risiko zu senken.“*

Zu suggerieren, dass XEC nun jeden umhaut, hieße im Umkehrschluss, dass leichtere Verläufe oder Husten/Schnupfen-Symptome auf andere Varianten hindeuten, die harmlos

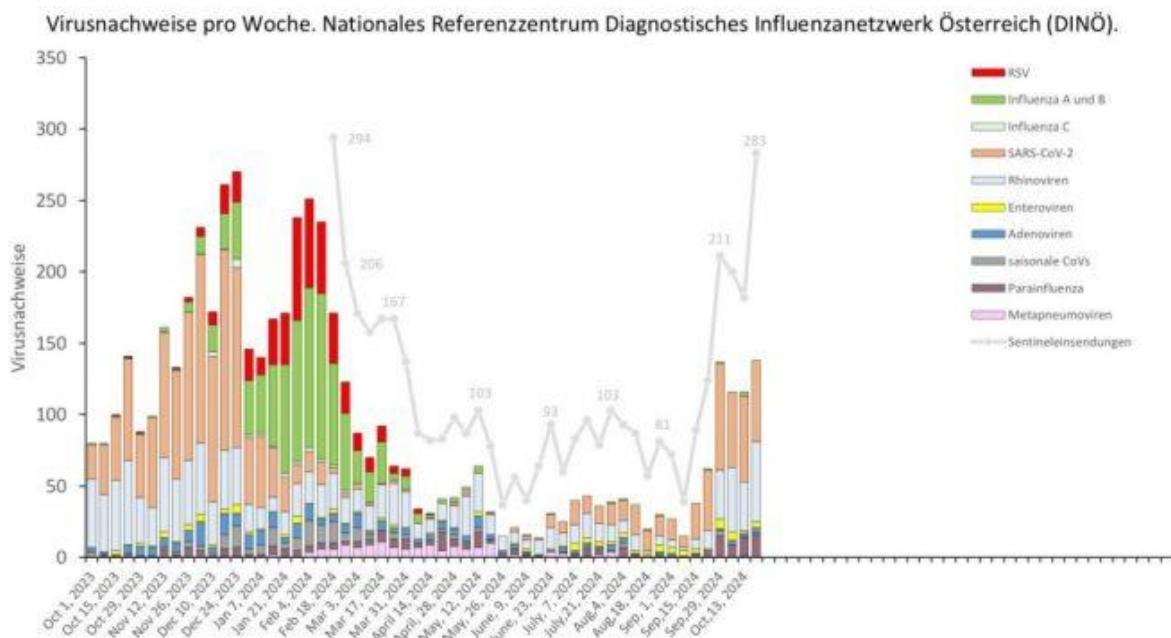
wären, bzw. auf Nicht-Corona und keiner besonderen Abklärung/Verhaltensänderung bedürften.

SARS-CoV2 zirkuliert allerdings ganzjährig und es ist nun leider dauerhaft notwendig, [auf Corona zu testen](#), sobald man respiratorische Symptome hat. Auch harmlose Verläufe können Folgen für die Fähigkeit der Immunabwehr haben, andere Erreger abzuwehren, ebenso sind kognitive Beeinträchtigungen bekannt und vielfach in Studien bestätigt worden ([neben zig anderen Beeinträchtigungen](#)). Und auch Nicht-Corona-Infekte sollte man nicht unters Volk bringen, sondern Kontakte einschränken und/oder Maske tragen.

## 10 Fakten zu den aktuellen Infektionswellen

Oktober 19, 2024 / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)

Aktualisiert: 19.10.2024



**Stand 19. Oktober 24:** 20% Positivrate SARS-CoV2, 20% Rhinoviren, 6% Parainfluenza, 0% Influenza/RSV Quelle: Aberle/Redlberger Fritz, Virologie MedUni Wien

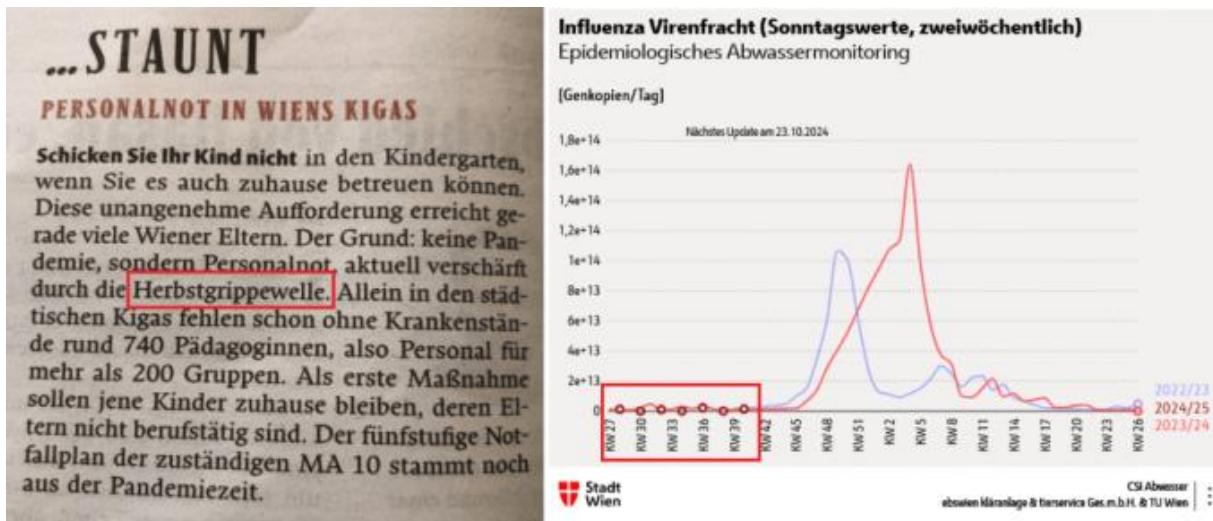
Derzeit kursiert so viel Unsinn zu den vielen Infektionen und Krankenständen, dass es wehtut. Was hat das noch mit dem Anspruch eines faktenbasierten Journalismus zu tun? Gibt es diesen Anspruch überhaupt noch? Zu den Gründen für die wirklich schlechte Berichterstattung gibt es mehrere Erklärungsansätze.

In meinen Augen gibt es vor allem im deutschsprachigen Raum keine Kultur für ausreichend finanzierte Wissenschaftsredaktionen, die sich studierte Wissenschaftsjournalisten anzüchten. Die Science und Health Literacy, also die Fähigkeit, wissenschaftliche Prozesse zu verstehen und Gesundheitsinformationen zu finden und umzusetzen, ist hierzulande sehr schlecht ausgeprägt, was unter anderem auf die mangelnde Aufarbeitung des Nationalsozialismus zurückzuführen ist (Akademikerfeindlichkeit, Judenfeindlichkeit, Rechtsesoterik, „Schulmedizin“). Journalisten aus der Wirtschaft bis Lifestyle glauben, es sei ausreichend ohne besondere Recherche einen „Expert\*In“ zu interviewen und 1:1 unhinterfragt abzudrucken. Eminenz vor Evidenz. Die Auswahl erfolgt häufig nach Sympathiewerten (kann er sich kurz und prägnant ausdrücken? Egal ob es stimmt oder nicht.) oder Verfügbarkeit.

Journalisten leiden heutzutage unter einem immensen Zeitdruck und reich wird man vom Schreiben nicht mehr. Alles muss schnell gehen. Die Mehrheit der jetzt noch seriös und fundiert über Corona berichtenden JournalistInnen ist selbst betroffen, als Teil der Risikogruppe, als LongCovid-Betroffene oder durch Angehörige. Wissenschaftsjournalisten wie Lars Fischer oder Kai Kupferschmidt sind die Ausnahme. Hinzu kam im Verlauf der Pandemie, dass sich „die Medien“ mit der Corona-Berichterstattung beim Leser unbeliebt gemacht haben und das Thema nun meiden. Das ist übrigens ein Teufelskreislauf, weil die Politik nicht mehr bereit ist, Maßnahmen zu fordern, die die Infektionswellen wirksam eindämmen könnten. Würde nun verstärkt berichtet, verstärkt das lediglich Ohnmachtsgefühle und in der Regel herrscht das Motto „Blame the messenger!“

Nun ja, mein Blog hat den Anspruch, das anzusprechen, was weh tut, aber nicht zu leugnen ist – daher kommen nachfolgend einige Klarstellungen zur derzeitigen Infektionslage.

## Fakt 1: Wir haben eine SARS-CoV2-, keine Grippewelle!



So behauptet die aktuelle FALTER-Ausgabe (42/24), dass es in den Wiener Kindergärten aufgrund der Grippewelle Personalnot geben würde. Die aktuellen [Wiener Abwasserdaten](#) zeigen aber fast keine Influenza-Infektionen und auch die heutigen Sentineldata (siehe oben) nicht!

## Fakt 2: Gegen Infektionen kann man sich schützen!

Die Gesellschaft hat NICHTS aus der Pandemie gelernt! Sie hat nicht nur völlig verdrängt, dass SARS-CoV2 noch existiert, sondern hält stur an den Mythen vor 2020 fest. Es ist wissenschaftlicher Mehrheitskonsens, dass Zugluft nicht für Virusinfektionen verantwortlich ist. Es ist nicht der Fall, dass man als gesunder Mensch mit nassen Haaren rausgeht und „sich verkühlt.“ Es braucht immer einen Erreger, der in den Organismus eindringt. Dieser Erreger kommt von Menschen, die gerade infiziert und ansteckend ist. Die meisten Atemwegsinfekte werden über die Luft übertragen. Verkühlung ist ein veralteter und irreführender Begriff – es ist ein respiratorisches Virus – und hier kann man streng genommen noch einmal unterscheiden zwischen „über die Atemwege übertragbar und auf die Atemwege beschränkt“ und „über die Atemwege übertragbar, aber Multisystemerkrankung..“ Warum schreib ich das so explizit? Erst wenn klar ist, dass man nicht selbst schuld, wenn man krank wird („nasse Haare“, „geschwitzt ohne Wechselgewand“, „Klimaanlage“, „Fenster offen“), sondern sich

die Erkrankung in Gesellschaft geholt hat, wird auch klar, was getan werden muss. Es gibt nun einmal keine „private“ Atemluft!

„Wenn in der U-Bahn oder im Büro jemand neben mir hustet, weiß man nicht, ob der Husten ansteckend ist oder nicht“, sagt Antoniewicz. Das macht es so schwierig, sich vor einer Ansteckung zu schützen.

*aus einem STANDARD-Artikel, 17.10.24*

Doch, natürlich kann man sich schützen – indem man eine dicht sitzende FFP2-Maske aufsetzt. Das verhindert die Ansteckung, wenn der Sitznachbar wegen einem akuten Virusinfekt husten muss. Und wenn er keinen Virusinfekt hatte, hat man sich halt *umsonst* geschützt – aber in Zeiten vieler Infektionswellen ist das Risiko groß, neben einem infektiösen Menschen zu sitzen oder stehen.

## **Fakt 3: Mit einem Virusinfekt kann man 1-2 Wochen ansteckend sein!**

„Ganz generell kann man sagen, dass der allererste Nieser oder Huster, wenn man gerade erst anfängt, krank zu werden, meistens der ansteckendste ist“, sagt der Lungenfacharzt. Wenn die Symptome schon mehrere Tage andauern, ist oft auch schon die Ansteckungsgefahr geringer.“

*Lungenfacharzt Lukasz Antoniewicz, Leiter der Hustenambulanz am AKH Wien (Derstandard, 17.10.24)*

„Wenn es begonnen hat und dann meistens **zwei, drei Tage danach** ist man ansteckend, aber dann nimmt es auch wieder ab. Natürlich gibt es immer Ausnahmefälle, aber das ist so um den Daumen herum der Verlauf.“

*Rainer Gattringer, Klinikum Wels-Grieskirchen ([oe.orf](#))*

Bei Influenza und RSV ist die Viruslast mit Symptombeginn am höchsten und z.B. Triple-Schnelltests (inkl. Corona) schlagen sofort an ([Middleton and Larremore 2024](#)). Bei SARS-CoV2 steigt die Viruslast immunitätsbedingt aber **verzögert** an, und dann ist man nicht bei Symptombeginn am ansteckendsten, sondern ein paar Tage später, mitunter selbst dann, wenn die Symptome schon wieder abklingen ([Frediani et al. 2023](#)).

Aus eigener Erfahrung mit einem humanen (saisonalen) Coronavirus kann ich sagen, dass man sich auch am achten oder neunten Tag mit respiratorischen Symptomen noch mühelos anstecken kann. Immunsupprimierte Patienten mit einer Parainfluenzainfektion können noch deutlich über 14 Tage hinweg ansteckend sein ([Tabatabai et al. 2022](#)), immunkompetente Krebspatienten rund 14 Tage ([Iglói et al. 2022](#)), auch bei anderen Viren scheinen „zwei bis drei Tage“ sehr niedrig gegriffen.

Ein Schelm, wer böses denkt – dass bei der Debatte um die vielen Krankenstände der Wunsch der Wirtschaft da ist, früher wieder arbeiten zu gehen – *speziell man eh nicht mehr ansteckend sei*. Das ist erstens mitnichten so und zweitens sollte man sich wirklich ausreichend schonen. Drittens – wenn man unbedingt früher wieder arbeiten will, sollte das im Home-Office, in einem Einzelbüro oder mit Maske passieren.

## **Fakt 4: Die Behandlung von SARS-CoV2 und grippalen Infekten unterscheidet sich!**

In den Arztpraxen getestet werden mittlerweile aber nur die Risikogruppen, denn die Behandlung von grippeähnlichen Infekten und Corona-Erkrankungen unterscheidet sich nicht. „Beides sind Virusinfekte, beide sind ursächlich nicht behandelbar, sondern nur symptomatisch“,

*Wolfgang Ziegler, Kurienobmann allgemeinmediziner (OOE ORF AT)*

Das stimmt so nicht. Bei Corona und Influenza gibt es antivirale Medikamente, die die Ursache (Viruslast) bekämpfen. Empfohlen werden sie einer eng gefassten Risikogruppe, grundsätzlich nehmen kann sie aber jeder. Auch junge, gesunde Menschen können schwer erkranken und sind dann auf antivirale oder entzündungshemmende Medikamente angewiesen. Zudem sollte man sich nach einer SARS-CoV2-Infektion länger schonen als nach einer Rhinovirus-Infektion.

**Transparenz-Hinweis:** Gattringer und Ziegler waren im Herbst 2020 bei der Presse-Aussendung der Ärztekammer Oberösterreich gemeinsam mit Infektiologe Allerberger und PH-Mediziner Sprenger dabei, als der „Labor-Tsunami“ ausgerufen wurde.

# "Wir haben keine zweite Welle, wir haben einen Labor-Tsunami": Ärztekammer für OÖ warnt vor Corona-Panik

**tips Linz-Stadt**

Karin Seyringer, 18.09.2020 15:06

► Vorlesen

OÖ. Die Ärztekammer für OÖ fordert einen faktenbasierten, sachlichen und konstruktiven Diskurs über die Corona-Maßnahmen ein. Auf gar keinen Fall bestehe angesichts steigender Zahlen Grund zur Panik – im Gegenteil: Es gäbe keine zweite Welle, sondern einen „technischen Labor-Tsunami“. Gefordert wird unter anderem, das Covid-19-Testungen von Hausärzten angeordnet werden sollen und besonders dringlich: Es dürfe angesichts des generellen Viren-Herbstes nicht auf andere Krankheiten vergessen werden.



Die Ärztekammer für OÖ fordert Verhältnismäßigkeit ein, v. l.: Kurienobmann-Stellvertreter Wolfgang Ziegler, Präsident Peter Niedermoser, Petra Apfalter (Ordensklinikum), Franz Allerberger (AGES Wien), Rainer Gattringer (Klinikum Wels-Grieskirchen), Public Health Experte Martin Sprenger und Günter Weiss (Medizinische Universität Innsbruck) (Foto: Ärztekammer für OÖ)

Quelle: tips.at, 18.09.20

**Fakt 5: Die SARS-CoV2-Impfung ist nicht unwichtiger als die Influenza-Impfung.**

Das FPÖ-ÖVP-Regierungsabkommen in Niederösterreich sieht [keine Werbung mehr für die SARS-CoV2-Impfung](#) vor. Der Impfbus tourt [ab Mitte Oktober](#) durch die Gemeinden, mit Influenza, MMR und HPV-Impfung. Die Impfung gegen Corona wird nicht angeboten. Die Gesundheitslandesrätin Königsberger-Ludwig (SPÖ) begründet das mit der Logistik im Bus. Man haben sich aufgrund der Saison im Herbst für Influenza entschieden.

Grundsätzlich wäre es sinnvoll, **beide Impfungen anzubieten**, die auch gleichzeitig verabreicht werden können. In vielen Betriebsstätten werden aber ebenfalls nur noch Influenza-Impfungen angeboten. Das Problem mit Intervallen zwischen den Impfungen ist erstens das aktuell schon hohe Risiko für eine Corona-Infektion, aber auch für andere Infektionen, denn im kranken Zustand geht niemand impfen.

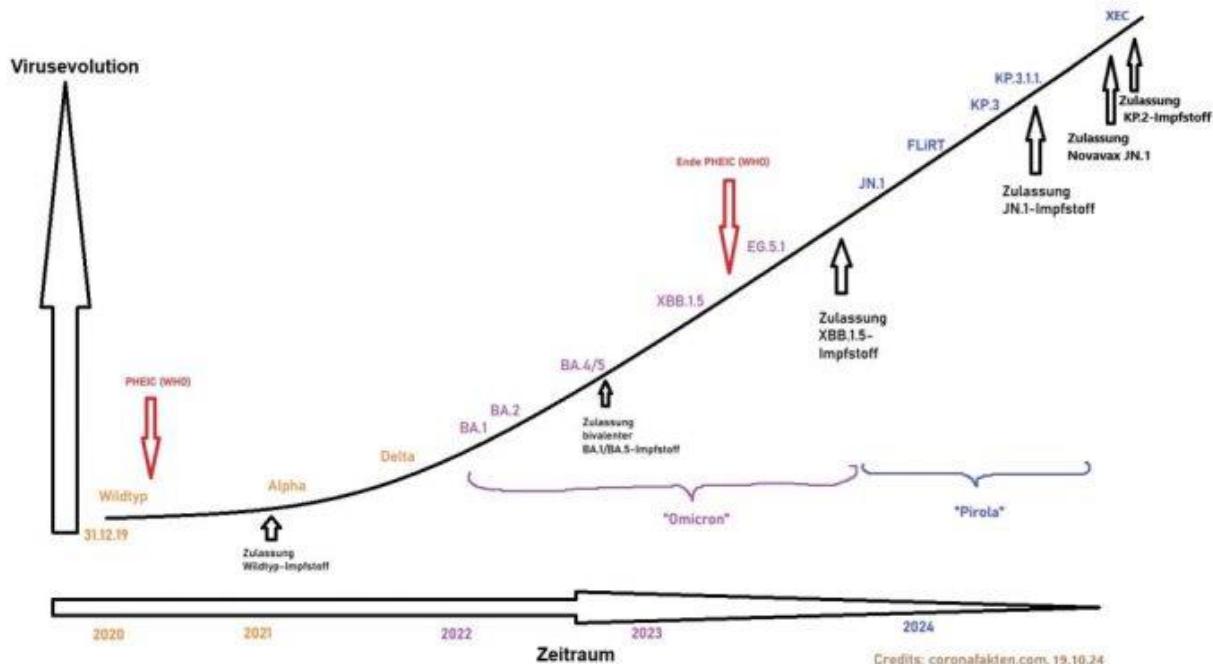
Wenn Corona aber nicht einmal erwähnt wird, besteht die Gefahr, dass frisch gegen Influenza Geimpfte an Corona erkranken, die Impfung als wirkungslos empfinden oder von Impfschäden sprechen. Hier fehlt es an klarer Kommunikation.

Zum **richtigen Zeitpunkt der Influenza-Impfung** ist zu bedenken, dass die Wirksamkeit des Impfstoffs im Verlauf der Saison (November bis März) stark nachlässt. Wenn man zu früh impfen geht, kann es passieren, dass man im Spätwinter nicht mehr ausreichend geschützt ist. In der Forschung wird diskutiert, die Impfstoffe besser anzupassen oder eine zweifache Impfung vor allem für Risikogruppen (darunter Kinder) anzudenken ([Rambhia and Rambhia 2018](#)).

In der Hoffnung, dass die Politik das Monitoring ausbaut und nicht weiter einschränkt, kann man den aktuellen Status der Influenzafälle an den Abwasser- und Sentinelldaten ablesen. Sofern es da noch nicht deutlich ansteigt, würde ich noch warten. 2022/2023 kam die Influenzawelle früher, letztes Jahr später.

Ich persönlich visiere Ende November für die Influenza-Impfung an, den angepassten Booster gegen Corona hab ich mir bereits Ende August geholt.

**Fakt 6: Es gibt jetzt drei angepasste Booster. Alle wirken ähnlich gut.**



Varianten-Entwicklung seit Pandemiebeginn und jeweiliger Zeitpunkt der Zulassung angepasster Impfstoffe

Seit Juli gibt es bereits den auf **JN.1** angepassten Booster von Pfizer (mRNA), seit Oktober auch den auf **KP.2** angepassten Pfizer-Booster. Zudem wurde der auf **JN.1** angepasste Protein-Impfstoff von Novavax zugelassen.

Wie Infektiologe Leif Sanders der Charité Berlin [berechtigt sagt](#), kann man die tatsächliche Schutzwirkung der angepassten Impfstoffe immer erst hinterher beurteilen. Aktuelle Studien zeigen aber, dass der auf JN.1 angepasste Booster auch die Schutzwirkung gegen KP.3\*-Varianten und XEC erhöht ([Happle et al. 2024](#), [Arora et al. 2024 preprint](#)) – das ist vergleichbar mit der Schutzwirkung des XBB.1.5-Impfstoff gegen die später dominante JN.1-Variante.

Sanders rät die Impfung übrigens allen Menschen, nicht nur Risikogruppen, weil es gerade bei jüngeren Menschen weniger um die Verhinderung eines schweren Akutverlaufs ginge, sondern auch um das LongCovid-Risiko zu senken – selbst wenn das nicht explizit in der StiKo-Empfehlung steht (bei den NIG-Empfehlungen in Österreich schon).

Der KP.2-Booster enthält die Schlüsselmutation F456L, welche in den Varianten ab FLiRT aufwärts enthalten ist und zur Immunflucht beiträgt – er dürfte also etwas besser wirken, aber ob es die paar % ausmachen, deswegen zu warten, ist fraglich.

Der Protein-Impfstoff von Novavax ist nicht besser oder schlechter als die mRNA-Impfstoffe. Er scheint weniger Nebenwirkungen zu produzieren, ist von der Wirksamkeit her aber ähnlich gut. Ein Wechsel zwischen mRNA-Impfstoff und Proteinimpfstoff scheint sinnvoll.

Die kürzliche Studie über nur kurzlebige Plasmazellen nach mRNA-Impfstoffe ([Nguyen et al. 2024](#)) soll man Sanders zufolge nicht überinterpretieren, denn es würde da um Zellen mit ganz bestimmten Merkmalen gehen, von denen man weniger fand als erwartet. Doch man wisse, dass auch Zellen ohne diese Marker langlebig sein können ([Ferreira-Gomes et al. 2024](#), [Turner et al. 2021](#)). Der Grund für die nur kurzlebige Immunität gegen Ansteckung (!) sei die

instabile Schleimhaut-Immunität (IgA-Antikörper) und die Antikörperspiegel wieder sinken. Dafür bräuchte man nasale oder inhalative Impfstoffe.

## Fakt 7: XEC verursacht wahrscheinlich keine neuen Symptome

Ich habe dazu [bereits gebloggt](#), aber Molekularbiologe Elling hat es kürzlich in einem Ö1-Radiointerview bestätigt. Nach wie vor wird aber heftig geteilt, es würde [neue Symptome mit XEC](#) geben. Das Problem bei all diesen Berichten ist, dass wir zu wenig wissen: Wird jeder einzelne Patient sequenziert? Werden nur jene sequenziert, die dieses angeblich neue Symptom haben? Waren diese Personen frisch geimpft, haben sie bereits relevante Vorerkrankungen und die Reinfektion sorgt für eine Verschlechterung der bestehenden Symptomatik? Wie viele, die sequenziert wurden, zeigen keine ausgeprägte Symptomatik? Wie hoch ist die Dunkelziffer?

Die letzte Variante, die in meinen Augen für schwerere Verläufe gesorgt hat, war **BA.5**:

- stärker auf die Lunge gehend als BA.1 ([Kimura et al. 2022](#))
- mehr schwere Verläufe in [Israel](#), [Dänemark](#) und [Portugal](#)
- stärkere Entzündungsreaktionen als bei BA.1/BA.2 ([Tamura et al. 2022](#))
- BA.2 und BA.5 gingen stärker auf das Herz als BA.1 ([Nchioua et al. 2022](#))
- BA.5 und XBB gingen stärker auf das Gehirn als BA.1 ([Stewart et al. 11/2023](#))
- zudem gab es eine weitere Abnahme gegen zahlreiche therapeutische Antikörper ([Yamasoba et al. 2022](#), [Aggarwal et al. 2022](#))

Ein aktuelles Preprint zu XEC ([Kaku et al. 2024](#)) zeigt, dass XEC durch die neuen **Spike-Mutationen T22N und F59S** deutlich infektiöser ist als vorherige Varianten und im Laufe des Herbstes weltweit dominant werden wird. Eine Veränderung der Grundsymptomatik lässt sich daraus aber nicht ableiten.

## Fakt 8: Luftreiniger sind keine Keimschleudern. Menschen sind es.

Wie man [dem Kommentar auf meinem zweiten Blog](#) entnehmen kann – und derlei Berichte gibt es leider zahlreiche – ist es für Patienten ausgesprochen schwierig, sich bei einem Spitalsaufenthalt zu schützen. Vor der Pandemie wurde zumindest in bestimmten Bereichen von Krebsstationen Maske tragen – und wahrscheinlich wurden Patienten auch nicht blöd angemacht, wenn sie aus Eigenschutz welche getragen haben.

Wer sich dann schützen möchte, indem er einen Luftreiniger mit ins Zimmer nimmt, wird eher rausgeworfen als diesen zu akzeptieren. Es heißt dann, es sei „best practice“, keine privaten medizinischen Geräte zuzulassen – ohne Ausnahme, doch sollte die Pandemie doch gezeigt haben, dass es hier ein Umdenken braucht!

Die Frage ist: [Braucht es zusätzliche Schutzmaßnahmen](#) oder sind die Lüftungsanlagen in den Spitäler ausnahmslos am neuesten Stand und verhindern Infektionen? Die Antwort ist: Wenn alles so super geschützt wäre, würde es nicht so viele nosokomiale Infektionen geben (= Ansteckungen beim Spitalsaufenthalt). Zudem haben Spitalsmitarbeiter ein höheres Risiko für

LongCOVID als die Normalbevölkerung ([Gruber et al. 2023](#), [Kromydas et al. 2023](#)), weil sowohl die Zahl der Viruskontakte als auch die Viruslast höher ist.

Ein mobiler Luftreiniger darf nicht verwechselt werden mit Umluft-Klimaanlagen, die verbrauchte Luft rezirkulieren. Diese sind in der Tat Keimschleudern. Doch wenn auf einer Station dutzend kranke Menschen liegen, die nicht auf potentielle Krankheitserreger getestet werden, dann geht die Gefahr in erster Linie von dem aus, was schon in der Luft ist, und nicht von dem, was im HEPA-Filter des Luftreinigers ausgefiltert wurde. Im Zweifelsfall macht der Luftreiniger die Luft also sauberer, und nicht dreckiger – selbst wenn die Filter schon länger nicht mehr gewechselt wurden.

Und natürlich wäre die effektivste und einfachste Maßnahme, wenn Spitalsmitarbeiter und Besucher Maske tragen und Patienten bei der Aufnahme getestet würden.

## **Fakt 9: Maske tragen ist jetzt selbstverständlich als Folge der Pandemie.**

*„Hast Du vor 2020 auch Maske getragen?“*

Niemand hätte Ende der 80er Jahre gefragt, warum man vor 1981 keine Kondome getragen hat. Sobald HIV/AIDS bekannt und zur Pandemie wurde, passte man sich der neuen Realität an und verhielt sich anders. Es wäre sicher sinnvoll gewesen, schon vor 2020 Maske zu tragen. Viele von uns hätten sich die Anzahl an Virusinfekten im Jahr reduzieren können, etwa durch Maske tragen in öffentlichen Verkehrsmitteln oder im Aufzug. Schon [während der Grippe-Pandemie 1918](#) wurde Maske getragen. Dank der zahlreichen Studien zum Maske tragen wissen wir, dass Masken dabei helfen, Infektionen zu verringern oder zu verhindern. Wenn sich vorteilhafte Ergebnisse herausstellen, sollte es wenig überraschen, wenn man hilfreiche Maßnahmen übernimmt. Vor der Pandemie sind viele Menschen an Virusinfekten gestorben, vor denen sie sich hätten schützen können oder geschützt werden können.

*„Wirst Du jetzt ein Leben lang Maske tragen?“*

Beim Schlafen und Essen tendenziell nein. Ernsthaft: Man wäscht sich auch lebenslang die Hände nach dem Klo gehen oder trinkt nur sauberes Wasser und nicht aus dem Abwasserkanal. Natürlich gibt es situationselastische Unterschiede, je nach Abwasserinzidenz, ob man sich alleine in einem gut belüfteten Raum befindet, oder den Eindruck hat, dass gerade niemand mit Symptomen anwesend ist, aber prinzipiell ist es so, dass dieser Infektionsschutz am einfachsten umzusetzen ist.

## **Fakt 10: Die Zeit der Kontaktbeschränkungen liegt schon schon über zweieinhalb Jahre zurück. Nachholeffekte sind kein seriöses Argument mehr.**

In Österreich war nur der erste Lockdown von Mitte März bis Anfang Mai streng, ab dem zweiten Lockdown gab es zahlreiche Ausnahmen. Im Herbst 2021 gab es eine erste Influenzawelle, die aber mit den erneuten Kontaktbeschränkungen literally im Keim erstickt wurde. Die Kontaktbeschränkungen endeten im Dezember 2021, für Ungeimpfte mit Februar 2022 – wobei sich daran die wenigsten gehalten haben.

Bei Rhinoviren gibt es über 100 Subtypen und keine Kreuzimmunität. Da gibt es also nichts nachzuholen. Parainfluenzatyp 1 und 2 wechseln sich alle zwei Jahre ab, bei RSV zirkulieren die Subtypen A und B ebenfalls in unterschiedlicher Dominanz. Masern und Keuchhusten sollte man sich besser gar nicht infizieren, sondern die Impfung holen, das gilt auch für Diphtherie. Gegen Mycoplasmen und Streptokokken gibt es ebenfalls keine langlebige Immunität.

In der Berichterstattung schwingt immer unterschwellig mit: Weil wir diese blöden unnötigen Maßnahmen hatten, gibt es jetzt mehr Infektionen. Es ist aber eigentlich so, dass wir dank der blöden unnötigen Maßnahmen einfach generell weniger Infektionen und weniger Krankheitslast hatten. Das ist gut, denn eine ganze Generation von Kindern hat etliche Infektionen ausgelassen. Frühe Atemwegsinfekte können später Asthma, Allergien und andere Autoimmunerkrankungen erzeugen. Man hätte durch Beibehalten gelinder Maßnahmen (und sei es, Kinder nicht krank in die Schule schicken) die Krankheitslast dauerhaft niedriger halten können. Man hätte die Immunitätslücken in der Bevölkerung durch Impfkampagnen für Masern, Keuchhusten, Influenza schließen können statt einfach alle Infektionen ungebremst durchlaufen zu lassen und sich über die hohe Krankheitslast zu beschweren. Ebenso hätte man moderne Lüftungsanlagen und temporär Luftreiniger zur Überbrückung vorschreiben können, um diese Krankheitslast wenigstens zu reduzieren (denn gegen eine Reihe von Erregern von humanen Coronaviren über Rhinoviren bis Parainfluenza oder Enterviren kann nicht geimpft werden).

Oder wie Virologin Isabella Eckerle sinngemäß zu sagen pflegt:

**Es gibt kein Immunschuldkonto abzuarbeiten. Am Ende des Jahres ist man einfach weniger krank.**

## **Es tut sich was bei der Hilfe für MECFS, aber Prävention fehlt weiterhin**

[Oktober 23, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)

„ME/CFS und Long-COVID haben sich als ernstzunehmendes gesundheitliches Problem erwiesen, das nicht nur das Leben der Betroffenen massiv beeinträchtigt, sondern auch das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen stellt.“

*Bürgermeister von Wien, Michael Ludwig (SPÖ), 22.10.24 ([Rathauskorrespondenz](#))*

Wie bewältige ich nun den Spagat, gleichzeitig meine Wertschätzung über die Unterstützung bei der Erforschung von postakuten Infektionskrankheiten und meine Verachtung für diese späte Erkenntnis auszudrücken? Vielleicht mit einem kurzen Rückblick:

## **Wien's Sonderrolle: Die Spitäler schützen**

Im ersten Pandemiejahr galt noch das Motto „schau auf mich, schau auf dich“. Wien ging bis zum **Februar 2023** den „strengeren Weg“, mit den Allesgurgelt-Gratis-PCR-Tests und der beibehaltenen Maskenpflicht in den Öffis, während sie ab Juni 2022 bereits im Großteil der Republik abgeschafft wurde. Der strengere Weg hatte als einzigen Hintergrund, dass sich in der Millionenstadt Wien zahlreiche große Spitäler befinden – deren Überlastung man

verhinderten wollte. Es ging der Stadtregierung nie darum, generell Infektionen zu verringern, um etwa LongCovid-Fälle zu verhindern, oder besonders um den Schutz der Kinder. Diese dienten durch das Schulprojekt Allesgurgelt als *Infektionsradar* für die Erwachsenen. Tests verhinderten lediglich Folgeansteckungen, nur Prävention verhindert Indexfälle.

Gesundheitsstadtrat Hacker rief Ärzte im **März 2020** via FALTER auf, nicht hysterisch zu sein. Im **Mai 2020** teilte Ludwig [Essensgutscheine](#) aus, um die lokale Gastronomie zu unterstützen. In UK konnte nachgewiesen werden, dass man so die Infektionszahlen signifikant in die Höhe trieb ([Fetzer 2022](#)). Im Wienwahlkampf im **Herbst 2020** wollte kein Politiker außer der grünen Vizebürgermeisterin Hebein das böse L-Wort in den Mund nehmen. Die Grünen flogen aus der Stadtregierung, die NEOS übernahmen das Bildungsressort: Privatinitaliven, CO2-Messgeräte oder Luftreiniger auf eigene Kosten in Kindergärten oder Schulen aufzustellen, wurden verboten.

Während der Alpha-Welle im **Frühling 2021** wollte Hacker Schanigärten öffnen, wenig später kam der „Ost-Lockdown“ – dank des damaligen Gesundheitsministers Anschober, der Bürgermeister Ludwig offenbar davon überzeugen konnte, dass die Spitäler sonst kollabieren würden. Im **September 2021** antwortete Hacker auf die PRESSE-Frage, ob man im Kindergarten von einer „kontrollierten Durchseuchung“ sprechen könne, mit „Ja, aber das ist schon die ganze Zeit so.“ Better safe than sorry? Fehlanzeige. Zwei neuere Studien zeigen, dass insbesondere Säuglinge und Kleinkinder keine Abnahme bei den Hospitalisierungszahlen sehen ([Wilde et al. 2024](#), [Zerbo et al. 2024](#)) – diese Altersgruppe (6 Monate bis 4 Jahre) ist meistens ungeimpft, und bei Säuglingen unter 6 Monaten gibt es keine Impfung. Hier ist nur ein passiver Schutz durch Impfung während der Schwangerschaft möglich al. ([Grace Wade 2023](#), [Jorgensen et al. 2023](#), [Man et al. 2024](#)) – etwas, das durch Desinformation und mangelnde Aufklärung leider viel zu selten passiert.

Im **März 2022**, am Höhepunkt der BA.2-Welle, fanden die großen Benefizkonzerte am Heldenplatz und im Ernst-Happel-Stadion ohne Maßnahmen statt. Auf Twitter schrieb Mario Dujakovic, der Sprecher von Gesundheitsstadtrat Hacker, dass „*solange wir uns in der Omicron-Familie bewegen, und das tun wir, sind das keine schlechten Nachrichten.*“ Spätfolgen wurden unverändert ignoriert. Im **März 2022** duellierte sich Hacker und Gesundheitsminister Rauch (Grüne) in Ö1-Klartext. Hacker erläuterte den „flatten the curve“-Ansatz der Stadtregierung: „*Die entscheidende Frage in der Strategie ist daher nicht, wird es zu Ansteckungen kommen, die entscheidende Frage ist, wie viele gleichzeitig? So viele gleichzeitig, dass es systembelastend wird oder schaffen wir es, nach unten zu bringen? Das ist eine der wichtigsten Benchmarks.*“

**Mitte Jänner 2023** ließ Hacker sich von der [KRONE](#) interviewen:

„*Natürlich gibt es viele, die sagen, das ist ein Blödsinn, das brauchen wir nicht mehr. Ja, das versteh ich auch. Mir hängt die Maske nämlich auch beim Hals raus. Aber wenn wir die Masken abschaffen, können wir nicht 14 Tage später sagen: ,Ups, wir haben uns geirrt. Da ist eine neue Variante. Hoppala, wir müssen wieder Maske tragen.‘ Da nehmen uns die Leute nicht mehr ernst.*“

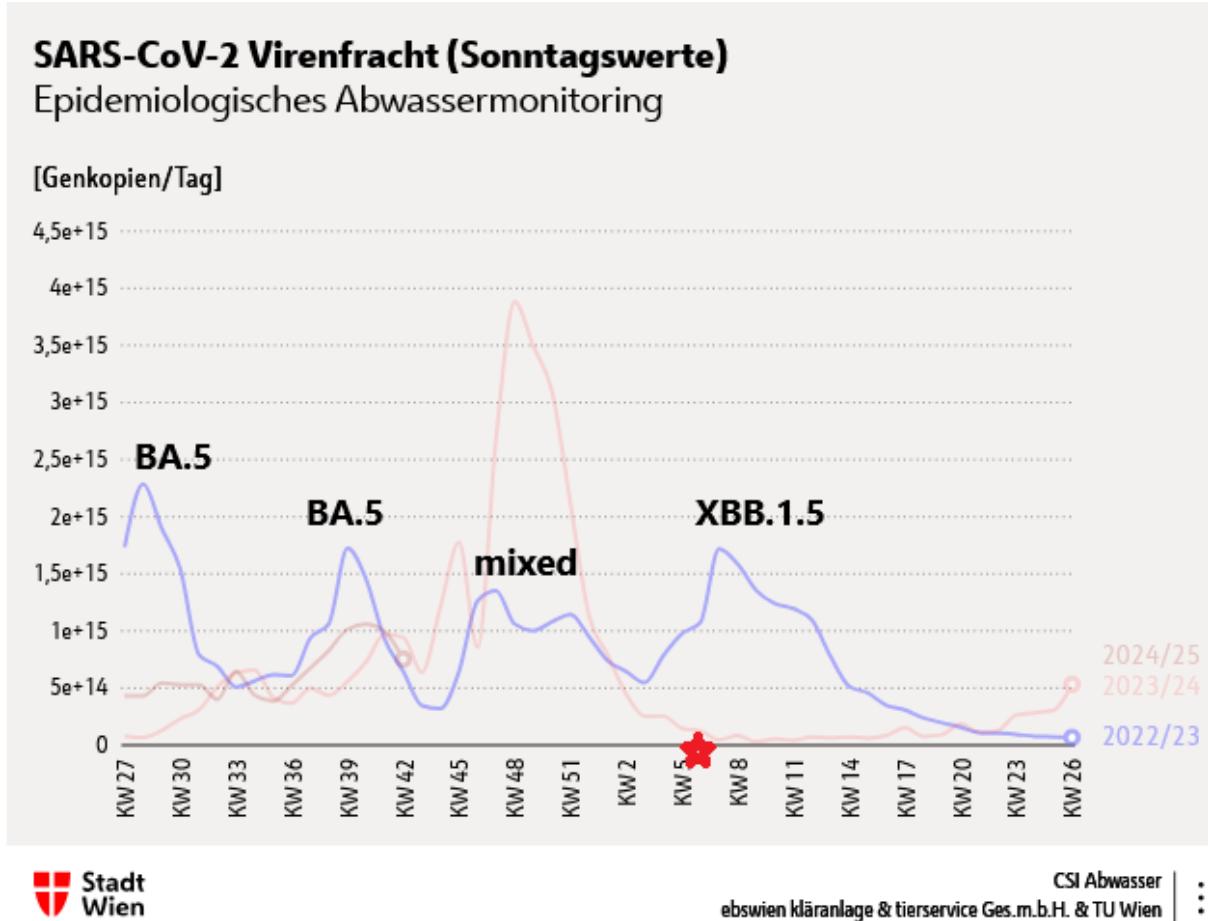
**Drei Wochen später** kündigte die Stadtregierung den [Fall der Maskenpflicht](#) in den Öffis an, auch die PCR-Testpflicht in Spitäler und Pflegeheimen fiel, und das obwohl:

„*Die Simulationen der Experten der Stadt Wien gehen von Mitte Februar bis Mitte März noch von einem „diskreten weiteren Anstieg“ bei den CoV-Fallzahlen aus und dann von einer Abnahme der Erkrankungswelle, führte Binder aus. Das werde „sicher fordernd, aber nicht so,*

dass wir befürchten müssen, dass die Kapazitäten in den Spitäler überschritten werden“, sagte Ludwig.

Die Abschaffung wurde vom [Pressesprecher Hackers](#) damit begründet, dass keine Gefahr mehr bestehen würde, dass die Spitäler überlastet sein würden. Kein Wort zu Long Covid.

## Was war die Folge?



Infektionswellen 2022 bis Mitte 2023 laut [Wiener Abwassermanagement](#), rot markiert die Woche, in der die Abschaffung der Maskenpflicht per Ende Februar 2023 angekündigt wurde.

Die Stadtregierung wusste also, dass die Infektionszahlen noch weiter steigen werden, schaffte aber mitten in die Welle hinein Schutzmaßnahmen ab. Es gab nicht einmal Empfehlungen, weiterhin Maske zu tragen.

**Fazit:** Der „Wiener Sonderweg“ war gar keiner. Es ging auch dem roten Bürgermeister von Beginn an darum, die Spitäler vor Überlastung zu schützen, wohlwissend, dass auch aus den Bundesländern Patienten etwa ins AKH transferiert würden. Die Äußerungen von Hacker waren von Beginn an klar: Das Virus sei eine Naturgewalt, die Pandemie selbst könne man nicht verhindern, sondern nur die Kurve abflachen. Als die Maskenpflicht mitten in einer Infektionswelle fiel, wo neben Corona auch noch Influenzaviren aktiv waren, wurde deutlich: Spitalskapazitäten waren der Fokus, statt etwa Impfkampagnen in den Schulen zu starten, um jene zu schützen, bei denen die Durchimpfungsrate noch am geringsten war, bevor man alle Maßnahmen aufhob.

Betroffene und Spezialisten haben mehrfach darauf hingewiesen, dass man Spätfolgen berücksichtigen müsse. Trotzdem kam [wienweit 2023 die Schließung von Longcovid-Ambulanzen](#) – trotz [Aufnahmestopp und bekannter Überlastung](#). Der Wiener Gesundheitsverbund, welcher der Stadt Wien unterstellt ist, nahm dabei eine [unrühmliche Rolle](#) ein.

## Reparaturmedizin reicht nicht

Die angekündigte Unterstützung der Forschung ist natürlich wichtig, ebenso wie das kürzlich gegründete [Referenzzentrum für postvirale Syndrom](#), das von Kathrin Hoffmann und Eva Untersmayr-Elsenhuber geleitet wird. Beide ersetzen aber **praktische Anlaufstellen für Betroffene** nicht! Sprich, Akademiker und praktische Ärzte können und sollen sich natürlich den Kopf darüber zerbrechen, welche Risikofaktoren es für MECFS/Long Covid gibt, aber die Patienten sind bereits vorhanden und werden jährlich mehr – und die brauchen JETZT Fachärzte, die sich insbesonderen mit PEM-Symptomatik auskennen, das heißt, KEINE sportliche Rehabilitation, sondern das Gegenteil – nicht überanstrengen, unter der Belastungsgrenze bleiben, um keine dauerhafte Verschlechterung zu risikieren.

„Jedes Einzelschicksal ist ein schreckliches“

*Bürgermeister Ludwig bei der Pressekonferenz (Oktober 2024)*

Ich möchte dazu ein Zitat von Gesundheitsminister Anschober bei seiner Rücktrittsrede bringen:

„Und wir haben ein Phänomen, das in Österreich noch viel zu wenig Thema ist, und das Ziel dieser Woche war eigentlich gewesen, es zum Thema zu machen, sichtbar zu machen, und Maßnahmen einzuleiten, das ist: Long COVID. Das sind viele, viele, viele Betroffene, die vielfach nur leicht betroffen sind am Beginn und dann nach Monaten doch sehr sehr gravierende Spätfolgen und Probleme haben. Britische Studien gehen von 10% Infizierten aus, die von LongCOVID betroffen sein werden, und ich denke, wir müssen in der österreichischen Gesundheitspolitik dieser Gruppe in der Bevölkerung alle Möglichkeiten, die es braucht geben, was Betreuung betrifft, was Anerkennung als Krankheit betrifft, und vieles andere mehr, und deswegen warne ich davor, dass ein Gefühl entstehen könnte, dass man dann, wenn die Risikogruppen und ältere Mitbürger und Mitbürgerinnen durchgeimpft sind, dass man dann zu rasch öffnen könnte. **Es geht um jeden einzelnen Infektionsfall, der vermieden werden muss.**“

[Rücktrittsrede vom 13. April 2021](#)

Nun gab es natürlich schon viele tausend Fälle vor der Pandemie, also nicht durch SARS-CoV2, sondern großteils durch andere Viren verursacht. Und man kann jetzt lang und breit Risikofaktoren erforschen, was zweifellos wichtig ist.

**Der größte Risikofaktor ist jedoch eine Infektion** – das wissen wir jetzt schon, und eine **Reinfektion** kann zu Verschlechterungen führen ([Qin et al. 2024](#)) bzw. LongCovid verlängern ([Foppiani et al. 2024](#)). Das ist altersunabhängig der Fall, wie eine [Befragung von Betroffenen](#) gezeigt hat. auch „normale Erkältungsviren“ können [Rückfälle](#) auslösen.

Die Leiden der Betroffenen würden dabei nicht immer ernst genommen. „Leider gibt es eine gewisse Stigmatisierung der Menschen.“

Oswald Wagner, Vizerektor der medUni Wien (Oktober 2024)

Oswald Wagner hat u.a. Ex-Bundeskanzler Kurz (ÖVP) in der Akutphase der Pandemie beraten. Im Juni 2021 ging er davon aus, dass *genug Impfstoff für für alle Impfwilligen – gemeinsam mit den Genesenen am Ende eine Herdenimmunität entstehen ließen*. (Pressekonferenz 17.6.21). Zu diesem Zeitpunkt war schon seit Monaten klar, dass eine Herdenimmunität bei SARS-CoV2 nicht mehr möglich ist. Er unterschätzte – gemeinsam mit Virologin Redlberger-Fritz – auch die Höhe der Herbstwelle, wohl aus demselben Grund, denn die Impfrate blieb im Impfskeptiker- und Esoterikland Österreich bei rund 65% stehen, und Delta war eben deutlich infektiöser und unterlief auch die zweifache Impfung.

“Wenn vulnerable Gruppen geimpft sind, wird Covid19 den “Schrecken verlieren” und zu einer “normalen” Erkrankung.”

*Oswald Wagner am 17. Jänner 2021 [in der Pressekonferenz mit bundeskanzler kurz](#)*

## Alles hängt zusammen – und das Zauberwort heißt Prävention

Rückblickend betrachtet auf die vergangenen fünf Jahre haben wir also eine Wiener Stadtregierung, die sich entschieden hat, LongCovid zu ignorieren, weil es nicht populär gewesen wäre, zumindest Empfehlungen für Maske tragen aufrechtzuerhalten, als die Zeit der Abschaffung aller Schutzmaßnahmen gekommen ist. Es kann mir niemand sagen, dass von Ludwig über Hacker bis zu seinem Pressesprecher keiner je von LongCovid gehört hat bis zum gestrigen Presse-Statement. MECFS ist in den letzten Jahren häufig im Zusammenhang mit Long Covid gefallen, [weil es beim Subtyp mit PEM große Überschneidungen gibt](#).

Wien hätte schon früher mit der Vorreiterrolle beginnen können – etwa damit, entgegen dem landesweiten Trend 2023, keine LongCovid-Ambulanzen zu schließen, sondern im Gegenteil finanzielle Mittel bereitzustellen, diese weiter auszubauen. Vizerektor Wagner hat in der Akutphase der Pandemie das Prinzip Durchseuchung, um Herdenimmunität zu erreichen, als Berater der Bundesregierung aktiv unterstützt. Er selbst hat keine Kinder, wie er zugab, aber die hab ich auch nicht. Trotzdem war ich schon lange vor ihm so gut informiert, um zu wissen, dass die Durchseuchung der Kinder ein schwerer Fehler ist, wenn man bedenkt, wie viele Kinder heute an Long Covid leiden (aktuelle Studien: [Miller et al. 2024](#), [Toepfner et al. 2024](#), [Camporesi et al. 2024](#), Studien aber schon viel länger bekannt, [siehe Übersichtsseite](#)).

Ob MECFS schon länger besteht oder erst seit der Pandemie, ob es LongCovid-Symptome ohne PEM sind, oder allgemein ein geschwächtes Immunsystem, wo sich zusätzliche Infektionen schwerwiegend auswirken können – Prävention hilft.

Prävention bedeutet, und das kann man nicht anders formulieren, ohne dass sich betroffene Berufsgruppen provoziert fühlen, wieder eine Maskenpflicht im Gesundheitswesen einzuführen – so wie es zur Krankenhausthygiene gehört, sich regelmäßig die Hände zu desinfizieren. Das ist die Lehre aus der Pandemie, das ist das neu erlernte Wissen: Mit meiner Maske schütze ich die Patienten doppelt – davor, dass sie sich bei mir infizieren (Stichwort: Präsentismus – „[Der Doktor ist \(niemals\) krank](#)“,, „[Wir sind viel zu selten krank](#)“), aber auch, dass ich oder mein Personal selbst ausfallen, und die Patienten unversorgt sind. Prävention heißt, saubere Luft zur obersten Priorität zu machen, also Lüften und Luftreiniger, moderne Lüftungsanlagen, CO2-Messungen, aber um das zu erreichen, muss zuerst aufgeklärt werden,

dass man keine Infektionen braucht, um das Immunsystem zu trainieren, weder als Erwachsene und schon gar nicht als Kinder. Prävention bedeutet, dass man Immunitätslücken, die durch die Pandemie entstanden sind, durch Impfungen auffüllt, und nicht da, wo es verhinderbar ist, durch Infektionen hinnimmt. Es braucht also eine Kampagne, um Desinformation zu bekämpfen – auch das ist Prävention mit Weitblick, dann hätte man die allgemein zunehmende Impfskepsis verhindern können.

Prävention ist schließlich überlebenswichtig und muss zeitgleich zur Forschung und Behandlung vorangetrieben werden, damit die jetzigen LongCovid und MECFS-Patienten eine reelle Chance haben, den status quo zu halten bzw. ihre Lebensqualität dauerhaft zu verbessern. Das betrifft „leichter Betroffene“, die noch arbeiten können ebenso wie Hausgebundene oder Bettlägerige, die von Angehörigen gepflegt werden müssen. Diese dürfen sich keinesfalls anstecken, einerseits nicht, um die Betroffenen zu gefährden, andererseits, um selbst nicht pflegebedürftig zu werden. Ein wesentlicher Infektionsüberträger sind dabei Kinder durch Kindergärten und Schulen ([Edward Goldstein 2022, Temte et al. 2023, Jolley et al. 2024](#), weshalb dort Prävention ansetzen muss. Ein guter Ansprechpartner dafür ist die [Initiative für Gesundes Österreich \(IGÖ\)](#).

## Vorsicht vor aktivierender Reha!

Etwas zynisch klingt der [Titel eines Berichts über LongCovid in den Salzburger Nachrichten](#) vom 21.10.24. Betroffene FÜHLEN sich nicht unversorgt, sie SIND unversorgt.

Dass dem Land Salzburg die schlechte Versorgungslage nicht bekannt ist, ist eher unwahrscheinlich – [bereits im Juni gab es einen Bericht der SN](#), wo aus der einzigen LongCovid-Ambulanz des Landes, Zell am See, von einer großen Nachfrage berichtet wurde. Sie hat aber nur eine Stunde pro Woche geöffnet. „*Betroffene werden auf der Abteilung für Innere Medizin abgeklärt und behandelt. Eine Abteilung für Kinder und Jugendheilkunde gibt es nicht.*“ (Auskunft der Pflegedirektorin des Tauernklinikum per E-Mail, 10.08.23).

Das Land Salzburg hat schon geprüft, ob es eine [Koordinierungsstelle für postvirale Krankheiten](#) (ursprünglich: Spezialambulanz) geben soll – die Antwort von Gesundheitslandesrätin Daniela Gutschi (ÖVP) war: „**Kein Bedarf**,“. Dabei würde es dafür sogar Geld vom Bund für die Länder geben.

Im neuesten Artikel von Anton Prlić (danke dafür!) wird explizit erwähnt, dass „klassische sportliche Rehabilitationsprogramme“ bei PEM kontraproduktiv seien. Trotzdem hat Gutschi die Chuzpe zu behaupten, dass die Versorgung im Bundesland „sehr wohl“ gegeben sei. Patienten würden über die Hausärzte an weitere Spezialisten verwiesen. „*Bei den medizinischen Trainingstherapien gebe es auch keine Wartezeiten,*“.

Einige Anlaufstelle für „Long Covid Reha“ in Salzburg ist das [Institut für präventive und rehabilitative Sportmedizin von Josef Niebauer](#), das vor allem aktivierende Reha anbietet, also das, was zu einer Zustandsverschlechterung führt, wenn PEM vorliegt. Deswegen ist die Differenzierung von Long Covid in „mit PEM/ohne PEM“ so wichtig.

Ein [Interview mit Niebauer vom 19.01.2021](#) zeigt, dass es hier vor allem um Patienten geht, die nach der Infektion mit Herz- oder Lungenproblemen zu kämpfen haben und die sich durch körperliches Training verbessern oder zumindest so scheinen (ob es den Patienten dann nach der Reha schlechter geht als vorher, bleibt unklar). Am Ende des Interviews geht es explizit

um Spitalpatienten. Niebauer empfiehlt „Trainingstherapie oder Reha“ für jeden, der merkt, dass er nach der Infektion nicht wieder fit wird. Hoffentlich hat er sich bis heute fortgebildet.

**Fazit:** Die LongCovid/MECFS-Patienten in Salzburg SIND unversorgt. Es gibt nur eine Anlaufstelle in Zell am See – zu weit für Betroffene in den anderen Gauen von Salzburg. Die ÖVP streitet den gegebenen Bedarf an Spezialambulanzen ab. Die angebotene „Trainingstherapie“ ist für MECFS-Betroffene (Leitsymptom: PEM), aber auch bei Long Covid mit PEM kontraproduktiv und kann zu einer dauerhaften Verschlechterung der Lebensqualität bis zur Todesfolge führen.

Möge Wien diesen Fehler nicht ebenfalls begehen – ich schiele dabei besonders auf die Österreichische Gesellschaft für Neurologie und den Wiener Gesundheitsverbund, die sich bisher nicht nur übertrieben hohe Kompetenz und Sensibilität beim Thema postvirale Erkrankungen hervorgetan haben.

## Warum man mehr als Überschriften lesen sollte

[Oktober 26, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)

Diese Kritik richtet sich jetzt ausdrücklich (auch) an „Team Vorsicht“, das keine homogene Gruppe ist, sondern aus Menschen besteht, die aus den unterschiedlichsten Gründen eine (weitere) Infektion vermeiden wollen. Sie haben einen sehr heterogenen Wissensstand, vom Laien bis zur praktizierenden Ärztin oder Forscher. Ich zähle mich da selbst hinzu. Mein Anspruch ist bis heute, wissenschaftlich korrekt zu argumentieren und sich so von „Team Wissenschaftsleugnung“ abzugrenzen, die von wissenschaftlichen Methoden keine Ahnung haben und vor allem nachplappern, was in ihrer *Blase* gerade en vogue ist. Das kann und sollte auch dazu führen, nicht nur die Überschrift eines Artikels zu lesen, der einem in die eigene *Agenda* passt, sondern bis zum Schluss zu lesen und sich zu überlegen, ob ein uninformer Laie den Text so interpretieren wird wie man selbst – oder verwirrt bis desinformiert zurückgelassen wird.

Wir warnen vor Reinfektionen mit SARS-CoV2, aber auch vor Erstinfektionen bei Säuglingen und Kleinkindern, weil das Virus weiterhin gefährlicher als eine Influenzagrippe ist und die Langzeitfolgen vielschichtig und leider vielfach noch unheilbar sind. Der genaue Prozentsatz der Langzeitfolgen-Betroffenen ist Gegenstand intensiver Forschung und hängt von der Definition von LongCovid, aber auch Studienmethodik, Confoundern, etc ab, ist jedenfalls nicht trivial zu bestimmen. Ebenso gibt es längst Konsens, dass SARS-CoV2 das Immunsystem schwächt – unklar ist aber die Dauer und allgemeine Häufigkeit. Ich maße mir als Nichtimmunologe nicht an, die Methodik der Studien und ihre Interpretation zu bewerten – das ist hochkomplex.

## Wiener Zeitung: Warum man nach Corona leichter krank wird (13. Oktober 2024)

[Link zum Artikel](#)

## **Schädigt Sars-CoV-2 das Immunsystem? Die Antwort ist ja, eine Infektion mit dem Coronavirus kann das Immunsystem beeinflussen. Aber die Impfung hilft.**

Das geht aus dem Artikel nicht hervor, dass und ob die Impfung hilft. Sie verhindert vielfach die Beteiligung der Lunge und schwere Verläufe mit Hospitalisierung, wie weiter unten im Text ausgeführt wurde.

Corona-Infizierte können jedoch auch nach mehrfacher Impfung immer noch ordentlich krank sein („milder Verlauf“) und eine Zeit lang anfälliger für Infekte. Das kann nur eine Follow-Up-Studie zur genannten Studie klären.

**Allein in der ersten Oktoberwoche waren bei der Österreichischen Gesundheitskasse 287.244 Personen krankgemeldet, davon 87.584 mit gripalen Infekten, 408 mit Influenza und 13.618 mit Covid-19.**

Da ist wichtig zu erwähnen, dass es keine Meldepflicht mehr gibt und Corona deutlich untererfasst ist, weil die Tests nicht mehr gratis sein. Von den gripalen Infekten dürften also einige mehr Corona sein.

**Und wer sich nach Covid-19 mit einer schweren Krankheit, wie Pneumokokken oder den Masern, ansteckt, könne sogar über Monate mit einer Immunschwäche zu kämpfen haben, da die Antikörper, konkret die B-Zellen, herabgesetzt blieben.**

Masern führen per se bereits zu einer Schwächung des Immunsystems (Depletion der Gedächtnis B-Zellen) – **das hat aber nichts mit einer vorherigen Corona-Infektion zu tun**. Was ist die Quelle für die Aussage, dass es nach einer Infektion eine weitere Viruserkrankung braucht, ehe das Immunsystem über Monate hinweg geschwächt ist?

**Durch Infektion und Impfung bauen gesunde Menschen einen immer schlagkräftigeren Immunschutz auf.**

Es ist nicht das Ziel, sich durch Hybrid-Immunität einen guten Immunschutz aufzubauen, weil man Virusinfektionen grundsätzlich meiden sollten ([siehe Lancet Editorial 2022](#)).

Daher gibt es auch die jährliche Auffrischimpfung etwa bei Influenza. Nicht mit dem Ziel, sich danach zu anstecken, sondern im Fall einer Ansteckung besser geschützt zu sein. Daher ist es schade, dass im Artikel Prävention nicht erwähnt wird. Denn der Impfschutz wirkt umso besser, je geringer die Viruslast bei Ansteckung ist – „leaky immunity“ (siehe [Lind et al. 2023](#)).

**Die derzeit kursierenden Corona-Varianten, die unter dem Namen FLiRT zusammengefasst werden, gehen mit Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Fieber oder Schüttelfrost, Husten und Schnupfen, aber auch Bauchgrummeln oder Sodbrennen einher.**

Diese Varianten zirkulieren schon länger nicht mehr. Aktuell dominiert die Virusvariante KP.3, die die Mutation R456T nicht mehr enthält, sowie mit wachsendem Anteil die Rekombinante XEC (KS.1.1+KP.3.3). Die akute Symptomatik ist übrigens variantenunabhängig gleichgeblieben.

**Fazit:** Dieser Artikel wurde zahlreich und unkritisch geteilt, obwohl das mit Masern hier falsch ist und die Hybrid-Immunität hier wohlwollend erwähnt wird. Leider haben die AutorInnen auf mein Feedback nicht reagiert, daher steht es jetzt hier im Blogtext.

## N-TV: Warum man nach Corona anfällig für andere Infektionen ist (24.10.24)

[Link zum Artikel](#)

Der NTV-Artikel bedient sich zu Beginn der Aussagen des Wiener-Zeitung-Artikels, inklusive der Falschaussage zu den Masern. Später wird zutreffend gesagt, dass „Immunsystem trainieren“ eine unbewiesene Hypothese sei.

„Das Immunsystem ist nicht so wie ein Muskel, der, wenn man ihn lange Zeit nicht braucht, dann irgendwie weniger gut funktionieren würde.“ wird Carsten Watzl zitiert. Der sich danach aber unglücklich ausdrückt, denn ...

„Es ist so, dass wir bei einigen Infekten oder einigen Erregern unsere Immunität regelmäßig aufrischen müssen, und danach wieder ein paar Jahre geschützt sind,“

Was bedeutet das anderes als Infektionen zu „brauchen“, um gegen Infektionen geschützt zu sein? Wir können diese Infektionen auch einfach auslassen, denn es gibt nur wenige Erreger, die langlebige Immunität erzeugen – und meistens gibt es eine Impfung dagegen, die vorzuziehen ist (z.B. Masern oder Keuchhusten). Wie Isabella Eckerle einmal treffend formulierte (sinngemäß): *Es gibt kein Immunschuldkonto, in das wir Infektionen einzahlen müssen. Am Ende des Jahres sind wir einfach weniger krank.*

*Schon gar nicht würde Covid-19 das Immunsystem wie HIV zerstören, sagte die Wiener Molekularbiologin Sylvia Kerschbaum-Gruber der österreichischen Zeitung „[Der Standard](#)“. Wäre dies der Fall, gäbe es keine Hybridimmunität aus Impfung und Infektion, die am besten vor einem schweren Verlauf schütze.*

Hybrid-Immunität schützt vielleicht am besten vor einem schweren Verlauf, aber nicht von Long Covid, da Reinfektionen langfristig problematisch sind. Das Interview im STANDARD wurde im Februar 2023 geführt, da hatten viele Menschen erst eine oder zwei Durchbruchsinfectionen hinter sich. Der dort zitierte Review ([Bobrovitz et al. 2023](#)) betrachtet nur den Schutz vor Infektion und schwere Verläufe, nicht vor Long Covid. Die [Studien zu Reinfektionen](#) sind erst die letzten Jahre umfangreicher geworden.

Im STANDARD sagte sie übrigens auch:

*Sie persönlich geht davon aus, dass das Immunsystem monatelang mit den Folgen beschäftigt ist, wenn die Infektion so schwer war, dass man sie zumindest bemerkt hat. „Es muss ja sozusagen auch die Aufräumarbeiten erledigen. Wir wissen ja, dass Covid verschiedene Organe infizieren kann. Die nachfolgenden Reparaturarbeiten werden auch von verschiedenen Immunzelltypen reguliert.“*

Weiter unten differenziert sie aber klar zwischen „normaler Immunreaktion“ und Zerstörung des Immunsystems wie bei HIV, sodass man auch an normalen Infekten sterben kann – etwas,

was bei SARS-CoV2 nicht beobachtet wird. Ebenso geht sie dort auf Long Covid ein und dass hier das Immunsystem länger anfällig sein kann.

Im NTV-Artikel wird zuletzt Emanuel Wyler zitiert mit ...

*„Auf einer Skala, auf der ein Rhinovirus kaum bis keinen Schaden am Immunsystem anrichtet und HIV es komplett zerstört, würde ich SARS-CoV-2 – jetzt, da die meisten Menschen gegen das Virus geimpft, davon genesen oder beides sind – irgendwo in der Mitte verorten.“*

Auch dieses Interview wurde im Februar 2023 geführt. Zwar ist ein Teil geimpft, aber das schon ist schon länger her, die Impfraten sind zum Weinen niedrig. Kinder sind großteils ungeimpft, aber schon etliche Male reinfiziert worden. Seine heutige Einschätzung wäre daher interessanter und aktueller.

**Fazit:** In beiden Artikeln ging es um eine Langzeitfolge von Covid, die sich auf die Infektanfälligkeit bezog. Wenn nun aber von der *effektiven Hybrid-Immunität* die Rede ist, darf man nicht vergessen, dass hier die Folge von **Reinfektionen** und **LongCovid** nicht eingepreist wurden.

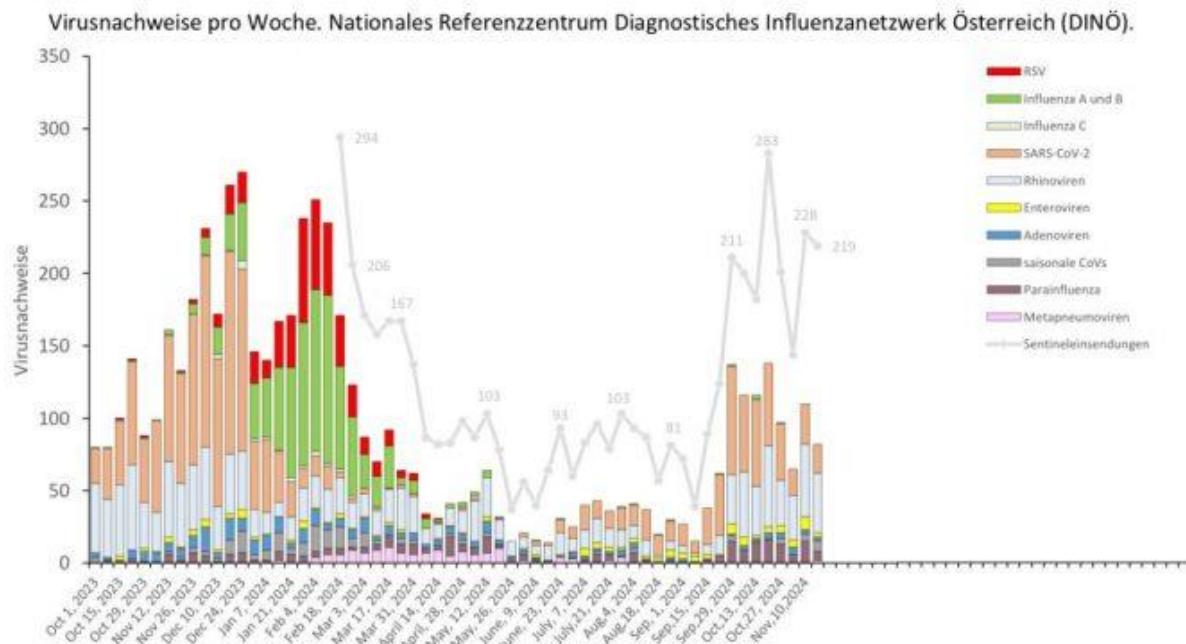
Daher sollte man Infektionen **generell eher vermeiden**. Insbesondere weiß man mit endemischem SARS-CoV2, das ganzjährig zirkuliert, schlicht nicht, ob man das harmlose oder das gefährliche Virus erwischt hat. Früher beschränkte sich das Risiko potentiell schwerwiegender Virusinfektionen auf wenige Monate im Winter (RSV, Influenza), während gewöhnliche Erkältungsviren (Rhinoviren, humane Coronaviren, Parainfluenza) meist besser weggesteckt werden – außer im Kindesalter, wo es später im Erwachsenenalter chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen auslösen kann, aber auch da sind die Erkenntnisse erst die letzten 10-20 Jahre da.

Schließlich wird manchmal so getan, als sei die LongCovid-Gruppe eine vernachlässigungsbare Minderheit und die Mehrzahl der Bevölkerung gesund, aber 10-20% LongCovid-Anteil betrifft hunderte Millionen Menschen weltweit und durch Reinfektionen wächst ihre Zahl stetig weiter an. Sie sind mitten in der Gesellschaft unter uns und verdienen Schutz und Teilhabe zugleich.

## **SARS-CoV2 im Abstieg, H5N1-Pandemie ante portas?**

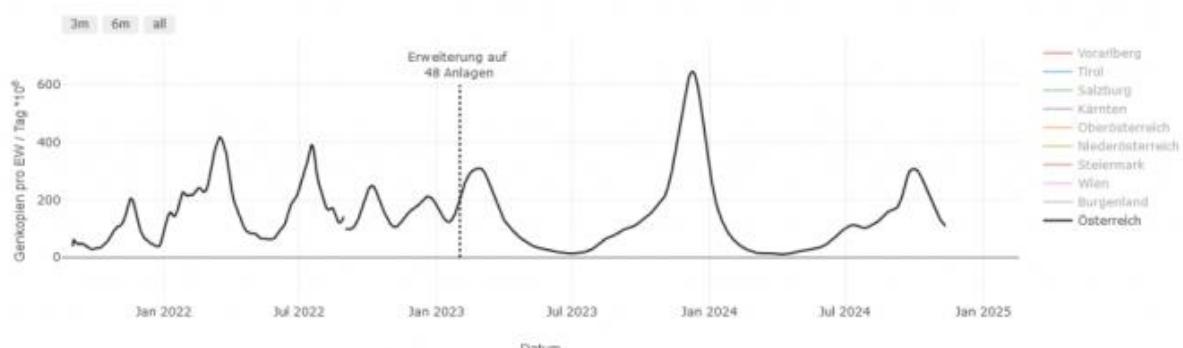
[November 17, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)

Aktualisiert: 15.11.2024



Aktuelle Sentineldaten aus Österreich von Virologin Judith Aberle: SARS-CoV2 geht deutlich zurück, Rhinoviren dominieren. Weiterhin kaum Influenza.

Nach dem Trump-Schock und dem Massenexodus von Twitter hab ich eine Pause gebraucht. Es hat sich ohnehin wenig getan bei der Virusentwicklung in den letzten Wochen und das ist zweifellos erfreulich:



Aktuelle Abwasserdaten aus Österreich (Stand: 12. November 2024)

Entgegen der Annahme/Behauptung vieler sogenannter Experten, dass die kalte Witterung die Infektionswelle antreiben würde, sinken die Infektionszahlen derzeit deutlich.

Mein Bauchgefühl vom 6. September hat mich also nicht getrogen, damals äußerte ich auf X:

 **InViennaVeritas** 🔒 @yousitonmyspot · 6. Sep. \*\*\*  
Antwort an @yousitonmyspot  
Ich wäre nicht überrascht, wenn die Infektionszahlen im Oktober wieder sinken, weil vorerst keine neue Variante unmittelbar nachfolgt. Also gerade dann, "wenn es kälter" wird - weil, zum 150. Mal, die Wellen durch neue Varianten und nachlassende Immunität getrieben werden.

Das ist genau so eingetroffen: Nach XEC kommt vorerst keine neue Variante nach, die sich signifikant von den Vorgängervarianten unterscheidet. XEX wiederum unterschied sich nur durch die Spike-Mutationen F59S und T22N von KP.3.1.1. und anderen S31del-Varianten. Zwar ist mit XEC signifikante Immunflucht und erhöhte Infektiösität verbunden ([Liu et al. 2024 preprint](#), [Kaku et al. 2024](#)), aber das sind erstens Pseudovirusdaten, zweitens ist da die Bevölkerungsmimmunität nicht berücksichtigt, die sich durch Impfung und Infektion gegen neue Varianten aufgebaut hat. Deswegen hebt XEC nicht wie JN.1 ab, sondern hat die aktuelle Welle allenfalls etwas gestreckt oder verstärkt. Es gibt zwar ein paar Abkömmlinge von XEC oder KP.3.1.1, aber keiner davon schaut derzeit nach einem deutlichen Gewinner aus.

Spekulativ wird sich der Abwärtstrend also fortsetzen und die Influenzaviren, RS-Viren und saisonale Coronaviren das Ruder übernehmen. Rhinoviren sind unverändert zahlreich unterwegs, aber davon gibt es auch über 100 Subtypen und keine Kreuzimmunität. Eine wichtige Einschränkung bleibt aber: SARS-CoV2 ist nicht weg, selbst wenn die Zirkulation gerade deutlich abnimmt. Es stecken sich immer noch viele an, insbesondere wenn die letzte Auffrischimpfung oder die letzte Infektion eine Weile her ist.

## Vogelgrippe

Ich wollte hier eigentlich kein zweites Fass **Pandemie** aufmachen, weil das sonst ein Vollzeitjob wird. Vor kurzem gab es den [ersten H5N1-Fall mit schwerem Verlauf bei einem Teenager](#) in British Columbia, Kanada. Dieser hatte keine Vorerkrankungen und bekam nach anfänglicher Bindegewebstzündung, gefolgt von Fieber und Husten schwere Atemnot und musste am 8. November auf die Intensivstation. Am 13. November wurde der Genotyp identifiziert (Influenza A (H5N1), clade 2.3.4.4b, genotype D1.1), der bisher eher milde Verläufe verursacht hat.

Noch genauer wurde eine Mutation am Rest 226 festgestellt, was schlechte Neuigkeiten sind, weil dort die **Bindung an menschliche Rezeptoren** bereits durch einzelne Mutationen erheblich erhöht wird ([Dadonaite et al. 2024](#)).

Die besagte Sequenz ist sowohl an den Stellen **Q226** als auch **E190** (H3-Nummerierung) mehrdeutig. Beide spielen eine wichtige Rolle bei der Bindungsspezifität der N-Acetylneuraminsäure (NANA). Influenza- und Parainfluenzaviren bilden Hämagglutinin, das als Rezeptor für NANA dient.

Derweil zirkuliert H5N1 noch überwiegend in Rindern („cattle outbreak“), aber es gibt auch etliche Nachweise in anderen Säugetieren und auch menschliche Fälle. Beunruhigend war ein gemeldeter Fall bei einem Schwein am 30. Oktober 2024 auf einem Bauernhof in Oregon, da Schweine auch für die menschliche Influenza empfänglich sind. Wenn zwei verschiedene Influenzaviren einen Wirtsorganismus betreffen, kann es zu einer Austausch von RNA-Segmenten kommen, sodass eine genetisch veränderte Virusvariante erzeugt wird, gegen die Menschen noch keine Antikörper gebildet haben. Es wird vermutet, dass diese „genetischen Reassortments“ die 2009er Pandemie ausgelöst haben. Bei diesem Fall wurden keine gefährlichen Mutationen festgestellt, aber dass sich Schweine bereits infizieren können, ist trotzdem beunruhigend (Quelle: [CDC-Bericht](#), 04-11-24).

Bisher scheint es noch nicht zu einer Übertragung von Mensch zu Mensch zu kommen, aber es scheint angesichts der künftigen US-Regierung eine Frage der (kurzen) Zeit, bis sich das Vogelgrippe-Virus noch besser an den Menschen anpassen kann.

Unterdessen ist auch Österreich seit 8.11. Risikogebiet für die Vogelgrippe (H5N1) geworden.

## Facts...

- Der Rinderausbruch in den USA geht auf den Genotyp clade 2.3.4.4b genotype **B3.13** zurück (Quelle: [Health Security Agency](#), 24.10.24), der bisher nur in den USA zirkuliert. Bei Menschen wurde eine Mutation (PB2 E627K) beobachtet, von der man weiß, dass sie mit viraler Anpassung an menschliche Wirte verbunden ist.
- Der Teenager-Fall in Kanada geht auf 2.3.4.4b **D1.1** zurück, stammt also direkt von den Vögeln ab.
- Es gibt derzeit bei Rindern in Kanada keine Fälle von Vogelgrippe, über die eine Übertragung durch Kontakt oder über Rohmilchprodukte hätte erfolgen können (Quelle: [Public Health Agency of Canada](#), 13.11.24).
- Das Vogelgrippe-Virus in Österreich, das überwiegend Wildvögel und bei engem Kontakt auch Massenvogelhaltung betrifft, hat den Genotyp **DE-24-03-N1.1\_euDI**.
- Eine Dimension wie in den USA wäre bei uns nicht vorstellbar, weil bei uns Rohmilch nur pasteurisiert verkauft wird, außer Direktverkauf am Bauernhof, aber eigentlich sollte man überhaupt keine Rohmilch konsumieren.

In Summe sind die Virologen und Infektiologen bereits tief beunruhigt, speziell, weil nun im Winter sowohl Influenza als auch Vogel-Influenza ko-zirkulieren, und so etwa in Schweinen leichter diese „genetic reassortments“ passieren können. Zudem sind die anfänglichen Symptome ähnlich zu „normalen“ grippalen Virusinfekten, und bei milden Verläufen schaut man vielleicht nicht genauer hin.

Soweit der vorläufige Stand – ggf. aktualisiere ich hier noch einmal.

Befürchtungen von Virologin Angela Rasmussen (11.11.24):

Sie sieht keine unmittelbare Pandemiegefahr und vermutet eine direkte Übertragung von einem Vogel oder einem anderen Tier auf das Kind in Kanada. Wenngleich nicht in Kanada, hätte es die letzten drei Jahre immer wieder H5N1-Fälle gegeben, aber keine Mensch-zu-Mensch-Übertragung. Übersprünge auf den Menschen treten aber zunehmend auf, wenn die Gelegenheiten passend sind, wie in der Rinder- oder Geflügelzucht. Eine kürzliche Studie zeigte, dass 7% der Mitarbeiter von Rinderbetrieben Antikörper hatten. Die Hälfte erinnerte sich an Symptome. Das bedeutet, hunderte infizierte Farmen quer über Amerika und keiner bemerkte es ([Mellis et al. 2024](#)). Ohne es zu wissen, kann sich der infizierte Arbeiter nicht isolieren und das Virus so verbreiten. Gleichzeitig herrschen starke Befürchtungen der betroffenen Arbeiter, Krankenstände nicht zu melden.

Influenza ist ein segmentiertes RNA-Virus, das schneller mutiert und sich rasch an einen neuen Wirt anpassen kann. Es kann sich rasch mit anderen Viren paaren (reassort), und so schnell von einer saisonalen oder epidemischen Fähigkeit zu einer Pandemie werden. In der Grippezeit steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein menschlicher Wirt mit beiden Viren infiziert ist.

Bisher gibt es nur begrenzt Tests bei Arbeitern, es wird nicht einmal jede Kuh getestet. Mit der Übernahme durch Trump ab Jänner könnte alles noch viel schlimmer werden. Vielleicht ist der neue FDA-Chef ein Rohmilch-Enthusiast, der die Zahl der menschlichen Infektionen sprunghaft ansteigen lassen könnte. Zudem die versprochenen Massendeportationen – am

häufigsten würde das ausgerechnet jene Vieh- und Geflügelbetriebsarbeiter treffen, die das höchste Risiko für eine Infektion haben. Unter den zu erwartenden grausamen und unmenschlichen Abschiebebedingungen hätte das Virus dann ideale Bedingungen, um sich an den Menschen anzupassen und sich kontinentübergreifend zu verbreiten.

## Desinformation und Schweigen über SARS-CoV2 in Österreich

[Dezember 3, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)

### BEFORE YOU SHARE, THINK:

-  **WHO made it?**
-  **WHAT is the source?**
-  **WHERE did it come from?**
-  **WHY are you sharing this?**
-  **WHEN was it published?**



UN: Denke nach, bevor Du etwas teilst: Wer hat es gemacht? Was ist die Quelle? Wo kommt es her? Warum teilst Du das? Wann wurde es veröffentlicht?

Desinformation ist im Jahr 2024 eine Hydra geworden, bei der man sich entscheiden kann, entweder kontinuierlich zu widerlegen, was die wenigsten lesen („the first frame wins“), oder drauf zu schießen und selbst gut zu informieren. In der öffentlichen Wahrnehmung geschieht Desinformation nur von den Rändern der politischen Landschaft, aber tatsächlich ist sie schon

lange gesellschaftsfähig. Im deutschsprachigen Raum spielen Esoterik und nutzlose Medizin seit Jahrzehnten eine gewichtige Rolle. Homöopathie wurde nie hinterfragt, ebenso Osteopathie, orthomolekulare Medizin, Bioresonanz, Eigenblut- oder Stoßwellentherapie und diverse andere pseudomedizinische Therapien mit fragwürdigem Nutzen. Durch den Umgang mit der Pandemie wurden tragischerweise auch viele evidenzbasierte Werkzeuge und Therapien infragegestellt, etwa Impfungen bei Kindern, der Mythos Immunsystem trainieren mit der umstrittenen Hygiene-Hypothese, die Wirksamkeit von Masken gegen luftübertragene Infektionskrankheiten, aber auch die Notwendigkeit von Schutz der Patienten in Spitälern.

**Virologe Steininger:** „*Ein Leben wie vor der Pandemie wird es nicht mehr geben. Wir werden nicht mehr akzeptieren, dass jemand das Grippevirus in ein Krankenhaus trägt.*“ (DiePRESSE, 31.05.21)

Schlimmer, jetzt kümmert es niemanden mehr, wenn sich PatientInnen im Krankenhaus mit jedweder Infektionskrankheit anstecken. Die regelmäßigen Personalengpässe durch viele Krankenstände werden als naturgegebenes Schicksal hingenommen. Die Coronacluster auf Krebsstationen gehören jetzt dazu, aber Hauptsache, man darf seinen eigenen Luftreiniger nicht mitnehmen, weil es eine Keimschleuder sein würde (Verwechslung mit Umluft-Klimaanlagen).

„**You can't bring facts to a feelings fight.**“ ([McLoughlin et al. 2024](#))

ist eine düstere Schlussfolgerung, dass die aktuelle Welle der Desinformation und anti-wissenschaftlichen Parteienzuwächse und Regierungswechsel nicht mehr durch Faktenchecks und seriöse Berichterstattung alleine zu stoppen ist.

„*Der ideale Untertan der totalitären Herrschaft ist nicht der überzeugte Nazi oder der engagierte Kommunist, sondern Menschen, für die die Unterscheidung zwischen Fakt und Fiktion, wahr und falsch, nicht mehr existiert.*“ (Hanna Arendt)

Ich weiß auch kein Mittel dagegen, außer die Menschen dazu anzuregen, zu hinterfragen, woher ihre Informationen stammen. Es ist aber ein Wettkampf mit der Zeit, denn mit rechten Regierungen und Mediengleichschaltung wird es immer schwieriger, unabhängige Informationen anzubieten.

Stadt Wien mit großer Impfkampagne, aber ohne Covid

# Größte mobile Impfaktion Wiens

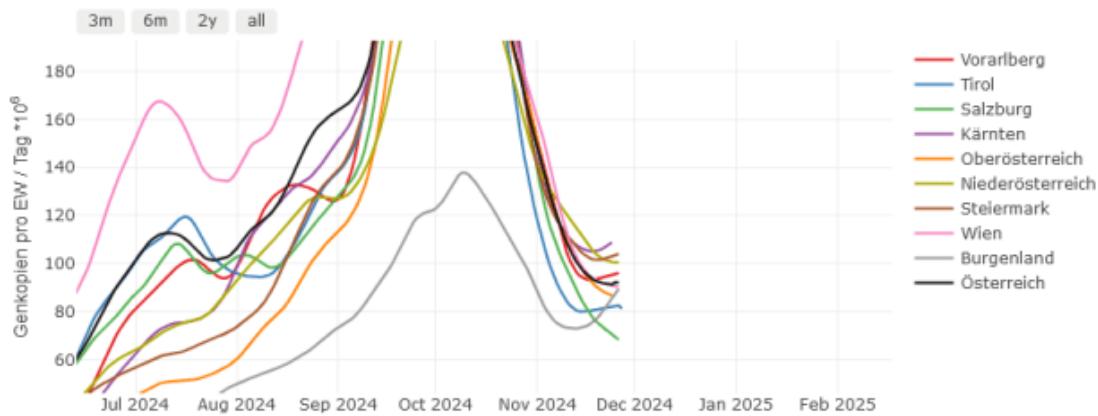
- An verschiedenen Standorten in eurer Nähe
- Impfungen gegen Grippe und HPV
- SARS-CoV2?



Ich dachte, ich sehe nicht Recht, als ich die [Werbung der Stadt Wien](#) auf Bluesky in meine Timeline bekam. Es wird gegen Influenza und HPV geimpft, aber SARS-CoV2 wird nirgends erwähnt – erst auf Nachfrage eines Users hieß es, dass stellenweise auch gegen Corona geimpft werden kann.

Ich erinnere an die [kürzliche öffentlich signalisierte Bereitschaft](#) der roten Stadtregierung, MECFS-Betroffene zu unterstützen – und wie ich das bereits in meinem Titel prophezeit habe, geschieht genau das: Reparaturmedizin soll unterstützt werden, aber keine Primärprävention – u.a. Corona-Infektionen verhindern und das Risiko für Spätfolgen senken, zu denen auch MECFS zählt. Das ist in sich nicht kongruent. Es erinnert an die Impfaktion in Niederösterreich, wo ebenfalls nur gegen Grippe, HPV (und Masern) geimpft wird, aber angeblich aus Platzgründen im Impfbus nicht gegen Corona – federfördernd hierfür ist die rote Gesundheitslandesrätin Königsberger Ludwig.

Machen wir der Bevölkerung doch bitte nichts vor: In Niederösterreich ist seit der rechtsextremen ÖVP-FPÖ-Landesregierung Werbung für die Corona-Impfung explizit verboten, in Wien scheißt sich die SPÖ wegen der Wahlen im Herbst 2025 bereits im vorauselenden Gehorsam in die Hosen. Weil alles der FPÖ nutzen würde, die – je länger Corona namentlich erwähnt wird, desto länger auf einen irrationalen „feelings fight“ setzen kann, doch wenn man jetzt schon FPÖ-Politik umsetzt, was soll dann das ganze Gefasel von FPÖ verhindern wollen? Denn die FPÖ-Politik, Impfungen generell schlechtzureden, kostet Menschenleben.



**Teilweise geringe Wiederanstiege bzw. Talsohle erreicht auf erhöhtem Niveau bei den [SARS-CoV2-Abwasserwerten](#), Stand 26/27.11.24**

Im Abwasser dominieren derzeit zu über 50% XEC und im Rest KP.3\*-Varianten, die also alle die Immun-Escape-Mutation S31del aufweisen, und so vorhergehender Immunität gegen XBB/JN.1 (Wellen 2023) effektiver entkommen können. Mit anderen Worten: Eine Auffrischimpfung mit den aktuellen Boostern JN.1 und KP.2 ist absolut sinnvoll und es erscheint widersinnig, Millionen Impfstoffe zu bestellen, aber sie dann nicht zu bewerben und viele Impfdosen wegzuwerfen. So wird mittelfristig die Impfrate weiter sinken, und noch weniger bestellt werden.

ORF Kärnten: Corona bei Kindern nicht einmal erwähnt

#### Bei Kindern und Jugendlichen:

- Große Beobachtungsstudie mit 10-19jährigen: Risiko für Typ-II-Diabetes um 58% erhöht ([Miller et al. 2024](#))
- Bei Kindern in **Schweden** wird ein **62%iger Anstieg von Diabetes** beobachtet, **daher empfiehlt man nun doch die Impfung**
- Anstieg bei **Typ-I und Typ-II-Diabetes** bei Kindern und Jugendlichen ([D'Souza et al. 2021](#), [Weiss et al. 2023](#)),
- erhöhtes Risiko für Herzerkrankungen und Diabetes ([Ockene et al. 2023](#))
- genetisch vorbelastete Kleinkinder mit deutlich erhöhtem Diabetes-Risiko ([Lugar et al. 2023](#)),
- auch nach Nachweis von Inselzellantikörpern im Blut (Vorstadium) häufiger Diabetes-1 ([Friedl et al. 2024](#))

Steigendes Diabetesrisiko bei Kindern und Jugendlichen durch SARS-CoV2 ([Originalquellen bei meinem neuen Long Covid-Blog, der noch im Aufbau ist](#))

Der [Beitrag](#) thematisiert lang und breit die steigenden Infektionszahlen bei Kindern, aber erst im letzten Absatz wird Corona erwähnt – wenn auch nicht im direkten Zusammenhang mit den Kindern und Jugendlichen. Auch der Kinder- und Jugendarzt Robert Birnbacher (LKH

Villach) erwähnt Corona nicht. Dabei ist seit langem bekannt, dass SARS-CoV2 Diabetes 1 und 2 auslösen kann. Die Impfung verringert auch das Risiko vor einer Typ 2 Diabetes nach der Infektion ([Kowall et al. 2023](#)). Der Großteil der Kinder ist jedoch heute ungeimpft und steckt sich dafür wiederholt an. Wie kann man das als seriöser Kinderarzt nicht einmal thematisieren wollen?

## Ö1-Beitrag zu Winterinfektionen, 28.11.24

Der Beitrag ist noch für kurze Zeit [nachhörbar](#) – befragt wurden Marcus Köller (Akutgeriatrie, Klinik Favoriten), Luzia Veletzky (Infektiologie MedUni Wien) und Christoph Wenisch (Infektiologie Klinik Favoriten).

Leider wurde im Beitrag nicht zwischen saisonalen Coronaviren und SARS-CoV2 unterschieden. Wenisch erläuterte das saisonale Maximum im Winter durch die Austrocknung der Schleimhaut, die an Dicke verliert und so die mechanische Anhaftung von Viren und Bakterien erleichtert (weswegen Schleimhäute befeuchten grundsätzlich sinnvoll ist), ebenso mehr Kontakte in Innenräumen und die Notwendigkeit, regelmäßig zu lüften. Außerdem würden wir jetzt – anders als in den ersten zwei Jahren nach der Pandemie – noch auf die Winterwelle warten. Das könnte an den Rhinoviren liegen. Bei der Infektion wird Interferon gebildet, das reicht nicht, um den Schnupfen wegzukriegen, aber um Corona zu verhindern (Anm.: siehe [Wu et al., 2020](#); [Greer et al. 2009](#), [Dee et al. 2021](#), [Cheemarla et al., 2021](#), [Deleveaux et al. 2023](#)).

Es wurde über schwere Verläufe und Vorerkrankungen geredet – Infektiologin Veletzky erwähnte, dass auch junge gesunde Patienten schwer erkranken können. Geriater Köller wies auf das Risiko von alten Menschen hin, die bei Bettlägerigkeit innerhalb von drei Tagen bereits 10% der relevanten Muskelmasse verlieren.

Wenisch informierte, dass die Multiplex-PCR-Tests, die über 30 verschiedene Viren und Bakterien erkennen können, nur dann angewendet werden, wenn es sich um schwere Verläufe und vorhandene Entzündungsmarker handelt. Bei postviralen Folgen sei etwa chronischer Husten bekannt, für das eine symptomatische Therapie notwendig sei. Post Covid wurde nicht erwähnt.

### Übertragung von Infektionskrankheiten

Wir nähern uns dem kritischen Punkt: Veletzky erklärt zutreffend, dass Flugzeuge ein großes Risiko darstellen sich anzustecken, insbesondere mit Influenza, aber es stimmt auch für SARS-CoV2 und RSV. Köller ergänzte, dass eine Studie gezeigt hätte, dass durch die Luftzirkulation im Flugzeug die hinteren Reihen ein höheres Risiko hätten. Wenisch meinte, die HEPA-Filter in Flugzeugen würden zu selten getauscht und die Luft sei irrsinnig trocken.

So weit so klar. Luftübertragung von Infektionskrankheiten steht da mehr oder weniger deutlich zwischen den Zeilen. Moderatorin und Wissenschaftsjournalistin Marlene Nowotny fragt nach, ob man eine Maske tragen soll.

Wenisch: *Das hält man acht Stunden lang kaum aus. Es würde ein Allerweltsmittel geben: Händedesinfektion. Das würde alle Infektionen um 11% reduzieren, hätte eine Studie gezeigt – er nennt aber keine Quellen (aus Infektiologenkreisen ist zu hören, dass es sich um eine Online-Fortbildung handelt). Bei Maske in Alltagssituationen sei das nicht gezeigt wurden, wunderbar gezeigt in Hochrisikosituationen.*

Das ist natürlich ein Blödsinn, natürlich hält man das acht Stunden aus – von welchen Flügen und Zugfahrten reden wir hier? Innerhalb von Österreich wohl kaum und sonst betrifft es wenige Langstreckenflüge pro Jahr oder Jahrzehnt je nach Geldbörserl. Vernunftgesteuertes und aufgeklärtes Gesundheitspersonal hält es täglich so lange aus, eine Maske im Umgang mit Patienten aufzusetzen. Außerdem – was sind schon 11% Reduktion? Und warum sollte Hände waschen und desinfizieren effektiv gegen airborne Übertragung helfen?!

Wenn wir von Alltagssituationen sprechen, meinen wir in der Regel überschaubare Zeiträume: Einkaufen, öffentliche Verkehrsmittel in der Stadt, Arztbesuche.

Nowotny hakt nach: Lichtschalter, Handlauf, Schmierinfektion? Wenisch: Desinfektion auf die Hände in einem sozialen Kontakt.

Meine Blogleser wissen:

Für **Tröpfchen- und Schmierinfektion** gibt es keine direkten Belege. Das Risiko, sich über kontaminierte Oberflächen zu infizieren, wurde anfangs übertrieben ([Goldman 2020](#)).

Schmierinfektion spielt nur eine geringe Rolle: [Mondelli et al. 2020](#), [Port et al. 2020](#), [Zhang et al. 2021](#), [Rocha et al. 2021](#), [Butot et al. 2022](#), [Zhang et al. 2022](#), [Pan et al. 2023](#), [Sammartino et al. 2023](#), [Matsui et al. 2024](#), [Lin et al. 2024](#)).

Zum Thema Krankenstand gab es ein paar wichtige Hinweise von allen:

Fieber sei ein Alarmzeichen, da würde er selbst mit Maske nicht arbeiten gehen, sagt Wenisch, aber ein fieberfreier Tag reicht und er schickt seine Kinder zurück in die Schule.

Dazu eine Anmerkung: Viele Infektionskrankheiten sind auch ohne Fieber hochansteckend oder nach Abklingen des Fiebers noch ansteckend. Wenisch selbst spricht danach von der Gefahr von fiebersenkenden Medikamenten, die damit auch die antivirale Abwehr unterdrücken, sodass sich Viren erst Recht im Körper ausbreiten (und Ansteckungsgefahr steigt) – so würde man erst Recht Kollegen im Büro anstecken (also kein Neocitran und Grippostad, und dann arbeiten!). Kinder sind natürlich auch noch ansteckend und so erzeugt man die Winterinfektionswellen durch Kindergarten und Schule. Das ist Fakt. Ich weiß aber, dass die meisten Eltern schlicht keine Wahl haben – sie müssen arbeiten gehen oder haben nicht unendlich Pflegefreistellungstage, um die Kinder zu betreuen. Ebenso gibt es Leistungsdruck in der Schule und wer öfter fehlt, hat Pech gehabt. Das ist also ein strukturelles Problem, was ich nicht den Eltern umhängen will. Was ich aber schon erwarten würde, sich dafür einzusetzen, dass die Kinder in den Schulen ein geringeres Ansteckungsrisiko haben (saubere Luft), statt das Gegenteil zu tun: Kinder nicht impfen und zu glauben, Infektionen seien notwendig.

Köller ergänzt: Ältere Menschen haben oft kein oder wenig Fieber, hier müsse man vorsichtig sein.

Zum Thema Prävention kam saubere Luft nicht mehr, bei den Impfehlungen wies Wenisch auf das Expositionsrisiko hin (viele Kontakte), Schwangere werden durch die aktive Impfung (Abrysvo) geschützt. Die monoklonalen Antikörper sind für Säuglinge u. Kleinkinder

Corona sei eine Herbstimpfung für Risikogruppen geworden – was erneut unterschlägt, dass Corona ganzjährig zirkuliert.

Sehr gut der Hinweis von Köller auf die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers, nicht krank zum Dienst zu erscheinen.

Wenisch: In der Pandemie war Isolation/Quarantäne normal, heute dürfen Menschen überall hin, im Spital Auflage: sobald Symptome, herrscht Maskenpflicht – auch im regulären Arbeitsleben sei Arbeiten mit Maske in Ordnung. Dann erwähnt er leider erneut alkoholische Händehygiene für die Vorsorge (und mit 30 Sekunden mit Wasser gurgeln).

Zudem hätte man Testen erwähnen können, aber das gab die Dauer des Ö1-Beitrags wohl nicht mehr. In Summe ein paar gute, differenzierte Aussagen von allen, aber die Überbetonung der Händedesinfektion bleibt wohl hängen, und damit wird erneut die Fürsorgepflicht des Staats, die gesamtgesellschaftliche und wirtschaftliche Verantwortung, Innenräume frei von Viren, Bakterien und Allergenen zu machen, auf den Einzelnen abgewälzt – der mit Händedesinfektion leider nicht weit kommt, wenn es um „Winterinfektionen“ geht.

## Verursacht Covid eine Immunsuppression?

[Dezember 9, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)

Um ehrlich zu sein: Ich weiß es nicht, und ich maße mir nicht an, es zu wissen. Die längste Zeit habe ich es vermieden, mich über das umstrittene Thema Covid und Immunschwäche zu äußern. Viel Wissen rund um die Pandemie konnte ich mir die letzten Jahre anlesen, vieles erschien schlüssig und wurde mehrfach repliziert. Beim Thema Immunologie muss ich ebenso wie bei der Genetik der Virusvarianten aussteigen. Zwar übersetze oder zusammenfasse gelegentlich Aussagen von ExpertInnen, aber damit kratze ich höchstens an der Oberfläche. Das Immunsystem ist wahnsinnig kompliziert, es sind mehrere Prozesse und Barrieren beteiligt, um Infektionen zu verhindern, zu erschweren oder chronifizieren zu lassen. Zum Einfluss von SARS-CoV2 auf das Immunsystem gibt es verschiedene Ansichten von Wissenschaftlern und das ist im Gegensatz zu allgemein gültigen Fakten, wie, dass die Impfung schützt, dass das Virus über die Luft übertragen wird, und dass etwa bei Long Covid mit PEM aktivierende Bewegungstherapie (GET) kontraproduktiv ist, auch legitim, dass man hier verschiedene wissenschaftliche Betrachtungsweisen vorfindet. Es macht Wissenschaftler nicht zu Covidleugnern, wenn sie keinen anhaltenden, bevölkerungsweiten Immunschwäche-Effekt nach Covid finden. Covid verursacht schließlich mannigfaltige Schäden und Veränderungen im Körper, die Immunabwehr ist nur ein Aspekt davon.

Ich fühle mich da oft zwischen den Stühlen, denn mir bekannte Ärzte berichten vermehrt von Patienten mit gehäuften Infekten, während ich im Bekanntenkreis- und Arbeitsumfeld nichts dergleichen beobachten kann – bzw. sich die Einflussfaktoren nicht geradlinig auf eine neu auftretende Immunschwäche herunterbrechen lassen. Denn wer jetzt oft krank ist, war es meist vor der Pandemie schon. Manche hatten nur eine Infektion und dann nicht mehr. Andere hatten mehrere Infektionen, aber waren immer nur kurz krank und kraxelten danach wieder auf Berge. Andere haben kleine Kinder und sind dadurch ständig krank. Andere stürzen sich jede Woche auf Festln und Feiern und holen sich so die nächste Infektion, wieder andere machen das Gleiche und bleiben gesund. Es sind sicher auch welche darunter, die eine sekundäre Immunschwäche erworben haben und häufiger krank sind. Aber wie viele sind das? Wenn es einen bevölkerungsweiten Effekt geben wäre, müsste nicht die Zahl derer, die immer schwerere und längere Verläufe hätte, zunehmen? Wie aussagekräftig sind Krankenstandstage überhaupt, wenn sich krank zur Arbeit geschleppt wird? Zählt man eine in

welcher Form auch immer definierte Immunschwäche zu Long Covid? Oder betrifft diese Immunschwäche vor allem Long Covid-Patienten, deren Leitsymptomatik eine andere ist? Es gibt zu viele Aspekte, die hier eine Rolle spielen. Auf mich selbst heruntergebrochen: Ich hatte meines Wissens nach noch nie eine CoV2-Infektion. Trotzdem hatte ich im Dezember 2022, im April und Oktober 2024 jeweils eine (nicht Covid) Virusinfektion mit rund 10 Tagen Krankenstand und rund 21 Tagen Rekonvaleszenzzeit. Die ersten Atemwegsinfekte seit März 2016. Zwischen 2016 und Pandemiebeginn hatte ich keine respiratorischen Infekte – ohne Lockdown oder Maske tragen, ohne sich einzuschränken. Egal, in welche Richtung man es dreht – es gibt nicht eruierbare Einflussfaktoren, die bestimmen, wie oft und schwer man krank wird, darunter die spezifische Immunität gegenüber bestimmte Erreger. Diese lässt mit der Zeit nach und die Suszeptibilität steigt wieder. Das heißt nicht, dass man diese Infekte dann mitnehmen muss („Immunsystem trainieren“ ist Bullshit), aber wenn man sie bekommt, ist man wieder eine kurze oder längere Zeit lang gegen den spezifischen Typ immun, oder kreuzimmun.

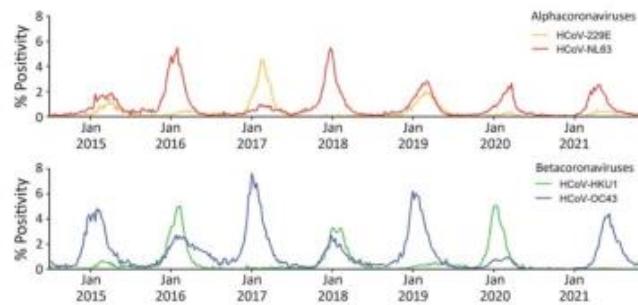
Infektionswellen werden getrieben von einer Vielzahl von Erregern

Im Gegensatz zu Ärzten und Forschern fehlt mir die Erfahrung und der Vergleich mit der Zeit vor der Pandemie. Wie sahen die Zeitreihen der Virusinfektionen vorher aus? Welche Anzahl an Infektionen pro Individuum und pro Bevölkerung war normal? Wie gut wurden bestimmte Virusinfektionen überhaupt erfasst? Ich denke, es besteht weitgehend Konsens unter Infektiologen, dass Multiplex-PCR-Tests nur dann sinnvoll und kostendeckend sind, wenn es therapeutische Konsequenz hat, etwa antivirale Medikamente. Man hat keinen Anspruch darauf, zu wissen, was man hat, solange es nicht Covid, Influenza, RSV, Keuchhusten oder Mykoplasmen sind. Ob man nun Rhinovirus, saisonale Coronaviren oder Parainfluenza hat, spielt für die symptomatische Therapie keine Rolle. Ich bin froh, dass ich über meine Sentinelärztin erfahre, welches Virus ich habe – aber das ist lediglich wissenschaftliche Neugier, die damit gestillt wird. Vor allem bin ich froh, wenn es kein Covid ist.

## Saisonale Coronaviren

Saisonale Coronaviren gibt es vier, die **Alphacoronaviren** (229E und NL63) und **Betacoronaviren** (HKU1 und OC43). Die zwei Virusstränge wechseln einander pro Saison ab. Betacoronaviren, insbesondere OC43, können Kreuzimmunität mit SARS-CoV2 erzeugen, was auch ein Betacoronavirus ist.

## Circulation patterns of other human CoVs



- Cause seasonal waves starting late Oct / early Nov, peaking Jan to mid Feb
- Usually only one each of the two alpha- and beta-coronaviruses causes wave
- The 2021 season was delayed, likely due to COVID-19 related behavior changes

Shah et al (2022)

Slide by Jesse Bloom  
sars2-variants-  
2022-10-17  
SARS-CoV-2 evolution

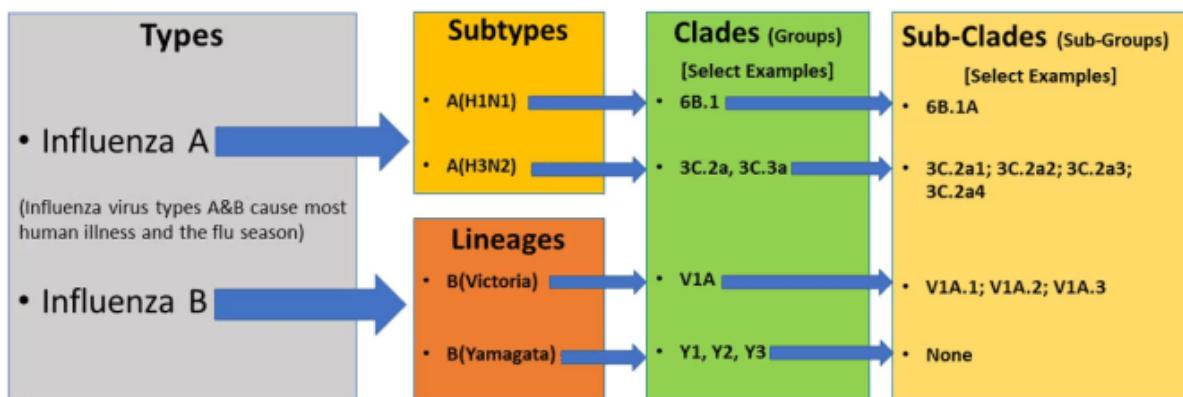


Von den Alpha- und Betacoronaviren dominiert gewöhnlich nur eine Virusart pro Saison ([Quelle](#))

Pro Jahr infizieren sich 20-40% der Kleinkinder mit allen vier Strängen ([Thoisy et al. 2023](#)). Die Immunität der saisonalen Coronaviren ist kurzlebig, maximal ein Jahr ([Edrige et al 2020](#)). Mit SARS-CoV2-Infektionen und Impfung dürfte Kreuzimmunität gegen saisonale Coronaviren zunehmen ([Liang et al. 2024](#), [Singh et al. 2023](#)). Ob das Zirkulationsmuster der saisonalen Coronaviren also auch künftig so ausschaut wie von 2015 bis 2021, ist fraglich, es könnte sich auch abwechseln mit CoV2 als dritten Vertreter der Betacoronaviren.

## Influenza

### Human Seasonal Influenza Viruses



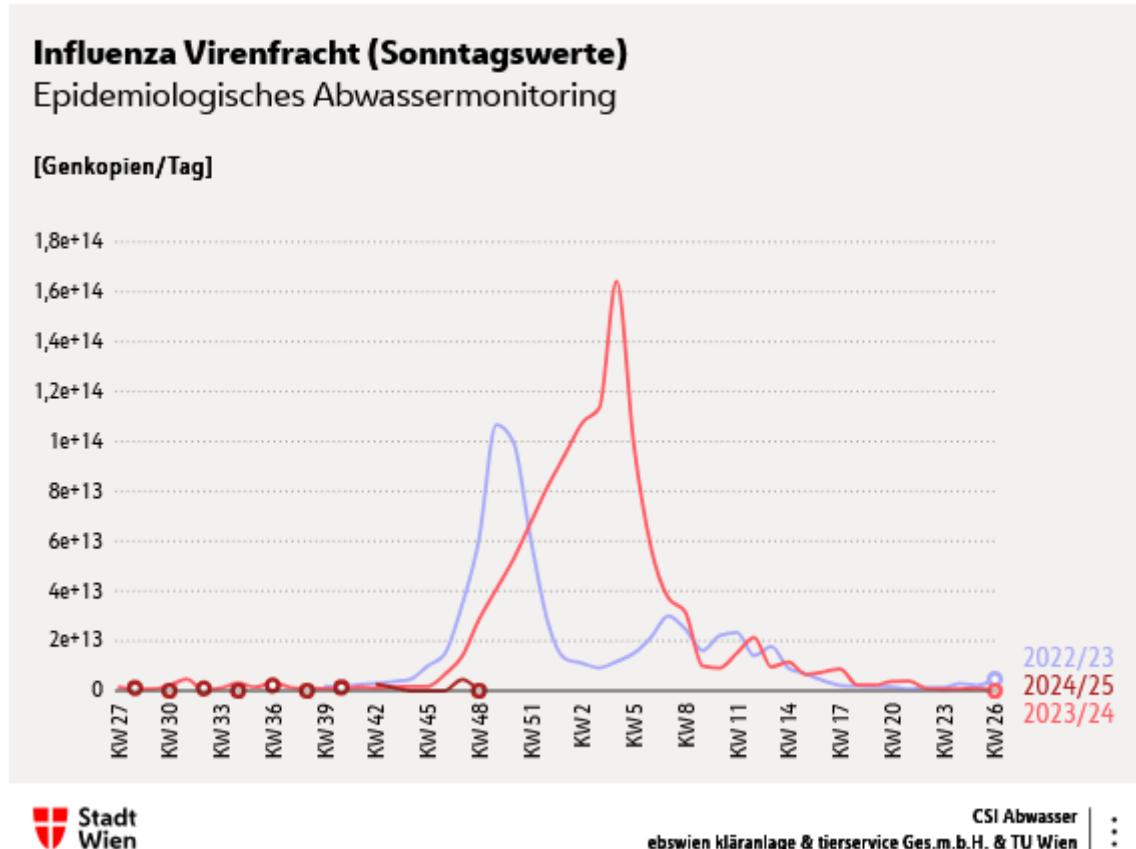
Die Influenza-B-Yamagata-Linie wurde durch die Covid-Maßnahmen nahezu ausgelöscht ([Caini et al. 2023 preprint](#)), [Grafik vom CDC](#)

Saisonale Influenza betrifft im Durchschnitt pro Jahr **5-10% der Erwachsenen** und **10-20% der Kinder**, manche Schätzungen zeigen bis zu 40% der Gesamtbevölkerung und 17% mit zwei Infektionen in einer Saison ([Cohen et al. 2021](#)). Influenza A (H1N1 und H3N2) und B-Viren zirkulieren gleichzeitig oder in aufeinander folgenden Wellen. Daher ist es möglich,

dass man in einem Winter zwei Mal Influenza hat. Die B-Yamagata-Linie wurde durch die Schutzmaßnahmen ausgelöscht, die B-Victoria-Linie existiert weiterhin noch!

Bei Influenza A (H1N1) lässt der Impfschutz weniger nach als bei H3N2 und Influenza B – wahrscheinlich wegen der geringeren Mutationsrate ([Kissling et al 2016](#)).

## Influenza



Die Influenzavirensaison kommt nach Ende der Schutzmaßnahmen immer später und nähert sich wieder präpandemischen Verhältnissen an ([Quelle](#)).

## Rhinoviren

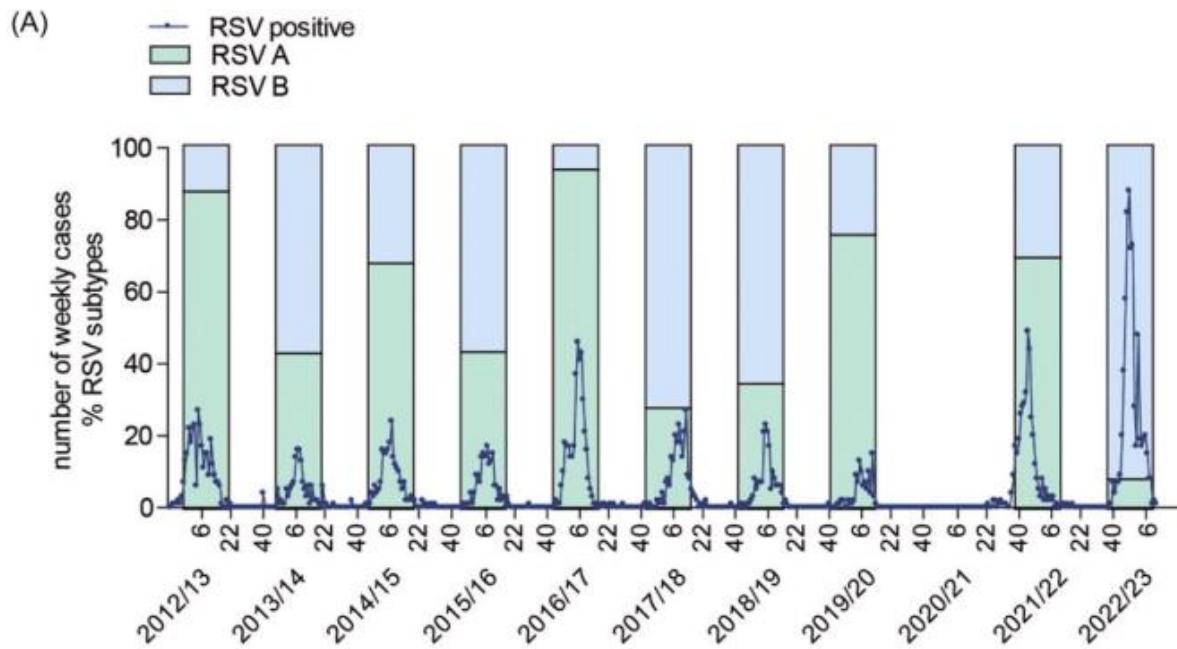
Sie zirkulieren ganzjährig mit über 100 Subtypen und erzeugen entsprechend keine langlebige Immunität. Man kann sich jährlich mehrfach anstecken. Asymptomatische Übertragung ist möglich und wird auf 14-22% geschätzt ([Andrup et al. 2023](#)). Rhinoviren sind deutlich ansteckender als Influenzaviren und erfordern entsprechend bessere Lufthygienemaßnahmen ([Mikszewski et al. 2022](#)).

## Parainfluenza

Sie zählen zu den **Paramyxoviren** (ebenso wie Masern) wurden in den 50er Jahren erstmals bei Kindern mit Krupp entdeckt. Es gibt vier Typen. Typ 1 und 3 zählen zu den Respiroviren, Typ 2 und 4 zu den Rubulaviren. Typ 1 und 2 kommen bevorzugt im Herbst und Winter vor und wechseln einander alle zwei Jahre ab. Typ 3 ist vor allem im späten Frühjahr und Sommer aktiv und infiziert vor allem Säuglinge.

Obwohl es Ähnlichkeiten zu Influenza (Myxoviren) aufweist, sind HPIV **einzigartig** – wenige Antigen-Stellen hat es mit Influenza gemeinsam.

## RSV



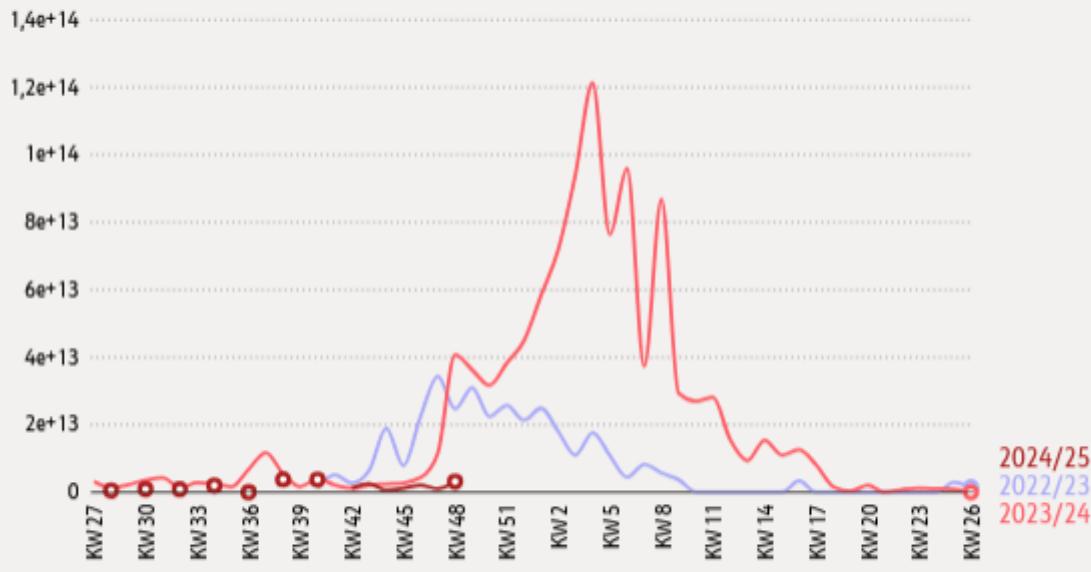
Man kann sich mit dem gleichen Subtyp wieder anstecken, aber wahrscheinlich seltener – die Dominanz des RSV-Subtyps ändert sich jede zweite bis dritte Saison. 2021/2022 dominierte Subtyp-A, 2022/2023 war es Subtyp-B in Österreich ([Redlberger-Fritz et al. 2023](#))

Bei RSV gibt es zwei Subtypen, A und B – es gibt keine anhaltende Immunität. Für Säuglinge und Kleinkinder ist es die gefährlichste Kinderkrankheit noch vor SARS-CoV2.

## RSV Virenfracht (Sonntagswerte)

### Epidemiologisches Abwassermanagement

[Genkopien/Tag]



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

Die

RS-Virensaison kommt nach Ende der Schutzmaßnahmen immer später und nähert sich wieder präpandemischen Verhältnissen an ([Quelle](#)).

Schlussfolgerung

Von allen Viren bis auf Influenza hab ich erst durch die Pandemie erstmals gehört und darüber gelesen. Es wurde mir auch erst durch Eigenrecherche bewusst, dass nahezu alle Atemwegsinfekte über die Luft übertragen werden und Händewaschen nicht vorbeugt. Damit kann ich wahrscheinlich Noroviren verhindern, aber kein Rhinovirus.

Leider gibt es Abwasserwerte von verschiedenen Erregern erst seit kurzem – zu wenig, um festzustellen, was ein Durchschnitt über Jahrzehnte ist. Vor der Pandemie wurde weniger oder mit anderen Methoden getestet, das macht die Daten vor und nach der Pandemie schwer vergleichbar.

## Bakterielle Infektionen

Das ist wieder ein anderes Thema, bei dem ich mich nicht besser auskenne. Im Meteorologiestudium kommen Bakterien nicht vor. Ist das beobachtete, gehäufte Auftreten von Ko-Infektionen oder sekundären Infektionen nun ein Beweis für Immunsuppression, oder ist es nicht viel anders als zu anderen Virusinfektionen, von denen man weiß, dass sie das Immunsystem vorübergehend schwächen? Es scheint auch Unterschiede zu geben, von welchen Viren man redet – so tritt **Herpes Zoster gehäuft** nach Covid-Infektionen auf ([Chen et al. 2023](#), [Correcher-Martinez et al. 2024](#)), auch **RS-Viruserkrankungen** können schwerer verlaufen ([Lee et al. 2024](#)).

Lebensbedrohliche **Pilzinfektionen** haben seit der Pandemie zugenommen ([Najeeb et al. 2022](#), [Morton et al. 2022](#), [Emily Henderson 2023](#)). SARS-CoV2 visiert die Speicheldrüsen an und unterdrückt die Produktion von pilzhemmenden Peptiden – dadurch können opportunistische Pilzinfektionen wie **Candida albicans** leichter auftreten ([Alfaifi et al. 2024 preprint](#)). Zusammenhänge sind außerdem denkbar bei **Streptokokken** ([Mizrahi et al. 2023](#), [Nielsen et al. 2023](#)), und **Mycoplasmen** ([Qin et al. 2024](#) – Limitation: self-reported). Bei saisonalen Coronaviren weiß man schon länger, dass sie Streptokokken-Infektionen begünstigen ([Golda et al. 2011](#)).

Keinen bewiesenen Zusammenhang gibt es hingegen bei den starken Anstiegen von Keuchhusten- oder Masernfällen, wo eher die sinkende Impfrate vermutet wird ([Lo and Hotez 2017](#)). Österreich liegt bzgl. Keuchhusten-Impfung auf dem [letzten Platz in der EU](#). Mittlerweile wurde das Impfintervall von 10 auf 5 Jahre verkürzt.

### Schlussfolgerung

Ich habe [jahrelang Literatur gesammelt](#), und aus Sicht eines Laien spricht vieles für eine dauerhafte Beschädigung des Immunsystems. Das Problem ist aber, wie schon oben angesprochen, dass ich erstens keine Ahnung von Immunologie habe, zweitens bevölkerungsweite Immunsuppression nicht beobachtet wird – sonst müssten wir steigende Hospitalisierungszahlen mit Reinfektionen sehen, aber die schweren Verläufe nehmen weiter ab. Die Bevölkerung wurde seit Ende der Schutzmaßnahmen Anfang 2022, aber auch schon in den Herbstwellen vor den Lockdowns 2020 und 2021 mehrfach durchseucht. Müssten wir nicht viel höhere Krankenstände sehen als die bisherigen Rekordkrankenstände? Wir sehen viele akute Krankenstände, weil neben saisonalen und ganzjährigen Viren nun SARS-CoV2 als ganzjähriges Virus zirkuliert. Es gibt sicherlich einen Anstieg von Langzeitkrankenständen durch Long Covid, aber Long Covid ist nicht gleichzusetzen mit Infektanfälligkeit, sondern wirkt sich bei jedem unterschiedlich aus.

## Henne-Ei-Frage

Vielleicht bin ich da ein wenig begriffsstutzig, aber ich stelle die Frage trotzdem: Infizieren sich die Menschen jetzt häufiger, weil mehr Viren zirkulieren, oder zirkulieren mehr Viren, weil die Menschen sich häufiger infizieren?

Ich hab das schon einmal niedergeschrieben. Infektanfälligkeit nach Corona heißt, bei gleicher Exposition erkrankt die C+ Person häufiger als die Kontrollgruppe. Infektanfälligkeit kann aber auch bedeuten, dass eine Person häufiger exponiert ist, sei es beruflich oder in der Freizeit. Dann steigt statistisch gesehen die Wahrscheinlichkeit, auf eine infektiöse Person zu treffen.

Nun neigen Menschen, die nie oder selten infiziert waren, eher dazu, auf Prävention zu achten, oder high-risk situationen zu vermeiden. Sie sind dann einfach weniger krank, nicht, weil ihr Immunsystem gesünder ist, sondern weil sie weniger „würfeln“. Am Beispiel meiner eigenen Virusinfektionen habe ich gesehen, was passiert, wenn ich mehr würfle – ich werde öfter krank, egal ob ich davor Covid hatte oder nicht.

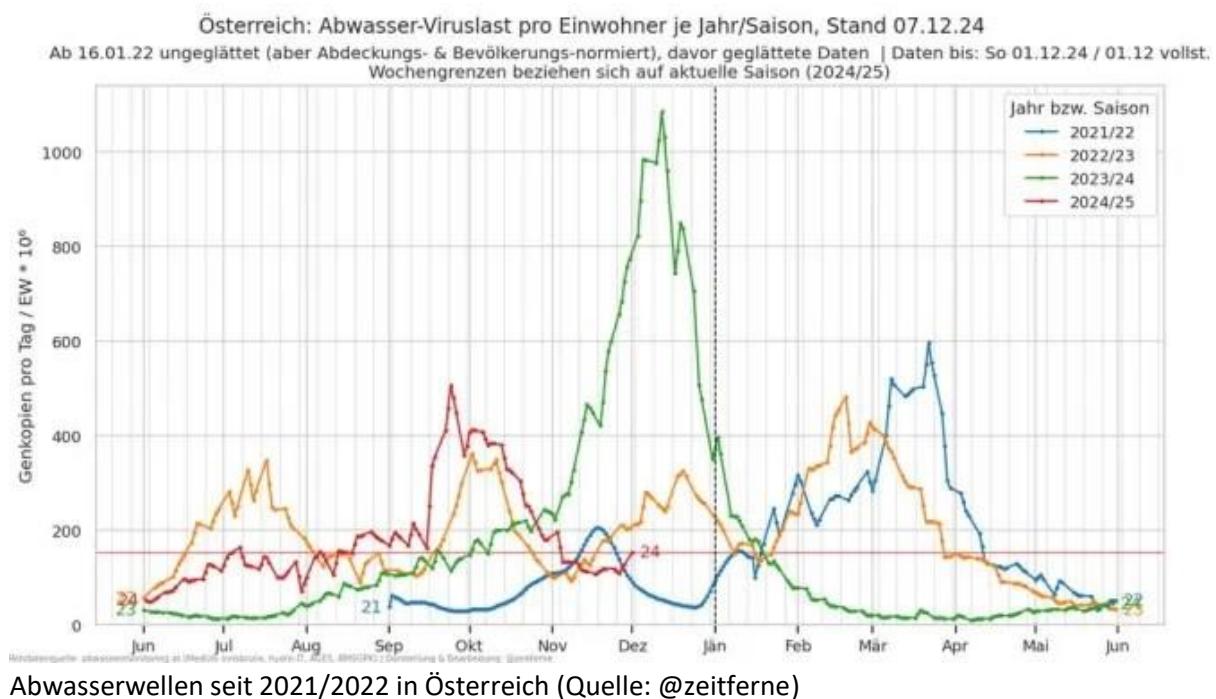
Umgekehrt sind jene, die sich häufiger infizieren, entweder allgemein sorgloser, arbeiten in einem Job mit vielen Sozialkontakten, oder haben (mehrere) schulpflichtige Kinder. Sie tun sich schwerer damit, seltener zu würfeln, sondern sind ständig exponiert. Es dürfte nicht so leicht sein, auseinanderzuhalten, wer jetzt tatsächlich anfälliger oder einfach häufiger

exponiert ist. Dazu kommt die spezifische Immunität durch Impfungen und vorhergehende Infektionen, und natürlich auch mögliche primäre Immundefekte.

Anders ausgedrückt: Weicht das aktuelle Virusgeschehen mit Parainfluenza, saisonale Coronaviren, Metapneumoviren, Rhinoviren, etc. seit Ende der Schutzmaßnahmen von der durchschnittlichen Viruszirkulation vor der Pandemie ab? Darauf habe ich keine zufriedenstellende Antwort gefunden.

Es erfordert aber etwas Recherche, diese Fragen zu beantworten, als immer wieder die Studie der MedUni Wien ([Kratzer et al. 2024](#)) hervorzuheben, die sich auf Erstinfektionen vom Wildtyp bei einer immunnaiven Patientengruppe bezieht – vor den Impfungen, wie die Autoren selbst im Diskussionsteil schreiben. 66% der Teilnehmer hatten eine Grunderkrankung, womit die Ergebnisse nicht direkt auf die Gesamtbevölkerung übertragbar sind – speziell da die genannten Grunderkrankungen auch das LC-Risiko erhöhen können ([siehe Liste der Risikofaktoren für LC](#)). Das Vorliegen von LC als mögliche Ursache für die verringerte Immunantwort wurde bei den Teilnehmern nicht untersucht. Außerdem fehlt eine Follow-Up-Studie, ob die Teilnehmer dann tatsächlich häufiger erkrankt sind als die Kontrollgruppe. Abweichungen von der Norm müssen noch keinen Krankheitswert besitzen – erst dann, wenn es zum Ausbruch der Krankheit kommt.

## Fazit



Ich bin mir in der Zusammenschau – und da hat ein synoptischer Vorhersager Erfahrung – unsicher, ob das Bild so schwarz und weiß ist, wie es seit mehr als zwei Jahren gemalt wird. Ich sehe keine Hinweise dafür, dass in fünf oder zehn Jahren alle an LC erkrankt sind. Wohl sehe ich eine dauerhaft erhöhte Krankheitslast mit einem ständig mutierenden Virus. Es ist völlig unsicher, wie lange es dauert, bis der Mutationsspielraum so gering ist, dass SARS-CoV2 ein Winterinfekt wird wie andere saisonale Coronaviren – in Bezug auf Zirkulation, am Wesen der Gefäßerkrankung wird sich wohl nichts ändern.

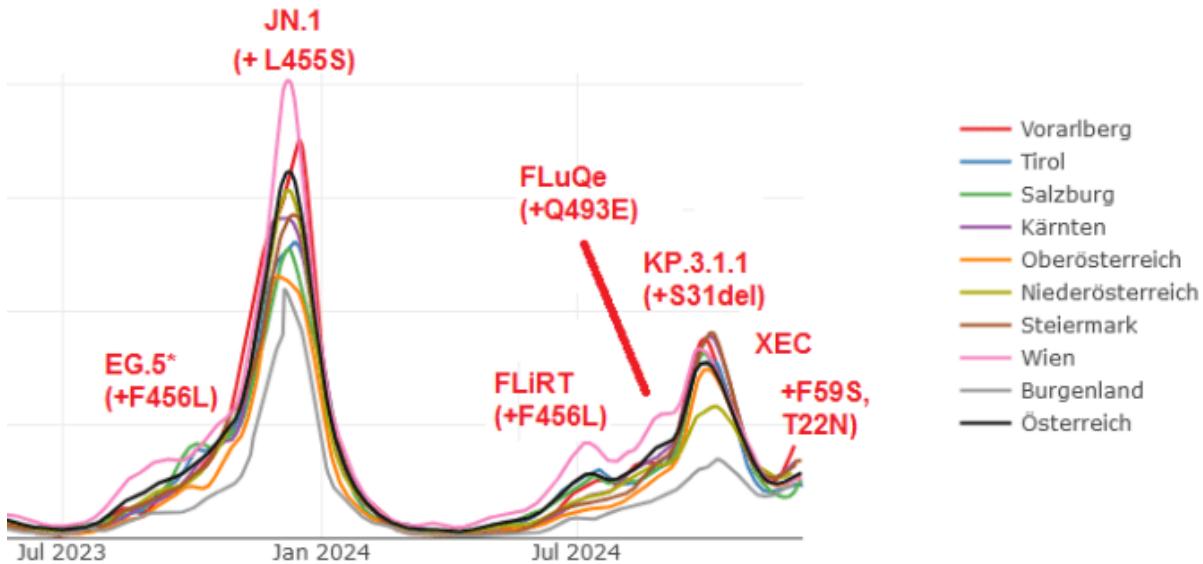
Die Zahl der Infektionswellen hat aber bereits abgenommen. Im ersten Omicron-Jahr gab es vier Wellen, im Jahr von Rekombinanten und JN.1 zwei Wellen, dieses Jahr strenggenommen erst eine Welle, die sich seit dem Frühsommer aufgebaut hat. Auch das Integral der Abwasserwelle ist im Schnitt bereits gesunken – es zirkuliert also insgesamt weniger Virus. BA.2 und JN.1 bilden hier sichtbare Ausreißer. In diesem Sinn erweist sich CoV2 wohl als Lehrbuchvirus, weil die steigende Bevölkerungsmimmunität bei allen Lücken dafür sorgt, dass das Virus immer schwieriger Mutationen entwickelt, die signifikante Wellen auslösen können. Das wurde erwartet, es hat wohl etwas länger gedauert als namhafte Virologen vorhergesagt haben.

Eine wesentliche Einschränkung ist natürlich die Masse an Long Covid und MECFS betroffenen Menschen weltweit, für die sowohl Reinfektionen als auch andere Infektionen eine Verschlechterung bedeuten können, ebenso wie die Masse an chronisch immungeschwächten Personen weltweit, die als Wirtsreservoir für neue Varianten dienen können. Das sind für mich zwei gewichtige Punkte, die selbstverständlich dafür sprechen, Infektionsschutz ernsthaft zu betreiben und die richtigen Lehren aus der Pandemie zu ziehen.

Immun-naive Personen gibt es natürlich weiterhin – Föten, Säuglinge und Kleinkinder. Im Verlauf der Pandemie ging zwar die Zahl der Kinder auf der Intensivstation bei allen Altersgruppen zurück, **nicht aber bei den unter 5jährigen bei Beatmung und Sauerstoffunterstützung** ([Zhu et al. 2023](#)). Die Inzidenz hospitalisierter, ungeimpfter Kinder hat mit Omicron-Varianten zugenommen. Sie war am höchsten bei Säuglingen unter 6 Monaten. Der Anteil von Komplikationen und Intensivstationaufnahme war bei Kindern im impfbaren Alter höher ([Zerbo et al. 2024](#)). Eine weitere Studie bestätigt die erhöhten Hospitalisierungen bei Säuglingen **ab JN.1** ([Aziz et al. 2024 preprint](#)), die sogar vulnerabler sind als Menschen über 90 Jahre! Sie sterben zwar nur sehr selten durch Covid, doch sollte ein Spitalsaufenthalt natürlich vermieden werden, insbesondere, wenn dort keine Masken getragen werden.

## Wie geht es mit den Viren im Winter weiter?

[Dezember 12, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



#### Varianten-Entwicklung ab Juli 2023 (Abwassermanagement von Österreich)

Wer die letzten Wochen viel in der Stadt und in den Öffis unterwegs ist, bemerkt: Es wird wieder mehr gehustet und geschnupft. Viele Menschen gehen krank arbeiten oder schicken ihre Kinder mangels unbegrenzter Pflegefreistellungstage und aufgrund des hohen Leistungsdrucks krank in die Schule. Damit werden auch Indoor-Freizeitaktivitäten wieder zum Russisch-Roulette, nachdem sich ja keinerlei Einsicht eingestellt hat, andere nicht krank anzusandeln durch die angeblich *massiven Freiheitsbeschränkungen, andere nicht krank anzusandeln*,

Bei SARS-CoV2 ist die Trendumkehr geschafft, XEC hat rund 40% und mehr, weitere Varianten sind im Abwasser nachgewiesen worden, doch keine macht XEC (und KP.3\*) die Pole Position streitig. Bei LP.8.1 kommt **Q493E und R190S** hinzu, in Brasilien ist sie nach kurzer Zeit schon dominant geworden. XEC.4 hat die **T572I-Mutation** und könnte ebenfalls ab Jänner übernehmen.

So oder so geht die Entwicklung natürlich weiter zu neuen Varianten, ein Ende ist nicht Sicht. Nur eine vergleichbar abhebende Variante wie JN.1 ist bei weitem nicht in Sicht derzeit. Ich sträube mich aber ein wenig dagegen, XEC einen Rohrkrepierer zu nennen. Auch an XEC werden Menschen sterben und Überlebende Spätfolgen entwickeln.

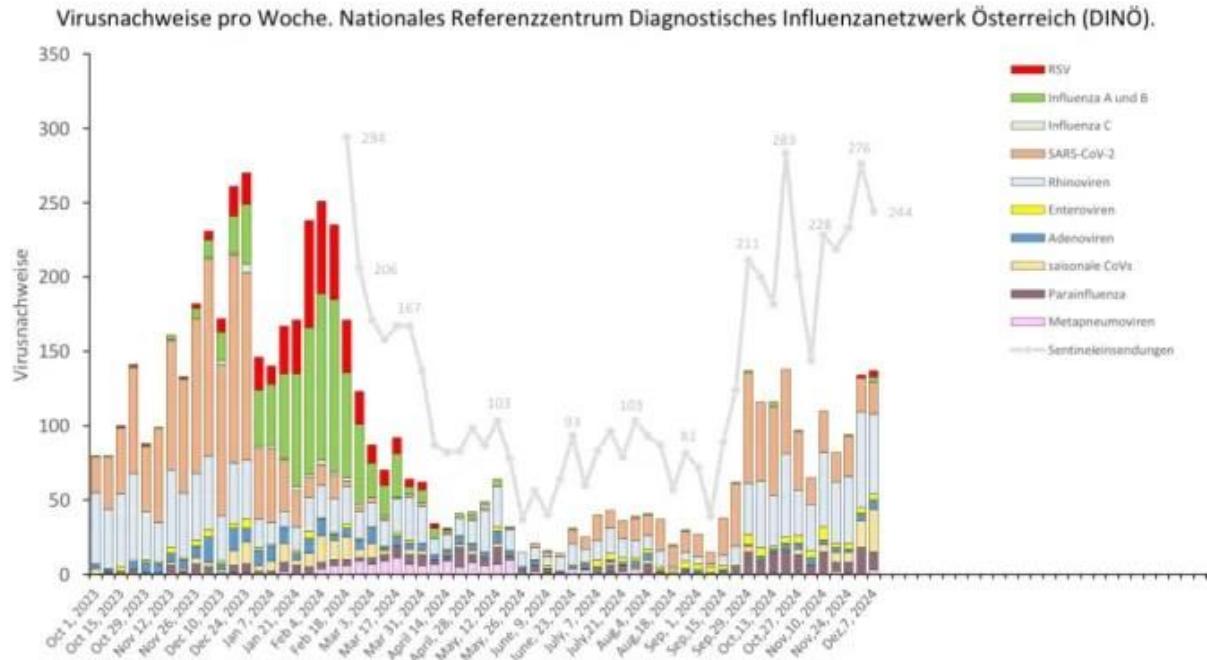
## SARS-CoV2

Wenn man die vorhergehende Entwicklung betrachtet, war die letzte breite Immunisierung der Bevölkerung durch JN.1. Die Welle im Spätsommer und Frühherbst war nicht einmal halb so hoch wie JN.1 – es stehen also noch viele empfängliche Wirte zur Verfügung, die sich schon länger nicht mehr infiziert haben. Die Boosterrate ist in Österreich lausig, diesbezüglich braucht man nicht auf einen Effekt hoffen. Was wetterunabhängig für weitere Anstiege spricht: Weihnachtsfeiern, Weihnachtsmärkte, Hauptzeit für Einkäufe und kranke Kinder in den Schulen aufgrund des ewigen Leistungsdrucks. Spekulativ stagniert die Entwicklung über die Ferien, um im neuen Jahr weiter an Fahrt aufzunehmen.

Wer bis zu den Feiertagen noch einen Impfschutz aufbauen will, sollte jetzt schnell sein: Es dauert rund 2-3 Wochen, bis der effektivste Schutz gegen symptomatische Verläufe besteht.

Das geht sich also eher nicht mehr aus, aber für Silvester könnte es noch reichen. Sowohl der monovalent JN.1-Impfstoff von Pfizer ([Uriu et al. 2024](#), [Aora et al. 2024](#)) als auch der KP.2-Impfstoff von Pfizer ([Wang et al. 2024](#)) erzeugen eine robuste Antikörperantwort gegen die amtierenden Varianten. Der Proteinimpfstoff JN.1-Novavax wird – endlich – ab 16.12. bei den Impfärzten erhältlich sein, die [vorläufigen Daten](#) sahen vielversprechend aus. Wer wie ich bereits Ende August den JN.1-Booster bekommen hat, sollte zumindest 6 Monate warten bis zur nächsten Auffrischimpfung. Übrigens – wer überlegt, Covid und Influenzaimpfung gleichzeitig zu nehmen, muss nicht stärkere Nebenwirkungen befürchten ([Walter et al. 2024](#)).

Aktualisiert: 07.12.2024



**Stand 07. Dezember 24: 12% Positivrate von saisonalen Coronaviren (v.a. NL63), rund 9% SARS-CoV2 und erste Nachweise mit RSV und Influenza A ; Quelle: Aberle/Redlberger Fritz, Virologie MedUni Wien**

## Influenza

Ich hab mich für den [wöchentlichen Newsletter](#) der Influenza-Situation in Österreich angemeldet, für Kalenderwoche 49 (letzte Woche) wird sporadische Aktivität gemeldet, europaweit allgemein beginnende Influenzaaktivität. Mit einer steilen Influenzawelle wird man wahrscheinlich ab Weihnachten bis Dreikönig rechnen müssen, bzw. kurz danach.

Im Sentinel system werden sporadische Influenzaviren nachgewiesen, das passt also zusammen.

## RSV

Hier sind die [Abwasserwerte in Wien](#) noch sehr gering. In Tirol gibt es mit [schwer interpretierbarer Grafik](#) offenbar erste Nachweise, aber Corona überwiegt bei weitem. Die RSV-Welle könnte ebenfalls ab Jänner beginnen, dann hätten wir die drei Viruswellen wieder gleichzeitig und wahrscheinlich entsprechende Engpässe im Gesundheitswesen. An die nur

halbvollen Klassen und Fachsupplierrungen, wie das hier in Österreich heißt, wenn für krankes Lehrpersonal (fachfremde) Lehrer einspringen müssen, habt ihr euch ja schon gewöhnt.

Nach dem [aktuellen Impfplan in Österreich](#), gibt es für Kinder eine passive Immunisierung durch monoklonale Antikörper, **Beyfortus** (Nirsevimab) und **Synagis** (Palivizumab), insbesondere für Frühgeborene und Kleinkinder.

Es gibt zudem den RSV-Impfstoff **Abrysvo** für Schwangere, der aber in Österreich schweineteuer ist. Ab dem 60. Lebensjahr sowie bei bestimmten Grunderkrankungen altersunabhängig (im Prinzip identisch zu den SARS-CoV2-Risikofaktoren) ist auch eine RSV-Impfung für Erwachsene empfohlen – dafür stehen drei Impfstoffe zur Verfügung:

- **Arexvy:** zugelassen ab 50 Jahren aufwärts
- **Abrysvo:** neben Schwangeren auch für Personen ab 60 Jahren aufwärts
- **mResvia:** zugelassen ab 60 Jahren aufwärts

Personen unter 50 Jahren können laut NIG sowohl den Arexvy als auch Abrysvo nehmen.

## Triple-Antigentests

In unserer Firma wurden für diese Wintersaison erstmals Triple-Schnelltests für RSV, Influenza A/B und CoV2 ausgegeben. Dabei ist folgendes zu beachten:

Bei Influenza und RSV wird die **höchste Viruslast mit Symptombeginn** erreicht, das heißt, die Tests springen an, sobald man die ersten Krankheitsgefühle verspürt.

Bei Covid steigt die **Viruslast oft verzögert** an, da kann der Schnelltest **erst am vierten oder fünften Tag** positiv werden. Ein negativer Schnelltest bei Symptombeginn sagt also nichts aus!

Bei Kontakt zu nachweislich Covid-Infizierten tun es einfache Covid-Schnelltests auch (z.B. Hotgen oder Greenspring – erhältlich über Amazon oder im Medizinfachhandel), insbesondere, weil man ein paar Tage länger testen sollte, bzw. auch testen, um die Selbstisolation zu beenden.

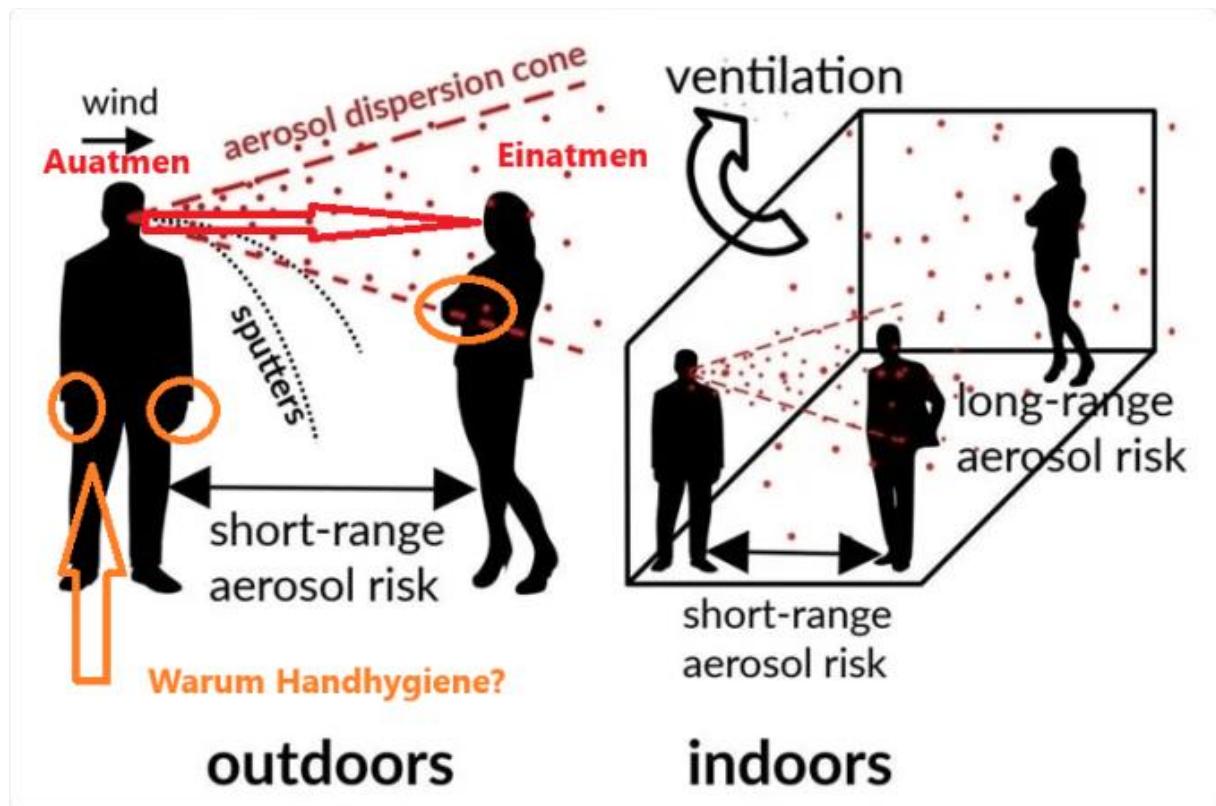
Natürlich sind die generellen Hinweise zur korrekten Durchführung der Schnelltests und ihre Aussagekraft zu berücksichtigen ([siehe Menüpunkt Diagnostik](#)).

Ist der Test bei allen drei Viren negativ, aber trotzdem Symptome vorhanden, so ist das bitte kein Grund, trotzdem arbeiten zu gehen oder überhaupt unter Leute, denn ...

... wie auch aus den Sentineldata ersichtlich, dominieren derzeit **Rhinoviren**, **Parainfluenzaviren** und **saisonale Coronaviren** (darunter das Alphacoronavirus NL63), auch andere Erreger sind denkbar. Sie besitzen durchaus krankmachende Wirkung und können Krankenstände von 1-3 Wochen verursachen. Insbesondere Parainfluenza verursacht neben RSV schwere respiratorische Infekte bei Kleinkindern mit Krupp-artigem Husten, aber auch Rhinoviren stehen im Verdacht, bei Kleinkindern später Allergien und Asthma auszulösen. Alte Menschen können an diesen Viren auch versterben, und für Betroffene von Longcovid oder MECFS ist jede Virusinfektion zu vermeiden, da sie eine Verschlechterung des Gesundheitszustands auslösen kann.

# Ö1 und Wenischs Handhygienefetisch

[Dezember 18, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



Übertragung von respiratorischen Viren über nahe und weite Distanzen über kleinste Aerosole  
(adaptiert aus „[Long and short-range risk of airborne transmission of SARS-CoV2](#)“, 12.05.21)

Fast fünf Jahre nach Beginn der SARS-CoV2 Pandemie und einer LKW-Ladung an neuen und alten Erkenntnissen zur Virusübertragung sollten wir längst weiter sein, als das, was einem in aller Regelmäßigkeit im öffentlich-rechtlichen Rundfunk geboten wird. Wir könnten längst darüber reden, wie wir die Luftgüte in Innenräumen im öffentlichen Raum verbessern können, denn CO<sub>2</sub>-Konzentrationen sind nicht nur ein Indikator für schlechte Luft und erhöhtes Infektionsrisiko, sondern beeinflussen direkt die Stabilität der Viruspartikel in der Luft ([Haddrill et al. 2024](#)). So wie es durch die Cholera-Epidemien glücklicherweise einen Lernfortschritt gab, nurmehr sauberes Wasser zu trinken, sollten wir durch die SARS-CoV2-Pandemie mitgenommen haben, nurmehr saubere Luft zu atmen. Sauberes Trinkwasser und Lebensmittel sind durch das Mikroplastik-Problem schon wieder Geschichte, aber in Innenräumen hätten wir noch viel Luft nach oben. Es gibt dazu zwei Möglichkeiten: Entweder übergeordnete Instanzen wie Staat, Behörde und Arbeitgeber sorgen für Luftmaßnahmen (Luftfilter, Lüftung, Dämmung, etc.), oder der Einzelne filtert sich die Luft selbst durch eine FPP2-Maske, was nicht immer funktioniert, sei es bei Kleinkindern, Gehörlosen oder andere Gründe. Die Mehrheit muss solidarisch mithelfen, oder die übergeordnete Instanz legt die Maßnahmen fest.

Seit rund vier Jahren lassen sich Journalisten, Politiker, Wissenschaftler und Mediziner von den rechten Meinungsführern vor sich hertreiben, ohne rote Linien zu ziehen zwischen Meinungsfreiheit und Beleidigung/Bedrohung bis zu direkten Übergriffen. Wie berichtet, geht das soweit bestimmte Impfungen nicht mehr zu empfehlen, etwa gegen SARS-CoV2, „weil

das niemand mehr hören will und die FPÖ eine Wahl nach der anderen mit diesem Thema gewinnt“. Also lässt man die Bevölkerung leiden aus Feigheit, dieser Verdrängung und Instrumentalisierung entgegenzutreten. Das hat aber nicht nur Signalwirkung für SARS-CoV2, sondern für alle Infektionskrankheiten, für alle, die besonders gefährdet sind, und diskreditiert letztendlich auch die Wissenschaft, die sich scheinbar überall uneins ist und mit gespaltener Zunge spricht.

In der **Ö1-Gesundheitssendung „Am Puls-Sprechstunde“ vom 28.11.24** mit Marlene Nowotny waren Infektiologin Luzia Veletzky, Geriater Marcus Köller und Infektiologe Christoph Wenisch zu Gast. Ich hab mir die Sendung angehört und einen [Faktencheck](#) gemacht. Im **Ö1-Früh- und Morgenjournal vom 17.12.24** wurden die Aussagen von Wenisch 1:1 wiederholt, wahrscheinlich direkt aus der Sendung übernommen, die von Veletzky und Köller kamen nicht vor, bzw. wurden unzulässig mit jenen von Wenisch vermischt und irreführend verkürzt.

Das Frühjournal

Ich bekam zunächst nur das Frühjournal mit.

„Sprecherin: Die Grippe oder Influenza, Covid und RSV-Infektionen, eine mitunter gefährliche **Atemwegserkrankung**, die bezeichnet der Infektiologe Christoph Wenisch von der Klinik Favoriten in Wien als die bösen drei. Neben Impfungen gegen diese Erkrankungen sei die regelmäßige **Händehygiene** im Winter besonders wichtig, so Wenisch.“

Zutreffend sagt Wenisch, dass die drei Virusarten zu den gefährlichen saisonalen Viren im Winterhalbjahr zählen. SARS-CoV2 tritt, wie wir wissen, mit einem sekundären Maximum im Sommerhalbjahr auf, insbesondere begannen Wiederanstiege in den letzten Jahren jeweils im Frühsommer. Das Hauptmaximum wird dennoch meist im Winter erreicht, außer die Sommerwelle war hoch. Daher bezeichnen Experten SARS-CoV2 als saisonale Erkrankung ([Wiemken et al. 2023](#)). Im Wort Atemwegsinfekt steckt der Übertragungsweg schon drin. Händehygiene ist sowas von März 2020, obwohl bereits im April 2020 begonnen wurde, auf Stoff- und OP-Masken umzusteigen und ab Jänner 2021 zumindest zeitweise FFP2-Masken vorgeschrieben waren.

„Wenisch: Mit alkoholischer Händehygiene reduziert man das Risiko für diese Infektionen um 11 Prozent. Bei der Maske ist das in Alltagssituationen nicht gezeigt.“

Das ist wie gesagt der Wortlaut vom 28.11.24. Die Ö1-Redaktion hat es in drei Wochen nicht geschafft oder für nötig befunden, diese Behauptung zu überprüfen und die Quelle dafür ausfindig zu machen. Wir wissen nicht, wie dieser Wert zustande kam. Was war das Setting für diese Studie? Wer waren die Teilnehmer? Welches berufliche Umfeld wurde betrachtet? Welche Masken wurden getragen? Hat man anderweitige Ansteckungsorte berücksichtigt? Um welche Viren und Virusvarianten ging es? Wurde die jeweilige Hintergrundinzidenz berücksichtigt und die statistische Wahrscheinlichkeit, auf Infizierte zu treffen? Waren die Teilnehmer kürzlich geimpft? Wie signifikant ist überhaupt eine Risikoreduktion um 11%? Was sind Alltagssituationen? So vieles unklar.

„Sprecherin: Vor weniger gefährlichen Virusinfektionen, also Schnupfen, Husten oder grippalen Infekten, kann ein gutes Immunsystem schützen. „

Was ist das für eine Aussage? Schnupfen und Husten sind Symptome, ein grippaler Infekt ist ein Virusinfekt. Auch die „bösen drei“ können mild mit Schnupfen oder Husten verlaufen, aber dennoch Spätfolgen erzeugen – wie wir wissen, sowohl mit SARS-CoV2 (LongCovid) als auch mit Influenza. Zu den weniger gefährlichen Virusinfektionen zählen Rhinoviren, Parainfluenza und saisonale Coronaviren – sie sind zwar weniger gefährlich, aber nicht völlig ungefährlich, insbesondere bei einem geschwächten Immunsystem, im hohen Alter, bei Erkrankungen mit immunsupprimierenden Medikamenten bzw. bei Krebserkrankungen. Das betrifft eine – nicht allzu kleine – Minderheit von mehreren hunderttausend Menschen in Österreich. Die können sich von der Aussage, dass ein gutes Immunsystem schützt, nichts kaufen, denn sie haben sich ihren Immunstatus nicht ausgesucht.

„Wer hier vorbeugen möchte, sollte sich gesund ernähren und regelmäßig Bewegung machen, ausreichend schlafen und auf Alkohol und Nikotin verzichten.“

Eine belehrend daher kommende Abwälzung der Verantwortung auf den Einzelnen. Ja, wenn es Armut, prekäre Lohnarbeit, Behinderung und chronische Erkrankung und andere Lebensumstände nicht geben würde, dann könnten alle Menschen im Land super vorbeugen. Doch wir leben nicht in dieser Realität, wo Kalenderspruchempfehlungen ohne weiteres umgesetzt werden können. Davon abgesehen waren viele Betroffene von Long Covid und MECFS vor ihrer Erkrankung gesund und häufig in Bewegung. Selbst wenn man alle Punkte umsetzt, schützt das gegen bestimmte Virusinfektionen und deren Folgen nichts.

Auch hier erwähnt Wenisch [am 28.11.] wieder eine \*wunderbare\* Studie, die zeigen soll, dass im Winter über sieben Stunden geschlafen wird, wir hätten Strom und es sei immer hell, und können viel arbeiten, und das würde uns empfänglicher machen. *[ich wäre froh, wenn es sieben Stunden wären, aber es sind selten mehr als fünf Stunden vor dem Dienst, und das ganzjährig]*. Auch hier wäre die Quelle wieder interessant, warum man im Winter weniger schläft als im Sommer. Im Sommer ist es wegen der Sommerzeit abends länger hell, man geht eher später ins Bett, aber Dienstbeginn bleibt ja gleich. Ganz logisch erscheint mir die Argumentation nicht. Dass chronisches Schlafdefizit negativ auf bei Infekten ist, ist lange bekannt ([z.B. Besedovsky et al. 2011](#)), aber bei z.B. bei Schichtarbeit oder Eltern von Säuglingen und Kleinkindern kaum zu ändern. Auch hier gilt: Es braucht immer noch einen Infektionsauslöser, den Erregerselbst – und wenn man hier ansetzen würde, das Infektionsrisiko zu verringern, schützt man auch Menschen mit schwächerem Immunsystem oder nachlassender spezifischer Immunität mit.

Wenisch verweist auf eine weitere Studie [am 28.11.], dass regelmäßige Achtsamkeitsübungen (!) pro Woche das Infektionsrisiko deutlich reduzieren würden. Das geht nun schon deutlich in Esoterik.

„Zinktabletten zu lutschen oder regelmäßig in die Sauna zu gehen kann ebenfalls dazu beitragen, das Immunsystem zu unterstützen.“

Wenisch am 28.11.: „Zinktabletten lutschen, das ist bei uns nicht so beliebt, aber anderswo, das ist sinnlos, für die Therapie als auch für die Prävention.“

Die Ö1-Redaktion schlägt hier sogar das Gegenteil von dem vor, was Wenisch gesagt hat!

## Das Morgenjournal

Im Morgenjournal kommen ausführlichere Aussagen, die sich ebenfalls aus dem 28.11. bedienen. Es wird schlechte Luft in Innenräumen auch die Zirkulation im Flugzeug erwähnt und kurz darauf der Hinweis von Wenisch mit seinen 11% Händehygiene. Er reduziert den Schutz der Maske auf Krankenhaus, im engen Kontakt mit Erkrankten und auf die Heimpflege, worauf ich spekulieren könnte, dass es sich hier um eine Krankenhausstudie handelt, die nicht repräsentativ für den Alltag ist (fährt Wenisch viel Zug?).

Für **Tröpfchen- und Schmierinfektion** gibt es keine direkten Belege. Das Risiko, sich über kontaminierte Oberflächen zu infizieren, wurde anfangs übertrieben ([Goldman 2020](#)).

Schmierinfektion spielt keine bis nur geringe Rolle: [Mondelli et al. 2020](#), [Port et al. 2020](#), [Zhang et al. 2021](#), [Rocha et al. 2021](#), [Butot et al. 2022](#), [Zhang et al. 2022](#), [Pan et al. 2023](#), [Sammartino et al. 2023](#), [Matsui et al. 2024](#), [Lin et al. 2024](#)), das gilt auch für andere Erreger, wie Influenza, Rhinoviren, RSV und saisonale Coronaviren ([Dokumentation mit zahlreichen Studien hier](#)). Man kann also grundsätzlich schon sagen, dass Lufthygiene-Maßnahmen wie von der Initiative Gesundes Österreich ([IGÖ](#)) empfohlen, gegen alle respiratorischen Erreger, auch Bakterien (z.B. Keuchhusten, Tuberkulose, Streptokokken) eine Risikoreduktion bringen, aber umgekehrt Handhygiene nur gegen wenige Erreger (Magendarmviren, manche Bakterien, Lebensmittelverunreinigung) wirksam sind.

Masken schützen nicht nur im engen Kontakt, sondern auch bei Aerosol-Übertragung über weitere Distanzen. Gerade das Flugzeug ist ein gutes Beispiel.

*„Die Länge eines Linienflugs korreliert mit dem Infektionsrisiko. Dieses steigt deutlich (25fach) an bei Langstreckenflügen über 6 Stunden. Masken schützen ([Zhao et al. 2024](#)).“*

*„The virus-laden droplets expelled by a cough can be transmitted to the region two to three rows away from the generator.“ ([Li et al. 2022](#))*

Mag sein, dass es unangenehm ist, die gut sitzende FFP2-Maske über 6-8 Stunden zu tragen (es gibt für solche Anwendungssituationen Masken mit Sip-Ventil, wo man trotzdem trinken kann, oder überhaupt Ventilmaske, wenn man sich sicher ist, selbst nicht infiziert zu sein, erleichtert die Atmung), aber zwei Monate hochdosiertes Cortisonspray nach einer bakteriellen Lungenentzündung als Draufgabe auf eine Virusinfektion sind auch kein Pappenstiel. In den meisten Fällen und das betrifft die Mehrheit der Bevölkerung, sind Zug- und Flugreisen deutlich kürzer als 8 Stunden [Wenisch hat man 28.11. behauptet, es würde man kaum aushalten, acht Stunden eine Maske aufzusetzen].

Masken schützen natürlich nur dann, wenn man sie richtig trägt und bei Verschmutzung oder zu viel Feuchtigkeit wechselt, zudem FFP2-Masken besser als OP-Masken schützen. Wer nach der Flugreise während einer Grippewelle ungeimpft ins Wirtshaus geht, darf sich nicht wundern, sich trotz FFP2-Maske im Flieger angesteckt zu haben. Aber die 11% Handhygiene reißen ihn da auch nicht heraus.

## Conclusio:

Auf journalistisch unprofessionelle Art und Weise wurde hier ein Sendungsbeitrag vor drei Wochen als Empfehlung für die kalte Jahreszeit verwurstet. Ungeachtet der noch angesprochenen Impfempfehlungen gehen Händehygiene und starkes Immunsystem an **Public Health** im Wortsinn vorbei. Wir sollten viel weiter sein statt Mythen aus der präpandemischen Zeit ständig zu wiederholen. Denn gerade ältere Zuhörer, Ö1 ist kein

Jugendsender, die tendenziell stärker gefährdet für schwere Verläufe bei Virusinfektionen sind, nehmen daraus die falschen Schlussfolgerungen mit, setzen sich weiterhin, weil es immer schon so war, frisch Hände gewaschen zum Christbaum und stecken sich dann bei den hustenden Familienmitgliedern an. Am Ende war es dann die Impfung ein paar Tage vorher. Das gestrige Journal fällt nämlich in die gerade beginnende Influenzawelle und erneut steigende CoV2-Zahlen, gerade jetzt wären wirksame Maßnahmen wichtig.

Mir wurde in der Vergangenheit oft vorgeworfen, ich würde „den ORF“ bashen. Wenn man einzelne Verantwortliche herausgreift, ist es ein Outcalling, was auch wieder nicht Recht ist und meist zur reflexartigen Verteidigung führt. Auf meine Kritik antwortete Elke Ziegler (Ö1-Wissenschaftsredaktion) auf Bluesky so:

*Es geht nicht nur um airborne Virusinfektionen, sondern auch um bakterielle. Bei Streptokokken zB sind Schmierinfektionen sehr wohl relevant...*

In beiden Beiträgen ging es um Virusinfektionen, nicht um Bakterien. Bei Streptokokken ist die Rolle der Luftübertragung unklar ([Oswin et al. 2024](#)), in Maine, [USA](#), wird Luftübertragung für Strep pneumoniae dezidiert erwähnt, und auch bei anderen Streptokokken-Arten für wahrscheinlich gehalten:

„Despite guideline adherence, heavy shedding of *S pyogenes* by few classroom contacts might perpetuate outbreaks, and airborne transmission has a plausible role in its spread.“ ([Cordery et al. 2022](#))

Regelmäßige Handhygiene ist und bleibt sinnvoll, ist aber gegen respiratorische Erreger, die inhaliert werden, sinnlos. Darum geht es.

## Noch ein Wort zu Wenisch ...

Im Ö3-„Frühstück bei mir“ vom 31.10.2021 erzählte Wenisch von einer israelischen Studie, bei der mit Beten bessere Ergebnisse erzählt worden wären. Wenischs Fazit damals vollkommen unironisch: „Irgendwas wird's schon geben.“

Er bezog sich höchstwahrscheinlich auf [Leibovici \(2001\)](#), der den entsprechenden Artikel als „[Joke Science](#)“ veröffentlicht hat, also als satirischen Artikel, der nicht ernstgenommen werden sollte. Das fiel mir wieder ein, als ich den 28.11.24 nachgehört habe und Wenisch behauptet hat, Achtsamkeitsübungen würden Infektionen reduzieren.

Wenisch fiel in der ganzen Pandemie durch sehr ambivalente bis umstrittene Aussagen auf, am bekanntesten ist wohl sein Sager zu Kindern:

**„Mit Corona und den Kindern hab ich überhaupt keine Angst, das ist mir powidl, weil die Kinder nicht gefährdet sind. Corona ist keine Kinderkrankheit, das ist etwas für Erwachsene“** (06.09.20)

Ein Schlag ins Gesicht für Eltern, deren Kind an Covid bzw. Spätfolgen (MISC) verstorben oder chronisch erkrankt ist.

**„Meine Kinder werden alle drei [unter 12 Jahren] geimpft, sobald es die Ursula [Wiedermann-Schmidt, NIG] freigibt,“** so Wenisch am 14.09.21

Wenn Kinder nicht gefährdet sein würden, warum gibt es dann eine Impfung für sie?

*Dass er einmal Arzt werden möchte, war Christoph Wenisch schon als Kind klar. 1973 erkrankte er an Scharlach und sei deshalb wochenlang im Spital gewesen, wie er sich im Herbst 2020 bei Claudia Stöckl in „Frühstück bei mir“ zurückinnerte. Seine Eltern konnte der damals Sechsjährige bloß durch eine Glaswand sehen. So etwas wollte er anderen in Zukunft ersparen, dachte er sich. Es habe damals zwar bereits Antibiotika gegeben, „nur der Amtsschimmel hat nicht vertraut und lieber noch Schulen zugesperrt“, meinte Wenisch gegenüber der „[Wiener Zeitung](#)“. Er hingegen „wollte immer, das alles am besten mit Medikamenten weggeht“.* ([News.at, 22.01.24](#))

Wenisch's Scharlach-Trauma erklärt möglicherweise zu einem gewissen Grad, warum er die Schutzmaßnahmen immer möglichst schnell abschaffen wollte, und ausschließlich auf Medikamente wie die Impfung setzt. Ein Interessenskonflikt mit der eigenen Vergangenheit. Natürlich spielt auch die angesprochene Feigheit vor der Ausschlachtung durch den Rechtspopulismus eine Rolle, entgegen der Evidenz Handhygiene vor Masken und Luftreiniger zu setzen, aber bei Wenischs Selbstbewusstsein bin ich mir nicht sicher, ob das der Grund für seine Zurückhaltung ist, oder ihm Masken einfach lästig sind.

## Train of Ignorance.

[Dezember 26, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



ICE 29 between Frankfurt and Vienna, bord restaurant – surprisingly good values during the long ride, ventilation works well

Whenever the trains stop serving passengers in a restaurant, I will lose a major comfort advantage. I preferred the restaurant even before the pandemic. I'm aware of the privileges to spend the money. Since I know about infection risks in general I continue to stay there the entire travel. In a restaurant, there are less seats than in another wagon. Less people, less risks. Moreover I prefer a table just behind the wall preventing a sick person from sitting just behind me. During the ride I used a ToGo Hepa Filter placed on my seat to breath clean air. Otherwise I switch to a mask, especially with sick people. Guests will come and go. Most have reserved seats and won't stay the whole ride. I could also stand for a while, especially in a german long distance train (ICE) which has a tiny bistro, too.

In contrast to earlier rides I had the impression of better air circulation this time, staying under 1000ppm the whole ride. For less infectious diseases than SARS-CoV2, CO2 values below 1000ppm are still fine.

The behavior of people going into a restaurant where eating and drinking are required to stay is disappointing however and that's an understatement. I counted at least seven guests with respiratory symptoms, a few with initial cough rather than in the post-infection state, accompanied by sneezing. Staff of the restaurant as well as the train conductor were also among the sick people, frequently coughing during serving and validating the tickets. Peak asshole was an older man with a scarf and a ffp2 mask (!). At first I thought „Great! Another fellow who wants to protect himself!“ Then I noticed his frequent coughing. He looked really

sick, sweating forehead with tousled hair, red face, and sneezing, fit of coughing like whooping cough. I would assume he had influenza or RSV. Great he wore a mask but what the heck ... he visited the restaurants three times during the ride, drinking beer and eating warm. Other guests besides him put on masks, stood up and went away. The service staff said nothing and disinfected all tables after the guests were gone, not preventing airborne infection. Nobody is on moral high ground wearing a mask but being such foolish. He should have stayed at home, delaying his ride, or at least stay at his seat. The sick staff should have worn a mask at least to prevent infecting the passengers visiting their families, especially the conductor going back and forth.

It shouldn't be a fringe position to expect some dignity and courtesy to keep the sickness to oneself, instead of endangering others. I don't expect to do a test on a regular basis, we're far behind that state, especially without symptoms. I don't expect to stay at home with light symptoms – that's a problem of employer protection in the case of illness but wearing a mask then should be minimum, especially working with other people.

Anyway, the flu wave in Austria [officially](#) started with Christmas, and frequent to widespread flu activity is also reported in other European countries. Mass tourism and frequent travel after the holidays until New Year's Eve will intensify the wave rapidly. There is also some CoV2 circulation and other viruses (hCoV-NL63, RSV, ...) which aren't pleasant if you get them. So my best advice is to wear a mask in crowded places, especially on trains and airplanes, and keep your vaccination schedule updated.

## Rückblick auf 2024 und Ausblick

[Dezember 29, 2024](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)

Ich habe die letzten Jahre immer wissenschaftlich argumentiert, bin aber auch nicht frei von Einflussnahme und Echokammereffekten. Insbesondere die Gefahr der verzerrten Wahrnehmung (Bias) ist sehr hoch, die Interpretation von Daten und Studien alles andere als trivial. Je weiter man sich in Gebiete vorwagt, wo man überhaupt keine Vorahnung hat, desto größer die Gefahr, sich zu verirren.

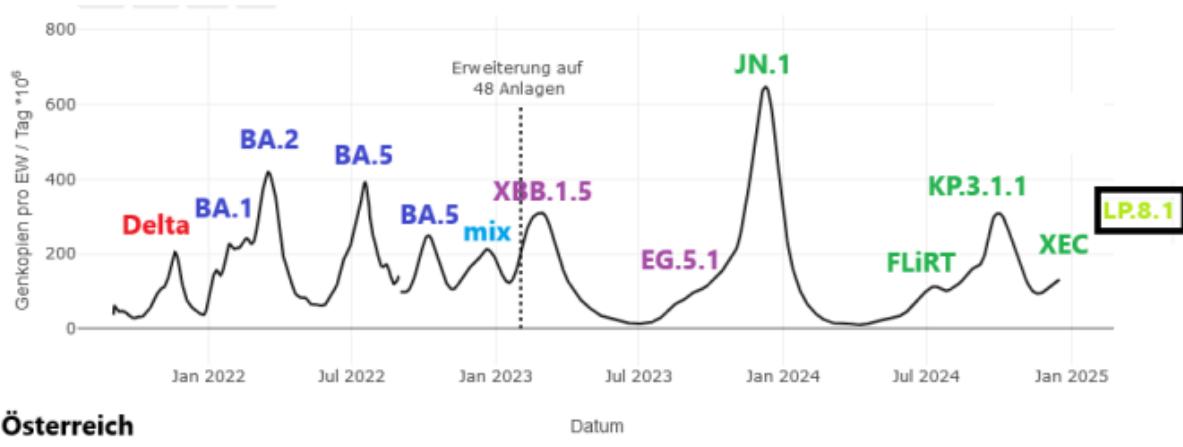
Im Februar korrigierte mich Epidemiologe Robert Zangerle deutlich: „*Sie verrennen sich, das hat mit Immunschwäche genau nichts zu tun.*“, schrieb er mir persönlich. Ich wollte es dennoch lange Zeit nicht wahrhaben und klammerte mich lieber an die Behauptung, dass Covid die Immunsystem geschreddert habe, und deshalb viele starke Wellen anderer Viren und Bakterien nach Aufhebung der Maßnahmen folgten. Das stellt sich heute als Trugschluss heraus, aber es ist nur logisch, sich zu irren, wenn man von den Grundlagen keine Ahnung hat.

Wer nur sich nur ein wenig mit RSV, Influenza, Mycoplasmen, Keuchhusten und anderen Infektionserregern beschäftigt, stellt rasch fest, dass viele Erreger in epidemischen Wellen um den Globus zirkulieren, und die Menschen spezifische Immunität gegen diese entwickeln, die von unterschiedlicher Dauer ist. Manche mutieren stärker, andere schwächer. Es gibt häufig verschiedene Subtypen, aber nicht immer Kreuzimmunität. Für zwei Jahre gab es in weiten Teilen der Welt kaum Zirkulation von Bakterien und Viren, nicht nur Covid. Die spezifische Immunität ließ nach, die Wellen kehrten zurück, aber es gab nun wesentlich mehr empfängliche Personen als vorher. Würde man Covid jetzt erneut 1-2 Jahre unterdrücken, würden die Wellen danach höher ausfallen. Das ist also das, was unter Immunitätslücken und

Nachholeffekte gemeint war. Ich hab gerade letzteren Begriff oft scharf kritisiert, weil er zu sehr nach Immunschuld klang, als ob man etwas nachholen musste. Da haben Virologinnen wie Isabella Eckerle weiterhin recht – es gibt keinen Zwang, sich ständig zu infizieren, man kann auch eine Welle auslassen und wird dann bei der nächsten Infektion irgendwann später nicht daran sterben.

Die folgenden Zeilen werden vielen Lesern auf den Schlipps treten. Es ist beinahe unmöglich, es so zu formulieren, dass ich allen gerecht werde.

## Das Virus wird allmählich saisonal



[Abwassermanneling in Österreich](#), eigene Beschriftung mit den dominanten Varianten

Es gab auch bisher schon klare saisonale Höhepunkte im Winterhalbjahr, aber eben auch teilweise hohe Wellen in der wärmeren Jahreszeit. Auf eine starke Sommerwelle folgt meist eine schwache Winterwelle. Bei uns war das 2022 der Fall, in den USA in diesem Jahr.

**Omicron** war ein neuer Serotyp, der auf eine immun-naive Bevölkerung getroffen ist. Es hat einige Wellen gedauert, bis die Intervalle größer wurden. Bis Ende 2023 mit **JN.1** wieder eine signifikant andere Variante (von der Nomenklatur zu Omicron zählend, von manchen Experten Pirola genannt) kam, die um den Globus fegte. Im Gegensatz zu Ende 2021 sieht es derzeit nicht nach einer signifikant anderen Variante aus – wobei das mit Vorsicht gesagt ist, da die Surveillance weltweit deutlich abgenommen hat. Die Abkömmlinge von JN.1 begannen bereits ab dem Frühsommer für Wiederanstiege zu sorgen, **KP.3.1.1** sorgte für eine moderate Herbstwelle. Die Wiederanstiege durch die Rekombinante **XEC** fallen bisher verhalten aus. Die nächste dominante Variante wird wahrscheinlich im Februar oder März **LP.8.1** sein, die der Immunität ähnlich gut entkommt wie XEC, aber deutlich infektiöser ist. Die aktuelle Impfung gegen JN.1 von Pfizer und Novavax schützt gegen XEC, LP.8.1 und andere zirkulierenden Varianten so gut, dass – **niedrige Viruslast bei Exposition** vorausgesetzt – sogar ein steriler Schutz für ein paar Wochen oder Monate denkbar ist, also Schutz gegen Infektion, und jedenfalls ein guter Schutz gegen schwere Verläufe.

Was bedeutet diese Entwicklung immer größerer Abstände zwischen den Infektionswellen? Das heißt, dass das Reinfektionsrisiko abnimmt. Mit abnehmenden Reinfektionsrisiko sinkt auch das Risiko für Long Covid ([siehe Unterpunkt Inzidenz Longcovid nach Reinfektionen](#)), jedenfalls über die Zeit gesehen, weil mit sinkender Viruszirkulation das Risiko sinkt, sich *überhaupt* anzustecken. Die meisten Long Covid-Betroffenen in meinem Umfeld haben sich übrigens 2022 angesteckt, also in den ersten Wellen mit aufgehobenen Maßnahmen, als der Impfstoff noch nicht auf Omicron angepasst war. Viele waren erst drei Mal geimpft. Einige haben sich auch vor der Ankunft der Impfung angesteckt – das sind häufig die schwersten

Fälle, die bis heute unter den Langzeitfolgen leiden. Die Impfung senkt das Risiko weiterhin, wobei ein Teil der Risikoreduktion durch den Infektionsschutz selbst geschieht, ein anderer Teil senkt das Risiko für bestimmte Folgeerkrankungen (Diabetes, Embolien, Herzkreislauferkrankungen).

## Cor: Das Virus ist global weiterhin tödlich

**Korrektur, 30.12.24:** Entgegen einer früheren Artikelversion ist zu beachten, dass die Euromomo-Daten nun die **Pandemiejahre miteinschließen**, dass eine Rückkehr zur Baseline bedeutet eine generell höhere Sterblichkeit infolge Covid, und das führt mich zu ...

**Ich möchte mich bei der Übersterblichkeit nicht zu sehr ins Detail verlieren, es gibt zu unterschiedliche Berechnungsarten, Datensätze und Ergebnisse.**

Und ich hab davon offenbar zu wenig Ahnung. Seriöse Analysen findet ihr bei Epidemiologe Zangerle in der Seuchenkolumne, [z.B. am 03. März 2023](#).

sowie [aufgelistete Studien zur Übersterblichkeit](#).

Verglichen mit Influenza und RSV verursacht SARS-CoV2 weiterhin [kumuliert mehr Hospitalisierungen](#), die aber insgesamt weniger tödlich verlaufen als in den vergangenen Jahren (CFR sinkt). Unerfreulicherweise gibt es vor allem bei immun-naiven Kleinkindern (Säuglinge und Kinder unter 4 Jahren) weiterhin viele Hospitalisierungen. Ob es zu Todesfällen kommt, ist nicht bekannt (keine Meldepflicht, allenfalls am Jahresende in der Statistik Austria bekanntgegeben), aber bei Kindern sollte man höhere Maßstäbe ansetzen. Folgeschäden einer Infektion oder eines frühen Spitalsaufenthalts wirken sich mitunter viele Lebensjahrzehnte aus.

Die SARI-Daten sind übrigens ebenso wie die Abwasserdaten seit 17. Dezember in der Weihnachtspause. Am 2. Jänner gibts hoffentlich Updates. Wahrscheinlich müssen die Abwasserwerte in Österreich von Hand in eine Exeltablette eingepflegt werden, die dann mit Faxgeräten per Brieftaube zur zentralen Datenverarbeitungsstelle geflogen werden.

## Die Long Covid Inzidenz nimmt ab!?

Das erscheint paradox, weil es ja oft heißt, dass mit jeder Infektion das Longcovid-Risiko steigt. Doch wie oben geschrieben – wenn im Schnitt im Jahr weniger Virus zirkuliert, nimmt das Infektionsrisiko ab und insgesamt die Zahl neu auftretender Long Covid-Fälle. Das sollte Grund zur Hoffnung geben, aber ich verstehe natürlich die Besorgnis. Je weiter die Pandemie in Vergessenheit geraten will, desto schwieriger wird es, Long Covid zu erkennen, richtig zu diagnostizieren und vor allem offen darüber reden zu können.

Die Inzidenz nimmt auch ab, weil wiederholte Impfungen ebenso wie Infektionen die Immunität verbreitern. Das klingt etwas zynisch und nützt jenen mit Long Covid nichts mehr. Doch jene, die kein Long Covid entwickelt haben, sind wieder eine Weile gegen neuerliche Infektionen geschützt, und vor allem gegen schwere Akutverläufe durch neue Varianten. Anekdoten laufen hier teilweise konträr. Behandelnde LongCovid-Ärzte berichten vom erstmaligen Auftreten auch erst nach der dritten, vierten oder fünften Infektion. Im Umfeld kenne ich Personen mit drei oder vier Infektionen, die keine bleibenden (offensichtlichen) Schäden behalten haben. Ich kenne welche, die bei allen drei Infektionen langwierige

Verläufe hatten. Ich kenne welche mit Lungenentzündung und Mycoplasmen, aber genauso auch welche, die trotz geringer körperlicher Schonung schadlos Leistungssport betrieben haben. Die Olympischen Spiele zeigten aber deutlich, dass man SARS-CoV2 auch als Leistungssportler weiterhin nicht auf die leichte Schuler nehmen sollte, wie andere schwere virale Infektionen (Influenza, RSV), und einfach längerer Schonung bedürfen.

## **Berichterstattung zu Long Covid und MECFS hat deutlich zugenommen**

Das ist eine positive Entwicklung, auch wenn sie für viele Betroffene zu spät kommt. Der letzte prominente Suizid einer schwerst MECFS-Betroffenen war am 10. Dezember 2024 ([mein Nachruf](#)), leider wird es nicht der Letzte bleiben, und es gab schon zu viele davor. Weil die Versorgung katastrophal ist, Betroffene oft alleine gelassen werden, von Ärzten unverstanden und als Simulanten abgestempelt, und die Forschung bisher weder imstande ist, eine klare Ursache zu benennen noch wirksame Medikamente zu entwickeln. Im Einzelfall gibt es meist Offlabel-Versuche, die aber keine Erfolgsgarantie haben.

In der zunehmenden Berichterstattung wohnt Zynismus inne, denn es hat auch vermehrt Journalisten und Journalistinnen getroffen, entweder persönlich oder im direkten Umfeld, sodass die Auswirkungen der Pandemie nicht mehr zu leugnen waren. Wer nicht von Beginn an davon gehört hatte und immer schon berichtete, schlug spätestens in den Folgejahren hart am Boden der Realität auf. Wie in vielen Bereichen des Lebens, wo man sich für eine wichtige Sache einsetzt, braucht es offenbar ein gewisses Maß an Selbstbetroffenheit, ehe es signifikant weitergeht.

## **Schleppende Fortschritte bei MECFS-Versorgung**

Gesundheit ist Ländersache, der Gesundheitsminister kann weniger mitreden. Er sollte das öfter sagen statt sich vorne hinzustellen und aufzuzählen, was er so tolles erreicht hat. Ein Beispiel ist sein Versprechen, dass die Schnelltests gratis brauchen, was sie von April bis Oktober nicht waren, weil es keine Einigung zwischen Sozialversicherung und Ärztekammer gab. Seitdem sind sie für Risikopatienten gratis. Antivirale Medikamente wie Paxlovid gibt es jedoch nur nach Vorlage eines positiven Tests, was besonders an den Wochenenden schwierig und teuer ist.

Die PVA sagt am 09. September zur ORF-Anfrage, weshalb die Berufsunfähigkeit bei MECFS meist nicht anerkannt werde: „*MECFS kann aufgrund der wenigen aktuellen wissenschaftlichen Daten weder qualitativ noch quantitativ ausreichend beurteilt werden*“ (seit Mai gibt es ein Konsensus-Statement: [Hoffmann et al. 2024](#)).

Das neue [Referenzzentrum für postvirale Syndrome](#) wird von Kathrin Hoffmann und Untersmayr-Elsenhuber geleitet. Dafür gibt es „rund eine Million Euro“. Wie die Detailplanung ausschaut, ist unsicher, weil auch hier die Länder und Ärztegesellschaften (z.B. die umstrittene ÖGN der Neurologen) mitmischen, und man bei Fortbildungen etwa darauf schauen muss, dass nicht Advokaten für die schädliche Aktivierungstherapie (GET) den Zuschlag bekommen.

Im November wurde [dagegen entschieden](#), MECFS in die Einschätzungsverordnung (Grad der Behinderung) aufzunehmen. Im gleichen Monat wurde ein [Nationaler Aktionsplan](#) für

postvirale Erkrankungen festgelegt, allerdings nur mit Zielen, nicht mit einem Zeitplan versehen.

## Prävention weitgehend Fehlanzeige

Aus Zeitgründen muss ich zum Ende kommen. Viele Infektionserreger werden über die Luft übertragen – vor allem Atemwegsinfekte, egal, ob sie sich auf Atemwege beschränken oder mitunter im ganzen Körper randalieren (Masern, CoV2, Influenza). Es schützen hier immer dieselben Maßnahmen: Saubere Luft – durch Frischluftzufuhr, durch Luftfilter oder privat durch FFP2-Masken. Es hilft bereits, wenn kranke Menschen zuhause bleiben würden. Im Jahr 2024 scheint mir, hat man endgültig vergessen, dass man im Krankheitsfall zuhause bleibt, zumindest aber – gottverdammt nochmal – eine Maske aufsetzt, wenn man unbedingt trotzdem arbeiten gehen will oder muss, wenn man erste Symptome verspürt, oder auf Reisen geht. Nicht einmal diese Minimalmaßnahme ist umsetzbar.

Zu Schutzmaßnahmen hab ich wirklich viel gesammelt:

- Grundlagen zur [Übertragung von SARS-CoV2](#) und [anderen Atemwegsinfekten](#)
- [Prävention in Bildungseinrichtungen](#)
- [Schutzmasken funktionieren](#)
- [Ventilation und Luftfilter](#)

Es würde also grundsätzlich Sinn ergeben, auch nach Ende der Pandemie (nicht WHO) und der Internationalen Gesundheitslage (WHO) in Infektionsschutzmaßnahmen zu argumentieren. Wenn den Politikern schon der Einzelne wurscht ist, kann man hier sehr gut auch wirtschaftlich argumentieren – mit den Folgeschäden alleine durch LongCovid und anderen postviralen Infektionssyndromen, mit den akuten Krankenständen natürlich und mit der Potenzierung aller Krankenstände durch die effektive Verbreitung in Kindergärten und Schulen, aber auch im Spitalswesen. Das verursacht alles milliardenschwere Kosten, die das Gesundheitssystem so stark belasten, dass es wegen der demografischen und sozialen Schieflage nicht mehr finanziert werden kann. Für ein Umdenken wäre es nicht zu spät, doch ...

## Düstere Aussichten für 2025

... ich war naiv zu Pandemiebeginn und lange Zeit dazwischen. Viele hehren Ziele und wissenschaftlich durchaus umsetzbaren Konzepte wie NoCovid waren politisch nie durchsetzbar, weil wir einfach in der schlimmstmöglichen politischen Realität leben, mit inkompetenten und opportunistisch agierenden Politikern und leider auch Wissenschaftlern in einer von Quote besetzten Medienlandschaft, die auf Moral und Qualitätsanspruch keine Rücksicht nimmt. Weltweit kommt es derzeit zu einem Rechtsruck, obwohl wir gerade jetzt mehr Zusammenhalt denn je brauchen, um nicht nur die Folgen der Pandemie zu bewältigen, eine weitere Pandemie (Vogelgrippe) zu verhindern und den Klimanotstand zu bekämpfen. Stattdessen rollt eine Welle des Rechtspopulismus über uns hinweg, angetrieben von radikal konservativen und neoliberalen Parteien, die damit rechtsextreme Parteien weiter pushen, die letztendlich dann Wahlen gewinnen. Ungarn und Slowakei sind bereits an prorussische, anti-westliche und anti-wissenschaftliche autoritäre Regierungen gefallen. In Deutschland wird es im Februar unnötig spannend, ob der Wahlsieger CDU die antifaschistische Brandmauer aufgibt und tatsächlich mit der Rechtsextremen AfD zusammengeht. Doch selbst wenn sie nicht in die Regierung kommen, wird die Vergrößerung der AfD im Parlament für Probleme

sorgen – und bereits jetzt werden von ihren Anhängern Terroranschläge in Deutschland verübt. In Österreich sind mit Ende 2024 Vorarlberg, Steiermark, Salzburg, Ober- und Niederösterreich mit FPÖ-Landesregierungsbeteiligung. Das lässt nichts gutes erwarten für die wacklige Dreierkoalition im Bund, die gezwungen ist zu liefern, aber teilweise diametrale Vorstellungen hat. Wenn Nehammer als Kanzler fällt, wird der Weg frei für eine blauschwarze Koalition, wofür vor allem die Landesvertreter und Wirtschaftsvertreter eintreten. Im Jänner wird noch Trump angelobt als neuer US-Präsident, der in den kommenden vier Jahren die USA in einen autoritären Staat umbauen will und eine dritte Amtszeit anstrebt. Außer ziviler Ungehorsam spricht nichts dagegen, dass dieser Fall eintritt. Russland droht mit dem Wegfall von US-Militärhilfe gegen die Ukraine zu gewinnen und führt bereits einen hybriden Krieg gegen Europa, durch die Finanzierung prorussischer Parteien und Sabotageakten in der Energie- und Kommunikationsversorgung. Also insgesamt sind das keine guten Voraussetzungen, um vernunftgetriebene Forderungen umzusetzen, und dazu zählt leider v.a. der Gesundheitsbereich, wo bereits gegenteilige Töne von ÖVP-Vertretern laut werden, weil man sich erfolgreich gegen Vermögens- und Erbschaftssteuern wehrt, um den maroden Staat zu finanzieren. Lieber richtet man ihn zugrunde. Wer genug Geld hat, kann es sich ja trotzdem weiter richten.

Soweit die politischen Aussichten. Aus virologischer Sicht geht die Entwicklung wohl weiter wie bisher. Wann der nächste Variantensprung kommt, ist ungewiss, aber es ist sehr, sehr unwahrscheinlich, dass Delta-ähnliche Gefährlichkeit erreicht werden kann. Die größten Gefahren für sehr junge und sehr alte Menschen werden aber erhalten bleiben, ebenso für chronische kranke Menschen, und daher ist und bleibt Prävention sinnvoll. Ich für meinen Teil kann sie aber nicht mehr so strikt leben wie in den ersten drei Jahren, und wie ich noch 2023 damit umgegangen bin. Auf Bluesky schrieb ich ...

*Die Frage ist, bin ich noch ein Mensch mit verschiedenen Interessen, wenn ich die Covid-Schicht abgeschabt habe oder brauche ich die Bestätigung damit, um mich ganz zu fühlen?*

Das ist so selbstkritisch gemeint wie es sich liest. Ich brauche die Bestätigung durch meine Leser nicht, denn sie leitet mich in die Irre, wenn ich am falschen Dampfer bin, aber keinen Widerspruch bekomme. Damit wird nicht alles falsch, was ich die letzten Jahre geschrieben habe. Ob Impfung, Prävention mit Masken und Luftreiniger, Aerosol-Übertragung, Varianten-Entwicklung, Ursprung des Virus, wirtschaftliche Folgen – vieles sehe ich auch heute noch so, in anderen Punkten musste ich bereits Rückzieher machen (siehe Liste im Kapitel Erratum) und arbeite noch daran, mir ein umfassenderes Verständnis anzueignen, um keine Extremposition zu vertreten.

Die Akutphase ist durch, die SARS-CoV2-Pandemie ist vorbei. Die Pandemie der Spätfolgen hält an, selbst mit nachlassender Zahl an neuen Betroffenen – einfach, weil die Ursachenforschung noch keine klaren und verlässlichen Antworten liefern kann, wie man sich schützt bzw. welche Medikamente helfen. Davon eingeschlossen postakute Infektionssyndrome generell, über die ich vor der Pandemie noch nichts wusste.

2022 hab ich noch auf Schleimhautimpfstoffe gehofft, doch Virologe Krammer sagte bald „Operation Warpspeed ist vorbei.“ und so wie wir uns politisch entwickeln (siehe oben), ist fragwürdig, ob sie überhaupt bestellt würden. Ich kann nicht ewig im völligen Vermeidungsansatz leben, das tut mir sozial nicht gut. Die letzten Jahre haben mir gezeigt, dass ich auch mit weniger sozial einschränkenden Maßnahmen gut durchgekommen bin. Von viralen Infektionen bin ich heuer nicht verschont geblieben, aber sie sind folgenlos ausgeheilt. Lästig sind sie halt, aber die Freizeitaktivitäten in Gesellschaft hätte ich deshalb nicht missen

wollen. Anders verhielt es sich noch 2021 oder 2022, als ich noch ein paar Impfungen weniger hatte und noch keinen Zugang zu Medikamenten. Deswegen lässt sich für mich heute mit damals nicht mehr vergleichen, und das gelingt, ohne SARS-CoV2 kleinzureden.

Kommendes Jahr stehen für mich Fortbildungen an, eventuell ein Umzug, und allgemeines Bestreben, mich vor allem regelmäßig zu bewegen, weil ich weniger vor dem PC sitzen sollte. Ich lege mir keine strikten Intervalle bei Beiträgen auf, aber es kann zwischendurch auch mal länger werden. Man kann bei mir sicher sein, wenn sich etwas Signifikantes tut, dann wird ich darüber schreiben.

In diesem Sinne wünsche ich meinen Lesern einen guten/besseren Start ins neues Jahr.