

# Coronafakten.com – Archiv 2025

## Inhalt:

1. **2-17** Ihre Rolle in der Pandemie: Infektiologe Wenisch
2. **18-26** Ihre Rolle in der Pandemie: Virologe Drosten
3. **26-29** Ende der Überwachung?
4. **30-36** Meine Rolle als Citizen Journalist in der Pandemie und danach
5. **36-47** Was passiert mit den Impfstoffen unter Trump?
6. **47-51** Schwere Influenzasaison und kaum SARS-CoV2
7. **51-64** Faktencheck: Tegnell und der Schwedische Weg
8. **65-73** Habe ich mich aus „Team Vorsicht“ verabschiedet?
9. **73-91** Tegnells Rolle bei der Great-Barrington-Declaration
10. **91-97** ORF NÖ lädt Verschwörungsideologen ein und verbreitet Falschaussagen in der Ankündigung
11. **98-100** (Kleine) Frühlingswelle nicht ausgeschlossen
12. **100-125** 5 Jahre Pandemiebeginn: Teil 1 – Der Ablauf der Pandemie
13. **125-129** Trendwende im Abwasser: LP.8.1.-Welle?
14. **129-135** Keine Frühlingswelle in Sicht – vorerst
15. **135-144** SARS-CoV2 Update: Jetzt kommt die Frühlingswelle
16. **144-149** Covid ist nicht „airborne AIDS“!
17. **149-178** 5 Jahre Pandemie: Teil 2 – Der Weg der Bundesländer
18. **178-180** Nimbostratus
19. **181-182** Indoor air quality during a hut hiking tour
20. **182-185** Knick in den Wellen?
21. **185-188** Zur aktuellen Corona-Welle

# Ihre Rolle in der Pandemie: Infektiologe Wenisch

[Januar 3, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)

"Mit Corona und den Kindern habe 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, Frühstück bei mir, Ö3)

Wie ich in den letzten Monaten immer häufiger zum Ausdruck gebracht habe, schließe ich mich der [Sichtweise der WHO](#) nicht an und betrachte die Pandemie als beendet. SARS-CoV2 ist ein endemisches Virus geworden, dass bi-saisonal zirkuliert. Im Gegensatz zu anderen saisonalen Viren gibt es keinen regelmäßigen „peaking month“ und somit herrscht ganzjährig Viruszirkulation mit immer neuen Varianten vor. Auch darin unterscheidet sich SARS-CoV2 von anderen Viren, deren Genotypen regelmäßig wiederkehren. Die Pandemie wird damit nie zu Ende gehen, je nachdem wie man die Definition ansetzt, doch nachdem alle in der Öffentlichkeit davon sprechen, dass die Pandemie vorbei sei, ist sie wohl gesellschaftlich längst beendet worden. Der Übergang zur Endemie ist womöglich schon mit XBB.1.5 passiert, oder erst nach der großen JN.1-Welle im Herbst 2023. SARS-CoV2 wird sich nun dauerhaft mit erhöhten Krankenständen bemerkbar machen, hinzu kommen die postviralen Folgen, die nicht nur für viele Betroffene, sondern auch für die Gesellschaft anhaltende Folgen bringen wird.

Wie kann ein Rückblick auf die Pandemie also aussehen, wenn über den Zeitpunkt ihres Ende Unklarheit herrscht? Indem ich mich auf die Phase beschränke, wo das Spotlight auf die Wissenschaft und Ärzte gerichtet war, die regelmäßige Updates zur aktuellen Lage zum Besten gaben. In Österreich äußerten sich zahlreiche prominente Wissenschaftler regelmäßig in Interviews oder wirkten aktiv im Beraterstab der Regierung mit. Die Bevölkerung hat ihre Aussagen weitgehend nie hinterfragt und mit dem aktuellen Kenntnisstand der Wissenschaft verglichen. Ich schon – und daher versuche ich ein möglichst differenziertes Bild zu zeichnen von jenen, die da im Mittelpunkt standen. Ungeschönt, aber fair – soweit ich es recherchieren konnte. Über manche Hintergründe von Aussagen werde ich nur spekulieren können, und das auch kennzeichnen.

(Zib- und Report-Transkripte wurden vollständig mit dem Relaunch der ORF-Mediathek gelöscht – danke für nichts)

Den Beginn meiner neuen Serie macht Prim. Univ.-Doz Dr. **Christoph Wenisch**, 4. Med. Abt. mit Infektiologie, SMZ-Süd (KFJ-Spital der Stadt Wien), und Intensivmediziner, sowie Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Infektiologie (OEGIT).

## 2020

Meine erste Erwähnung im Blog war ein [ZiB2-Interview vom 12. April 2020](#), wo Wenisch Hoffnung auf ein wirksames Medikament für schwere Verläufe machte.

„Es gibt auch seit kurzem *„eine Publikation, wo wir auch einen Anteil hatten daran, mit einem neuen Virusmittel, das für Ebola-Patienten auch getestet worden ist und das hat ein wirklich vielversprechenden Ergebnis in dieser ersten Hypothesen-generierenden Studie geliefert“*. Die Frage, ob es etwa schon bis zum Sommer eine erfolgversprechende Therapie gegen Covid-19 geben könnte, bejahte der Mediziner. *„Von dem gehen ich heute aus. Aber ich bin ein Optimist. Ja. Also ich hoffe, ich täusche mich da nicht“*. Aber das Ergebnis das man mit dem neuen Virusmittel gemacht habe, deute darauf hin.“

Die Rede war vermutlich von Remdesivir ([Grein et al. 2020](#), [Pardo et al. 2020](#)). Frühzeitig eingesetzt stellte sich Remdesivir in der Tat als sehr wirkungsvoll bei hospitalisierten Patienten mit und ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf heraus ([Godwin et al. 2024](#)), insbesondere wurde die Sterblichkeit damit deutlich reduziert ([Veronese et al. 2024](#), [Mozaffari et al. 2024](#)).

### 19. April

„Einen normalen Alltag gibt erst nach Covid. Das wird frühestens im 2022er, 2023er-Jahr sein, wenn die Impfung da ist. Alles andere wäre verfrüht zu sagen



Infektiologe Wenisch: Normaler Alltag frühestens **2022**

nachrichten.at - vor 22 Stunden

Infektiologe Wenisch: Normaler Alltag frühestens 2022. Von nachrichte April 2020 14:08 Uhr. Grippe: &bdquo;Keine Panik, aber doch Vorsicht

Wiener Infektiologe: Normalität "erst nach Covid" **2022** oder ... Tiroler Tageszeitung Online - vor 22 Stunden

Infektiologe: Normaler Alltag frühestens **2022** möglich DiePresse.com - vor 16 Stunden

Coronavirus-Experte: Normaler Alltag frühestens **2022** k.at - vor 1 Stunde

CoV: „Normaler Alltag frühestens **2022**“ ORF.at - vor 21 Stunden

Infektiologe: Normaler Alltag kommt frühestens **2022** Lokale Quelle - VIENNA.AT - vor 21 Stunden

[Alle ansehen](#)

Damals hat mich diese Aussage sehr verstört, da ich im strengen Lockdown zuhause saß und dachte, diesen Zustand nun für Jahre ertragen zu müssen. Ich betonte all jene negative Folgen, die die Pandemierevisionisten heute anführen, um nie wieder Lockdowns verhängen zu müssen. Heute ergibt sich ein zwiespältiges Urteil: Für viele Menschen haben sich 2022 die

Sozialkontakte wieder normalisiert, Urlaube wurden geplant und durchgeführt, Handel, Verkehr und Gastronomie normalisierten sich. Aber: 2022 war das Jahr von Omicron, es gab ähnlich viele Tote wie 2020 in Österreich, und weiterhin zahlreiche neue Betroffene von Long Covid (und später MECFS). Es gab hohe Krankenstandszahlen und einen Kollaps der Normalstationen, sowohl wegen Patientenzahl (Omicron war ansteckender als Delta) als auch wegen erkranktem Gesundheitspersonal (offene Schulen). Von Normalität konnte daher keine Rede sein, auch wenn Intensivmediziner keine Ausnahmesituation mehr erlebten. Und „nach Covid“ haben wir nicht erreicht, weil keine sterile Immunität und damit Eradikation von SARS-CoV2 möglich ist.

## **25. Mai**

Wenisch plädierte im Puls24-Interview für die komplette Öffnung der Schulen, *weil Kinder für die Übertragung vermutlich nur eine geringe Bedeutung hätten. Sie seien kaum betroffen und man solle die Freiheitsgrade Richtung Normalität erhöhen.*

Eine Studie unter Beteiligung von Virologe Drosten zeigte hingegen, dass Kinder zwischen Februar 2020 und März 2021 ähnlich hohe Viruslasten aufwiesen wie Erwachsene ([Jones et al. 2021](#)).

Im „[Wien Heute](#)“-Gespräch berichtete Wenisch von einer aktuellen Studie ([Bunyavanich et al. 2020](#) – Samples von 2015-2018, **SARS-CoV2 wurde hier nicht untersucht!**), wonach Kinder unter 10 Jahren deutlich weniger ACE2-Rezeptoren hätten als Erwachsene über 25. Deshalb könnten sie weniger leicht angesteckt werden und auch weniger Viren verbreiten. Beide seien aber gleich infektiös.

*„Wenisch spricht sich dafür aus, Kindern nur dort Masken aufzusetzen, wo es auch Sinn hat. Das sei für ihn sicher nicht in der Klasse, wo ja sowieso eine hohe Infektionsgefahr bestehe, weil man ja längere Zeit drinnen sei. Anders aber am Gang oder beim Anstellen zum Essen, da könnten Masken bei Kindern Sinn haben.“*

Das ist unlogisch.

## **27. August**

Im Gespräch mit „[Wien heute](#)“ äußerte sich Wenisch zu den steigenden Zahlen auf seiner Station durch die Reisetätigkeit im Sommer.

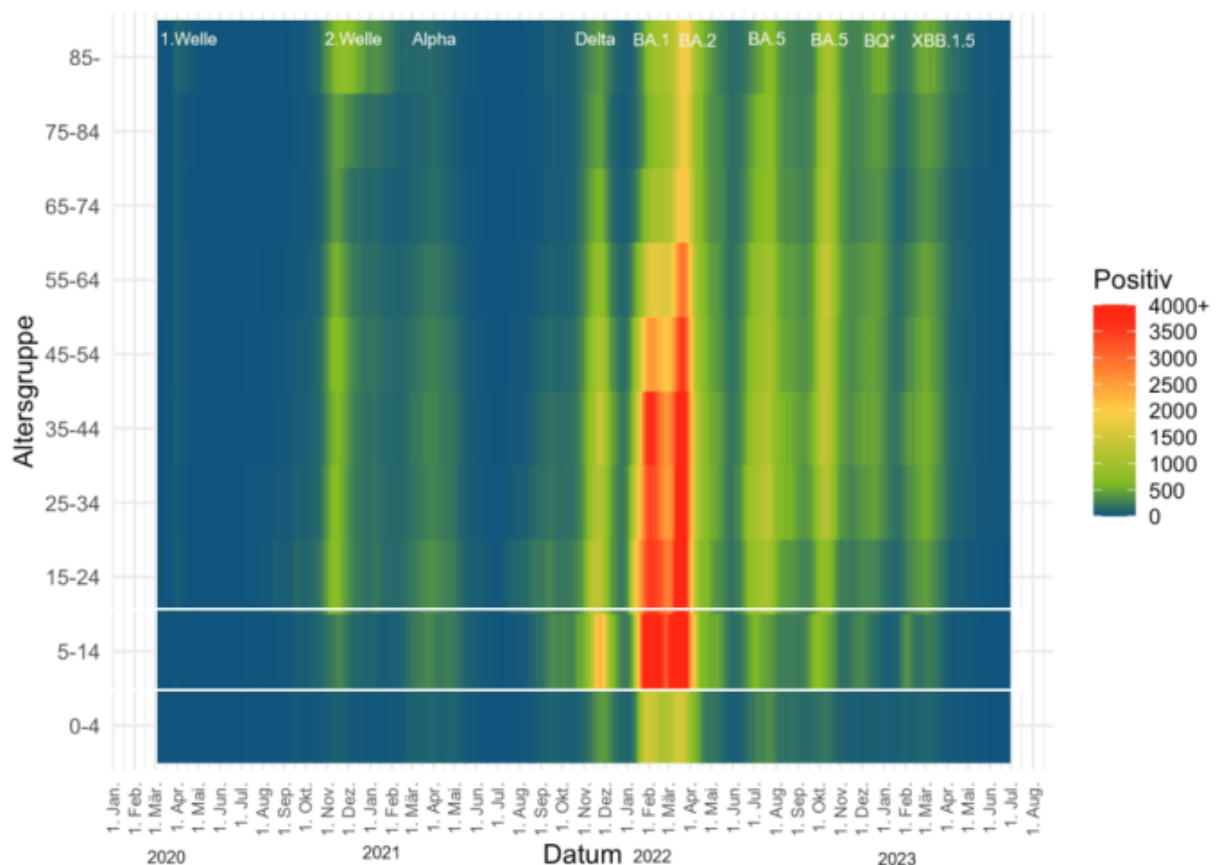
*„Für den Herbst zeigte sich Wenisch optimistisch. Die Urlaubszeit sei dann vorbei.“*

Rückblickend betrachtet falsch, ebenso seine Aussage im Mittagjournal, man müsse sich nicht vor einer zweiten Welle fürchten und die kontinuierliche Belastung sei durch die Reisetätigkeit bedingt.

## Keine Angst vor dem Schulbeginn

Wenisch befürchtet kaum Auswirkungen durch den bevorstehenden Schulbeginn, „weil Kinder das nicht so übertragen. Vor allem in Kindergarten und Volksschule gibt es kaum Übertragungen, das muss man wirklich differenziert sehen.“ Die Schulen sollten so öffnen, wie das jetzt vorgesehen sei. In der Mittelschule müsse man sich halt überlegen, welche Maßnahmen man bei einem Verdachtsfall setzt, also etwa punktuell mit der Maske arbeitet, „aber ich denke, das sind Dinge, die in der Volksschule keine Bedeutung haben. Auch in der ersten Welle hat die Schule eine untergeordnete Bedeutung gehabt. Das hat man auch gelernt, insofern fürchte ich mich vor dem Schulbeginn gar nicht.“

Rückblickend betrachtet ist Wenisch auf das Präventionsparadoxon hereingefallen, im Speziellen hat er wie viele Pandemierevisionisten später die Altersstruktur bei den Neuinfektionen ignoriert:



**Inzidenzen (PCR getestet!) nach Altersgruppen ab Beginn bis Ende der Meldepflicht in Österreich, Quelle: [Erich Neuwirth, Statistiker](#)**

In der ersten Welle waren Kinder und Jugendliche de facto kaum betroffen, weil Kindergärten und Schulen bereits ab Mitte März geschlossen wurden. Infiziert haben sich vor allem

Skiurlauber im Westen von Österreich. In der zweiten und dritten Welle waren schon mehr Kinder infiziert, mit den offenen Schulen bei Delta gab es einen deutlichen Sprung nach oben und mit dem Wegfall der Schutzmaßnahmen mit den Omicron-Varianten wurden Kinder rapide durchseucht.

Kindergärtnerinnen bekamen [doppelt so häufig Covid](#) wie andere Berufsgruppen, der [Abschlussbericht der deutschen KITA-Studie](#) schreibt auf Seite 7, dass Kinder wie Beschäftigte Kontaktpersonen in ihrer Kita-Gruppe anstecken können. Entscheidend bei Kindergärten ist die Hintergrundinzidenz. Ist diese niedrig, sind Kindergärten keine Infektionstreiber ([Hoehl et al. 2020](#)).

In Ö1 behauptete Wenisch am gleichen Tag, dass das wesentliche Problem in der Schule die Grippe sei, nicht Corona, und man daher Kinder gegen Grippe impfen lassen sollte.

## 06. September

Bei „Frühstück bei mir“ (Ö3) [wiederholte Wenisch seine Aussagen](#), u.a. mit dem Titelzitat, und sagte sinngemäß, dass er sich mehr Sorgen wegen dem Straßenverkehr am Schulweg macht als wegen dem Virus, wohingegen Virologin Eckerle am 05. September folgendes sagte:

*„Wir wissen, dass Kinder meist nur mild erkranken, häufig haben sie gar keine Symptome. **Aber Kinder sind in den bisherigen Studien kaum erfasst worden.** Während des Lockdown waren sie zu Hause. Sie gingen nicht einkaufen, sie gingen nicht arbeiten. Kein Wunder, waren es die Erwachsenen, die den Erreger in die Familie trugen und die Kinder ansteckten. Aber diese Situation spiegelt nicht unser normales Leben wider.“*

und

*„In den USA steigen die Infektionen bei den Kindern viel stärker an als in der allgemeinen Bevölkerung. Am Anfang der Pandemie gab es zwei gute Nachrichten, nämlich dass Schwangere und Kinder keine Risikogruppen sind. Das war vielleicht ein Strohalm, an den wir uns alle festgeklammert haben. Aber sie stimmen nicht. Wenn Kinder infiziert sind, haben sie eine genauso hohe Viruslast wie Erwachsene. Es kann sein, dass sie etwas weniger ansteckend sind, weil sie weniger husten und die Aerosole aufgrund ihrer Grösse etwas niedriger in den Raum abgegeben werden. **Aber es gibt eigentlich keine Erkältungsviren, bei deren Verbreitung Kinder keine Rolle spielen.**“*

Daher waren Wenischs Aussagen ohne Fundament, von einem ruhigen Herbst auszugehen und dass man die Volksschulen ruhig öffnen können würde.

## 28. Oktober

In der ZiB2 zu möglichen Schulschließungen: *„Kinder sind die Zukunft. Ich schließe ja auch keine Spitäler im Lockdown.“*

## 09. November

Im Puls24-Interview



*„Betten-Allokation heißt das, Triage ist im Krieg, den haben wir nicht. So Dinge wie Kriegsmedizin, zu dem wird es niemals kommen können bei uns.“*

Hingegen anonym Ärzte und Krankenpfleger:

*“Die Wahrheit ist: Wir sind seit Wochen in der vollen Triage, und es wird jeden Tag enger. Jeder kann sich das selbst ausrechnen: Ein Drittel der Intensivbetten im Land sind nun mit Covid-Patienten belegt. Intensivbetten sind auch sonst zu bis zu 80 Prozent ausgelastet. Jeder kann erkennen, dass sich das nicht ausgeht. Trotzdem wird da draußen gesprochen, als wären wir gerade erst am Limit, und nicht schon lange darüber hinaus.“*

Puls24 brachte ein ungewöhnliches Sendeformat, bei dem [Schauspieler anonyme Berichte aus den Krankenhäusern](#) vortrugen. Die vom ORF beschönigt formulierten [“Triage-Gerüchte im Klinikum Klagenfurt”](#) kann man daher getrost als wahr betrachten.

*„Ich weiß, dass sich Kinder auch anstecken können und auch von Lehrern angesteckt werden können. Kinder sind Teil des sozialen Lebens und spielen natürlich da auch eine Rolle. Aber Kinder verdienen unseren besonderen Schutz. Bei den Kindern geht es nicht nur um die Gesundheit, **denn die sind kaum betroffen**. Es geht hier um das ganze Leben. Es geht um die Bildungskarrieren, die ich in die Waagschale werfe und die ökonomische Entwicklung von einem Kind. Kinder haben, mit ganz wenigen Ausnahmen kein Covid – das ist keine Kinderkrankheit worauf man den Fokus legen muss. Die würden nur draufzahlen wenn man ihnen Bildung, Schule und soziales Leben wegnimmt ohne dabei persönlichen Nutzen zu haben.,,*

(Quelle: [APA-Aussendung](#))

## 10. November:

*„Jene, die ihre Geburtstagsfeiern mit 70 planen und sich ärgern, weil sie nicht ins Theater gehen können, haben das Wesen von Covid19 nicht erkannt. Dafür habe ich kein Verständnis. Und dass man auf Kinder quasi losgeht, **die überhaupt keine Erkrankung haben, sondern nur eine Infektion, also einen milden Verlauf** – das ist medizinischer Sicht überhaupt nicht nachvollziehbar“* ([ORF Wien](#))

## 23. Dezember:

*„Das wird mein schönstes Weihnachtsgeschenk“* bezeichnete Wenisch die Nachricht, dass seine Station die ersten Corona-Impfungen erhalten würde.

## 27. Dezember:

Wenisch [sagte nach seiner ersten Impfung](#), dass mit der zweiten Teilimpfung in drei Wochen für ihn persönlich die Pandemie beendet sei. Die Impfung sei kein Game Changer, sondern „Game Over für das Virus,,.

Dann kam Delta.

Er rechnete mit einer [Entlastung auf den Intensivstationen ab April](#), weil da schon eine gewisse Anzahl an Menschen geimpft sei und es zudem wärmer werde.

Dann kam die ansteckendere Alpha-Variante, während anfangs zu wenig Impfstoff zur Verfügung stand. Zu Ostern gab es den Lockdown im Osten von Österreich, weil dieses Mal in Wien die Spitäler kollabierten. Die Außentemperatur spielt für dieses Virus nur eine untergeordnete Rolle: Neue Varianten und nachlassende Immunität treiben neue Wellen an.

Zu den restriktiven Maßnahmen und Lockdowns sagt Wenisch: „*Diese müssen wir ja rasch loswerden. Das ist ja für uns alle unerträglich. Ich denke, das ist schon ein recht motivierender Grund, sich diesen einen Stich geben zu lassen, der dann in der Folge dominoartig alles in die Situation setzt, wie wir es vor der Pandemie hatten.*„

Offenbar nicht motivierend genug und im Herbst gab es nicht nur wegen der geringen Impfrate, sondern auch wegen der pathogeneren Delta-Variante neuerlich einen Lockdown.

## 2021

Die öfter angesprochene klinische Studie zu Coldamaris fand unter Leitung von Christoph Wenisch im SMZ-Süd beim Spitalspersonal statt. Davon hat man allerdings seit dem Jahreswechsel 2020/2021 nichts mehr gehört.

Mit seiner Impfung und der geballten Faust danach ging Wenisch um die Welt. Er hat auch gleich angekündigt, ein Videotagebuch über seine Nebenwirkungen zu führen. Ein Narkosepfleger kommentierte das so:

*„Ich finde es ja auch seltsam: Bei der Studie wurden 21.000 Probanden geimpft und es traten keine ernstesten NW auf. Aber die Leute brauchen ein Videotagebuch einer Einzelperson, dann fühlen sie sich wohler. Dieses fehlende Verständnis und Vertrauen in Wissenschaft ...“*

### 21. Jänner

Dr. Wenisch hielt einen Vortrag vor Ärzten im St. Josef-Krankenhaus, wo es vor allem ums Impfen ginge, um die Pandemie einzudämmen. Im Vortrag wurde die Rolle der ACE2-Rezeptoren gut erklärt, ebenso die Unterschiede bei den Impfstoffen.

*Ist das ein **harmloser Corona-Kinderschnupfen** oder eine zum Tod führende, schwere Virusinfektion? Die Antwort ist inzwischen auch jedem klar, es ist beides.* (ca. Min 01:19)

*„Jetzt bin ich Egoist, pass auf....Wenn ich mich schütze, dann kann ichs nicht kriegen. Wenn ihr euch schützt, dann könnt es auch nicht kriegen. Und wenn ihrs nicht kriegen könnt, alle mitanand, dann ist mir die Übertragung wurscht. **Dann sollen sies übertragen die Kinder, sie sollen es übertragen in der Schule, es ist mir egal.** Wenn der Lehrer geschützt ist, ich werd eh net krank. Tschuldigung. **Die Kinder sind mir so wurscht.** Die Lehrer müssen mir da schützen, dass sie das nicht kriegen, und dann weiter, weiter...weil die können mit 20+, sag ich, kann man da schon eine Krankheit kriegen, die auch wirklich schirch ist, und deswegen muss man da jetzt impfen und schützen. **Aber die Kinder, die haben so wenig ACE2-Rezeptoren, gutes Immunsystem, dass die das wegstecken wie nix.**“*

Wichtig war seine Warnung vor schweren Verläufen, womit aber nicht das klassische Post-Covid-Syndrom gemeint war:



*„Der Respekt von COVID kommt ja vor die Folgeerkrankungen, der erhöht sich ja. Wenn ich weiß, ich bin drei Tage krank, das halte ich schon aus, das ist so wie ein schlechtes Essen, des geht, aber immer schlechtes Essen, das ist schon was anderes. Genauso ist es mit der Erkrankung, Myokarditis, immer schwach, kognitive Störungen, nie wieder einen Vortrag halten, nie wieder, du bist weg da, keine Luft kriegen, du kannst nimmer Ski fahren gehen, laufen, nix mehr kannst, da wird richtig der Stecker aus dem Leben gezogen. Und das ist das, was 50% der COVID-Patienten betrifft. Die nicht betreffenden können eh, aber das ist ein Thema, das man mit dem Impfen auch weggekriegt, das ist eine Bedeutung, die ein bissl unterschätzt wird.“*

## **05. Februar**

Wenisch sprach sich bei Ö24 ebenso wie Virologin von Laer dafür aus, dass Tirol wegen der Beta-Variante isoliert werden muss.

## **11. März**

In der Zib2 äußert sich Wenisch zu den steigenden Spitalseinweisungen durch die Alpha-Welle in Wien:

*„Ja, wenn man mehr Betten braucht, dann werden halt mehr aufgemacht.“*

Das dieser Mehrbedarf aber zulasten der Regelversorgung ging, sagte er nicht dazu.

Zur zeitlichen Nähe von AstraZeneca (AZ)-Impfungen mit mehreren Fällen von Thrombosen und einem Todesfall befragt, hätte Wenisch den angedeuteten Zusammenhang einfach widerlegen können, etwa hätte er auf die Hintergrundmorbidity durch Thrombosen verweisen können ([siehe Faktencheck](#)). Wenisch beantwortete die Frage hingegen gar nicht, sondern zeigte sich enthusiastisch über Daten aus Israel, die zeigen würden, dass der Impfstoff 95% der Übertragungen verhindert – dabei ging es aber um Pfizer und nicht AZ! Lou-Lorenz Dittlbacher forderte ihn noch einmal auf, sich in die Gefühlslage der Bürger zu versetzen, die die beunruhigenden Meldungen zu AZ hören. Er sagt, er nehme es zur Kenntnis, was die Behörde entscheidet. Ein schwaches Argument für AZ.

Auch auf die Frage, ob er sich gedacht hätte, dass wir ein Jahr später bei 3000 Neuinfektionen stehen würden, antwortete Wenisch ausweichend. Die Mutationen, die Riegelimpfungen, die wunderbare Maske.

*„Die Post-Covid-Betreuung wissen wir“*

Damit meinte er die Betreuung nach einem schweren Verlauf, nicht aber Long Covid nach milden Verläufen.

*“wir haben am Wochenende die große Diskussion gemacht mit LongCovid, ob man diese Patienten impfen sollen, weil die einen **Defekt in der zellulären Abwehr** haben, ja, also es ist wirklich alles, was auftritt, da wird wirklich konzentriert dagegen auch gearbeitet, um Lösungen zu finden. Und für sehr, sehr viele Menschen gibt es ja schon Lösungen.“*

Das war im März 2021. Jetzt ist Jänner 2025 und viele Betroffene wurden von der Kasse ausgesteuert, die PVA verweigert ihnen Rehageld und Invaliditätspension.

Auf die Frage nach weiteren Öffnungen antwortet Wenisch wie die meisten Experten feig:

*“Politisch kann ich es nicht beurteilen, aber ich denke, der Spielraum ist wahrscheinlich, wird relativ gering sein.”*

Das ist so wie, wenn Lawinenwarnstufe 5 herrscht und der Lawinenexperte sagt: *Also aus Sicht der Seilbahnbetreiber kann ich das nicht beurteilen, aber der Spielraum fürs Offenhalten der Skigebiete ist sehr klein.*

*“und das ist halt eine Frage jetzt von Wochen oder Monaten, bis halt die verletzte Bevölkerung geimpft ist, und dann haben wir auch sehr viel Spielraum für Lockerungen”*

Ein Konzept, was später unter „Great Barrington Declaration“ weltweiten Anklang finden sollte, in Österreich aber unbekannt blieb, obwohl es genauso umgesetzt wurde. Der große Spielraum für Lockerungen wurde durch Delta genutzt und führte in den vierten Lockdown im Herbst 2021.

## **14. September**

Infektiologe Wenisch im ORF-Report:

*„[Meine Kinder] werden alle drei [unter 12 Jahren] geimpft, sobald es die Ursula [Wiedermann-Schmidt, Vakzinologin im Nationalen Impfgremium] freigibt.“*

Warum ließ er sie impfen, wenn Covid nach mehrfacher Aussage keine Kinderkrankheit sein soll?

Karl Zwiauer, Kinderarzt und Mitglied des NIG, sah das übrigens anders:

*„Keine der herkömmlichen und derzeit durch Impfungen bekämpfbaren Kindererkrankungen hat eine so große Krankheitslast wie sie SARS-CoV2-Infektion“.*

Seiner Meinung nach dürfe man die Erkrankung nicht mit der bei Erwachsenen, sondern mit anderen Kinderkrankheiten vergleichen. ([ORF Niederösterreich, 17.09.21](#))

Außerdem behauptete riet Wenisch Impfwilligen, *„statt den Fernseher einzuschalten, sich mal hinzusetzen und 1,2 Studien zu Impfungen anzuschauen“*. Das wäre so, wie wenn mich jemand fragt, wie das Wetter wird, und ich geb der Person einen Link zu ein paar Wettermodellen und sag, schau es dir doch selbst an. Experten und vor allem Wissenschaftskommunikatoren sind dafür da, der Bevölkerung möglichst leicht verständlich, aber korrekt zu erklären, wie Impfungen funktionieren.

## **31. Oktober**

Ö3-„Frühstück bei mir“. Wenisch erzählt von einer israelischen Studie, bei der mit Beten bessere Ergebnisse erzielt worden wären. „Irgendwas wirds schon geben.“

Wahrscheinlich meinte er diese Studie: [Leonard Leibovici \(2001\)](#)

Dabei handelte es sich allerdings um [„Joke Science“](#).

## 25. Dezember

Wenisch im Kurier mit seiner berühmten Ansage:

*„Omicron ist ein Weihnachtsgeschenk. Es wird uns rasch umdenken lassen und Maßnahmen – etwa ob man mit Schnupfen in die Quarantäne muss – wird man neu bewerten müssen. Wenn man an die ersten Analysen am Beginn der Pandemie schaut: Damals hieß es, COVID-19 sei vom Schweregrad her zehn Mal so schwer wie Influenza. Ende des Jahres 2020 war Covid-19 dann nur noch dreimal so schwer wie Influenza. Wenn das Virus leichter übertragbar ist, wird es weniger virulent.“*

Die ersten Daten kamen aus Südafrika mit weniger Hospitalisierungen, allerdings mit einer Bevölkerung mit deutlich jüngerem Durchschnittsalter als westliche Staaten (mit höherer Lebenserwartung, muss man dazusagen).

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

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

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

Das „Law of Declining Virulenz“ hatte Bakteriologe Theobald Smith in den späten 1800er Jahren aufgestellt ([Méthot 2012](#)). Das erwies sich jedoch als unzutreffend, wie man am Beispiel Masern, Influenza, RSV und zahlreichen anderen Viren, aber auch Bakterien erkennen kann.

Jahr	Bevölkerung	Todesursache		Todesursache pro Mio EW	
		Suizid	COVID	Suizid	COVID
2016	8,739,806	1204	0	137.76	-
2017	8,795,073	1224	0	139.17	-
2018	8,837,707	1209	0	136.80	-
2019	8,877,637	1113	0	125.37	-
2020	8,916,845	1072	6491	120.22	727.95
2021	8,951,520	1099	7863	122.77	878.40
2022	9,052,856	1276	6317	140.95	697.79

*Im Omicron-Jahr 2022 gab es fast so viele Todesfälle wie im ersten Pandemiejahr (Wildtyp) durch SARS-CoV2, Quelle: Statistik Austria*

Virologe Florian Krammer, 06.02.24 (Twitter):

*„Ich versteh auch nicht warum die Leute der Geschichte vom ‘milden’ Omicron aufsitzen. Was das ‘milde’ Omicron in Hong Kong in der ungeimpften alten Bevoelkerungsschicht angerichtet hat steht den anderen Varianten um nichts nach.“*

([ausführlicher in meiner Kolumne vom 08. Februar 2024](#))

Wenisch: „Was mich aber am meisten stört, ist der staatliche Eingriff ins Privatleben,,

## 2022

### 26. März

Wenisch in [„Wien heute“](#) rechtfertigt seinen Sager von damals:

*„Ich hab das mit Geschenk ... es könnte sein, also es war mit einem könnte..., und zwar war das damals mit dem Gedanken, dass so viele sich infizieren mit einem milden Verlauf, also mit Schnupfen, dass dann eine Immunität entsteht, die eben vor schwereren Verläufen schützt. Das war der Gedanke. Das heißt, dass wir durch diese Durchseuchung mit diesem Omicron eine so gute Immunität in der Gesellschaft aufbauen, dass eine weitere Welle mit einem anderen Virus unwahrscheinlich ist, dass sich ganz arg davon unterscheidet, sondern wenn, dann nur ganz wenig unterscheidet, das heißt, dass die ganze Covid-Pandemie in Richtung Grippe entwickelt.“*

Nur war das nicht das, was passierte, wie die Statistik-Austria-Daten zur Todesstatistik zeigen, ebenso die zahlreichen Long Covid-Fälle die passiert als sind, als sich viele nach drei Wildtyp-Impfungen mit einer der Omicron-Varianten angesteckt haben. In meinem Freundes- und Bekanntenkreis sind leider mehrere Betroffene aus dem Jahr 2022, die noch heute darunter leiden.

*„... durch diese Mischung aus Impfung und Ansteckung, dass die Evolution der Viren gezwungen wird, nur noch in eine Richtung zu gehen, das heißt nicht mehr bizarr sich ganz anders entwickeln, so wie es jetzt passiert ist, sondern sich so vorstellen... da war das Ur-Virus, da ist Richtung Delta gegangen, und dann ist Immunität aufgebaut worden, und dann ist aber nicht weiter Delta-Weg gegangen, sondern plötzlich Omicron. Das ist in eine völlig andere Richtung gegangen, deshalb hat es so viele erwischt. **Wenn wir jetzt aber schauen, dass aus dem Omicron nicht wieder was weiß ich was entsteht, wieder eine ganz andere Abzweigung, sondern dass es da weiterbleibt**, dann könnte es sein, dass die Immunität, die jetzt generiert ist durch viele Ansteckungen, Impfungen, dass das einen Nutzen gemacht hat.“*

Nur: Wie will man dafür sorgen, dass Omicron keine falsche Abzweigung nimmt? Die Impfraten sind kontinuierlich gesunken. JN.1 war der nächste Sprung, der wieder sehr viele Menschen infiziert hat. Die Anzahl der Todesfälle durch Corona ist mir nicht bekannt, da die Meldepflicht Ende Juni 2023 abgeschafft wurde.

Seine Aussage war nicht ganz falsch, denn keine der Omicron-Varianten erreichte bisher die Pathogenität von Delta. Sie waren jedoch so schwerwiegend wie der Wildtyp, daher kann von harmlos keine Rede sein.

Am **29. März** sprach sich Infektiologe Wenisch gegen die verkürzte Quarantäne aus.

### 23. Juni

*„Es gibt noch freie Betten. Und es werden auch wieder welche geschaffen werden.“*

*„Aber es ist so, dass halt wirklich Stationen aus dem Nicht-Covid-Betrieb jetzt wieder in den Covid-Betrieb gehen mussten, in der unmittelbaren Vergangenheit.“*

*„Die generelle Maskenpflicht hätte uns aber ohnehin nicht vor der Sommerwelle bewahrt, glaubt Wenisch: „Ich glaub, dass die Viren schlauer sind, insofern sie leichter übertragbar sind. Und man ist da immer über weite Strecken ein Trittbrettfahrer.“ (Wien ORF, nicht mehr verfügbar)*

Gesundheitsökonom Thomas Czypionka: „Da irrt er tatsächlich. Die Masken wirken bei Omicron sogar besser. Die Größe der Tröpfchen korreliert mit dem Durchmesser der Herkunft. Da Omicron mehr im oberen Respirationstrakt repliziert, wird es durch größere, aber dadurch leichter filterbare Tröpfchen übertragen.“ (Twitter)

## 05. September

*„Nach zwei Herbst-Pandemie-Phasen muss ich für den dritten Herbst sagen, ich bin da völlig überfragt. Man konnte es bisher auf der Basis von mathematischen Berechnungen gut prognostizieren. Ich glaube aber, jetzt wird es immer schwieriger, das vorauszusagen“. Der Experte meint jedoch, dass ein Lockdown „obsolet“ wäre. **Er hätte diese Maßnahme ohnehin nie verstanden, mit Ausnahme des ersten, wo man noch nicht gewusst hätte, was auf uns zukommt.**„ ([Heute-Zeitung](#))*

## 2023

### 14. Februar

*„Pandemie mit Frühling vorbei“ ([Wien ORF](#))*

*„Mittlerweile spricht Wenisch von einer gewöhnlichen Infektions-Krankheit, vergleichbar mit Influenza. „Also Corona alleine ist jetzt gar nicht mehr das Thema, sondern zusätzlich eine zweite Krankheit, die den schweren Grad dann bedingt und den Zustand so macht, dass im Krankenhaus behandelt werden muss.“*

Wenisch adressiert hier erneut nur Akutverläufe, nicht Long Covid.

*„Da freue ich mich, dass das jetzt wirklich vorbei sein wird, weil die Durchseuchung so gut ist, dass nicht so viele Patienten auf einmal wieder ins Spital reinkommen.“*

Durch die Durchseuchung sind bis dahin bereits über 18000 Menschen gestorben. Eine zynische Aussage.

*„Zu tun gibt es aber laut Wenisch trotzdem noch genug rund um das Pandemiegeschehen – nämlich mit der Behandlung von Long-Covid. Hier bestehe Aufholbedarf. „Da müssen wir noch besser werden. **Da müssen wir ein Rezept finden, wie wir diese Personen behandeln können. Zum Beispiel eine Tablette***

*oder eine Infusion und dann geht das Ding weg. Wir starten jetzt im April eine Studie mit einem neuen Medikament, wo wir eben diese Antikörper, die gebildet werden gegen den Herzmuskel, therapieren kannn.“*

Dafür ist Long Covid leider zu vielschichtig und das hätte er zu diesem Zeitpunkt wissen müssen nach der Übersichtsarbeit von [Davis et al. \(2023\)](#). Unklar war wieder einmal, auf welche Studie sich Wenisch bezog und was daraus geworden ist.

## 19. März

Lang hielt das Frühlingserwachen nicht an, denn es kam die XBB.1.5-Welle:

*„Denn bis vor kurzem waren nur 10% der Patienten in meiner Station Corona-Kranke, nun sind es 50%“ (Krone)*

## 20. September

Dok1-Sendung „Die verschwundene Seuche“ von Hanno Settele.

[Faktencheck zur Sendung](#) und [zur Stellungnahme des Beschwerdeausschuss zu meinem Beschwerde](#).

Wenisch: *„Ist vorbei ja. Seuche ist halt, es ist eine Pandemie, die vorbei ist. Es ist aber eine Krankheit, die wir jetzt aber mehr haben, die wir genauso wie Influenza oder Pneumokokkeninfektion oder Staphylokokkeninfektion in der Reihe, in der langen Liste der Erkrankungen, die wir zu behandeln haben.“*

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

Was er nicht dazu gesagt hat, waren die toten Kinder durch Covid, die MISC-Fälle, die schweren Verläufe bei Kindern und Jugendlichen. Nicht vergleichbar mit Erwachsenen, aber wie Zwiauer 2021 sagte, sollte man sie mit anderen Kinderkrankheiten vergleichen. Prävention war im Interview Fehlanzeige.

Aus der Stellungnahme wurde deutlich, dass Wenisch der WHO direkt widerspricht, welche die Pandemie nicht beendet hat. Wenn er die Pandemie als beendet sieht, hätte er das begründen müssen. Ebenso gibt es die erwähnten Therapieoptionen vor allem für schwere Akutverläufe, die auf seiner Station landen, nicht aber für Longcovid-Betroffene.

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

Es gab zwar nur 10 Todesfälle bei den unter 14 jährigen, aber natürlich bis ins Jahr 2024 tausende Hospitalisierungen – etwas, was man unbedingt vermeiden sollte.



Hinzu kommt die hohe Dunkelziffer an LC-Betroffenen.

## 23. September

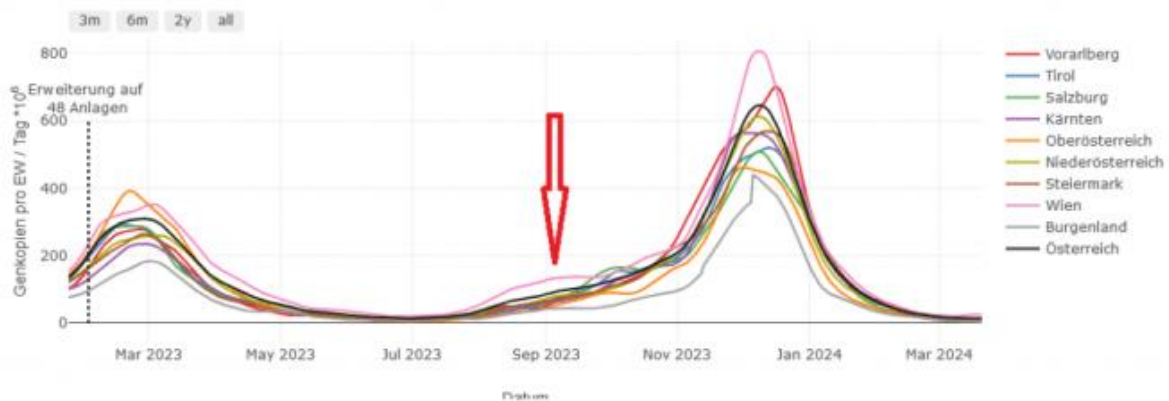
In einem Interview „Bei Budgen“ erwähnt Wenisch Long Covid mit keinem Wort. Nach Anlaufstellen für LC-Expertise wurde damals aber auf die Infektiologie der Klinik Favoriten verwiesen, deren Leiter er ist.

## 23. September

*Er habe zwar schon gesagt, dass die Impfung „keine sterilisierende Immunität macht, dass diese Krankheitsübertragung damit nicht geblockt werden kann“, Deshalb sei die Impfung „kein guter Kandidat“ für eine Verpflichtung gewesen.*

Die Begründung der Impfpflicht war nicht die verhinderte Weitergabe der Infektion, sondern die **Verhinderung der Überlastung der Spitäler**. Die Impfpflicht wurde wegen Omicron ausgesetzt, weil Überlastung (angeblich) nicht mehr gedroht hat. In Portugal gab es mit hoher Durchimpfungsrate (über 90%) erheblich weniger Intensivpatienten während Delta als in Österreich mit 65%. Als die Impfpflicht beschlossen wurde, haben sogar drei Impfdosen noch einen guten Übertragungsschutz erzeugt – gut genug, um hohe Infektionswellen zu verhindern. Erst mit Omicron ist der Übertragungsschutz unterlaufen worden, aber selbst da war auf Bevölkerungsebene noch eine Reduktion der Verbreitung möglich.

Personengewichtete Verläufe der Bundesländer (und gesamt Ö):



*Seine Sorgen, was den CoV-Herbst in Bezug in Wien betrifft, seien „total klein im Vergleich zu dem, was gewesen ist. Wir erwarten, dass es eigentlich so normal weitergeht, wie es in der Vergangenheit gewesen ist“*

Im gleichen Herbst gab es im Abwasser die bisher größte Covid-Welle und eine Vielzahl von Krankenständen inklusive deutlicher Übersterblichkeit.

*„Wenn man von einer überstandenen Infektion bereits wisse, dass man nur mit einem Halskratzen reagiere, könne man sich die Impfung schenken.“*



Das ist der hemdsärmelige Wenisch, wie man ihn von Beginn an kannte – Schnellschüsse bei den Aussagen ohne Fundament. Eine milde Erstinfektion war keineswegs ein Garant dafür, dass es beim nächsten Mal genauso mild bleiben würde.

## 2024

### 28. November

#### [Faktencheck zur Ö1-Sendung über „Winterinfektionen“](#)

Wenisch auf die Frage, ob man in öffentlichen Verkehrsmitteln auf längeren Reisen eine Maske tragen soll:

*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.

Wenisch erwähnt 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.

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

### 17. Dezember

#### [Faktencheck zum Ö1-Früh- und Morgenjournal](#)

Wenisch wiederholte im wesentlichen seine Aussagen vom 28. November, was vor allem daran lag, dass man Auszüge aus der damaligen Sendung erneut gesendet hat. Eine Quelle für die 11% Reduktion erhält man nicht – angeblich stammt sie aus einer internen Fortbildung.

„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 schlug hier sogar das Gegenteil von dem vor, was Wenisch gesagt hat!

## Hintergrund

Wenisch äußerte sich in Summe vehement gegen Schulschließungen, aber auch Masken, zitierte gerne Studien, ohne eine Quelle zu nennen (in einem Live-Interview könnte man den Lead-Autor nennen als Anfang) und wollte möglichst wenig Eingriffe ins Privatleben. Woher kommt seine kategorische Ablehnung der Maßnahmen? Das wird nachvollziehbarer, wenn man den [Steckbrief über ihn in der Zeitschrift NEWS](#) (27.01.22) liest:

*„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“ zurückerinnerte. 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“*

Wenisch erlebte damals seinen persönlichen Lockdown und behielt daraus offenbar ein Trauma. Nur: Damals gab es Antibiotika gegen Streptokokken, während Anfang Jänner 2022 erst ein Bruchteil der Kinder und Jugendlichen gegen SARS-CoV2 geimpft war. Medikamente gab und gibt es für Kinder keine. Deswegen lässt sich die Situation damals und heute nicht vergleichen und was ihm damals übertrieben schien, war in der Früh- und Akutphase der Pandemie notwendig, um einen Kollaps des Gesundheitssystems zu verhindern – um das zu erkennen, muss man allerdings über den Rand der eigenen Intensivstation hinausblicken können. Long Covid besteht nicht nur aus Betroffenen mit schweren Verläufen auf der Intensivstation, die das Post-Intensive Care Syndrom (PICS) entwickeln. Viele Intensivmediziner waren im Spätwinter 2022 sehr schnell damit, die Pandemie für überstanden zu erklären, als die Zahl der schweren Verläufe durch die Impfung abgenommen hat. Wenisch machte da keine Ausnahme.

In Summe bleibt also ein äußerst zwiespältiges Resümee zu seiner Rolle in der Pandemie. Er hat wie fast alle Ärzte die Impfung beworben, aber gleichzeitig die Rolle der Kinder in der Pandemie verharmlost, sowohl ihr Beitrag zum Infektionsgeschehen, ihr Erkrankungsrisiko als auch Long Covid. Wahrscheinlich hat er kaum bis nie Kinder auf seiner Station zu Gesicht bekommen – alleine [bis Anfang 2021](#) wurden 350 Kinder hospitalisiert, 20 waren wegen MISC auf einer Intensivstation. Wo blieb die Solidarität mit vulnerablen Kindern, etwa mit Herzfehlern oder dem Down-Syndrom? Warum hat man keine Kinderimpfkampagne angestrebt, um die vulnerablen Kinder im Bildungswesen durch „Herdenimmunität“ zu schützen. Die Impfung hätte das Übertragungsrisiko reduziert, selbst ohne Luftreinigungsmaßnahmen oder Masken. Prävention war bei Wenisch – bis auf die Impfung und Handhygiene – leider immer Fehlanzeige.

# Ihre Rolle in der Pandemie: Virologe Drosten

[Januar 12, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



**Mascolos Pandemierückblick**

**Drosten und**

Wenn ich alle Facetten über Virologe Drosten diskutieren wollte, müsste ich wohl ein Buch verfassen. Ich kann vieles hier daher nur anreißen. Neulich hörte ich den [episch langen Jung- und-Naiv-Podcast \(4 Std. 44 Min!\) mit Drosten](#), um mir ein differenzierteres Bild über seine aktive Rolle in der Pandemie zu machen. Die geht weit über das personifizierte „Hassobjekt“ der Rechten und der „Drosten-Jünger“ eines Teils von „Team Vorsicht“ hinaus, die ihn häufig

auch sehr unsachlich wegen seiner Aussagen zur Schleimhautimmunität nach SARS-CoV2 kritisieren. Ich hab auch sein Buch „*Alles überstanden?*“ mit dem Co-Autor und Journalist „Georg Mascolo“ gelesen. Podcast und Buch teilen die Gemeinsamkeit in der Einfältigkeit der Fragen. Es ist weder ein wissenschaftsorientiertes Buch noch Podcast, sondern es werden die populistisch zugespitzten Fragen behandelt, die in den Medien seit dem Ende der Pandemie laufend ab und ab gespielt und von rechtsextremen Parteien instrumentalisiert werden. Tiefer als im damaligen NDR-Podcast wird es nie mehr werden. Das ist für die Reichweite natürlich nachvollziehbar, aber der Erkenntnisgewinn hält sich entsprechend in Grenzen.

## Teil 1: Ihre Rolle in der Pandemie – Infektiologe Wenisch (03.01.25)

### Über seinen Werdegang

Drosten hat Medizin studiert und wollte ursprünglich Anästhesist werden. Um sich das Studium zu finanzieren, hat er in der Pflege und Intensivmedizin gearbeitet. Früh im Studium war er dann fasziniert von Viren und wurde zum Experten für Coronaviren. Daher war es naheliegend, dass er seine Expertise mit der Öffentlichkeit und Politik teilen würde. Er entwickelte den **ersten PCR-Test**, um SARS-CoV2 nachzuweisen. Er warnte frühzeitig vor der Pandemie und auch vor einer **schweren Winterwelle**. ZIB2-Zuschauer wissen das vom April 2020. Im gleichen Monat erwähnte er im NDR-Podcast erstmals die Rolle der **Aerosol-Übertragung** und revidierte seine anfängliche Skepsis gegenüber einer **Maskenpflicht**, die nicht nur auf das Gesundheitswesen beschränkt war. Drosten ließ keine Unklarheiten aufkommen, was die **Rolle der Kinder** betraf. In epischer Länge besprach er Studien, wonach Kinder **ähnlich hohe Viruslasten wie Erwachsene** hatten und demzufolge ähnlich ansteckend sein konnten. Es ließ nie Zweifel daran, dass Kinder eine Rolle im Infektionsgeschehen spielen würden. In späteren Beiträgen sprach er erstmals die **breite Desinformation in den Medien** an, unter dem Begriff **PLURV** bekannt. Ohne den NDR-Podcast hätte ich nie von PLURV gehört und die Methoden in meine Faktencheck-Routine aufgenommen! Drosten nahm kein Blatt vor dem Mund, was er von *focused protection* der rechtslibertären Great-Barrington-Declaration-Vertreter hielt: Nichts. Alle diese Punkte sind in seinen NDR-Podcasts nachzulesen.

Drosten hat sich laut eigener Aussage drei Mal infiziert, das erste Mal im **Schweden-Urlaub** (Sommer 2022, BA.5), das zweite Mal ironischerweise bei einem **WHO-Treffen** in Genf (Herbst 2022, BF.7), und das dritte Mal war er **Index-Person** am Silvesterabend und habe symptomfrei singend seine Partygäste infiziert, aber erst am Folgetag Symptome bekommen (2023/24, JN.1?).

### Der Podcast

Ich hab mir während dem Anhören Notizen gemacht und möchte ein paar Punkte wiedergeben, die mir relevant erschienen.

Drosten sieht sich nicht als Medienprofi, wie übrigens viele Wissenschaftler, die plötzlich durch ein Ereignis in der Öffentlichkeit stehen und das nicht regelmäßig tun. Er besitzt einen ethischen Grundkompass und kritisiert Wissenschaftler scharf, die politisch agieren und sich wissenschaftlich falsch zur Pandemie geäußert haben (und immer noch tun). Die Vertreter der Great-Barrington-Declaration seien etwa Pseudoexperten, in ihren Fächern gut, aber hätten Politik betrieben. Die Öffentlichkeit erkennt nicht, dass Mikrobiologe Bhakdi keine Corona-

Expertise hat und schon lange nicht mehr aktiv forscht. Das müsste er selbst erklären, aber wenn er es unterlässt, fördert er Desinformation und richtet Schaden an.

Drosten wurde damals von der CDU in den Sachverständigenausschuss gesetzt, ist dann aber rausgegangen, weil er die parteipolitische Argumentation nicht mehr ausgehalten hat. Man müsse sich auch Maßnahmen anschauen, wenn sie einem privat nicht gefallen, z.B. Kontaktbeschränkungen ([vgl. Infektiologe Wenisch](#), der unter den Kontaktbeschränkungen während seiner Scharlach-Erkrankung in der Kindheit so gelitten hat, dass er sie in der Corona-Pandemie immer möglichst schnell abschaffen wollte).

*„Kontaktreduktion: Das, was niemand wollte, war das effektivste.“*

Die Öffentlichkeit hatte eine falsche Vorstellung über die Beraterrolle der Experten für die Regierung. In der Virologie bespricht man nicht, ob man Schulen schließen soll, Maskenpflicht beschließt oder Kinder impft, sondern da geht es darum, wie ansteckend das Virus ist, ob Aerosole eine Rolle spielen, ob Masken etwas nützen, generell die Eigenschaft von Viren und Immunität. Welche Maßnahmen daraus abgeleitet werden, sei Sache der Politik.

*„Die neutrale Instanzseite müsste Journalismus sein, es gibt sonst keine.“*

Bei den Beratungen gab es meist eine Fragerunde von etwa zehn Minuten, dann durfte ein Experte etwa zehn Minuten frei reden, danach gab es eine interne politische Diskussion. Es wurde immer nie die Gruppe von Experten befragt, darunter von Beginn an nicht nur Virologen („man habe nur auf Virologen gehört“). Im Innenministerium etwa gab es auch eine Beratergruppe ohne Virologen. Generell hätten Politiker eine hohe Auffassungsgabe, sonst hätten sie keine Spitzenposition inne (ok, Deutschland), Merkel als Naturwissenschaftlerin sei keine Autokratin, sondern es gab Zielkompromisse.

Internationale Studien ([„Evidenzsynthese“](#)) hätten gezeigt, dass Kontaktbeschränkungen die effektivste Maßnahme waren. Homeoffice habe sehr viel gebracht, Schulschließungen hatten einen sehr starken Effekt. Maßnahmen im laufenden Schulbetrieb hatten auch einen Effekt, der aber schwächer ausgeprägt war. Masken zeigten einen deutlich nachweisbaren Effekt. Ständiges Testen im Schulbetrieb war vergleichbar mit Quarantäneregelungen, doch politische Vorwürfe gingen ins Leere, denn im ersten Jahr gab es noch keine Schnelltests und die gepoolten PCR-Tests waren noch nicht ausgereift. Dasselbe der Ruf nach ständigen Tests statt Lockdown, dabei gab es noch keine Kapazitäten, das sei Parteipolitik (vgl. Kurz und „Testen statt Lockdown“, die Kapazität gab es nur in Wien mit LeadHorizon).

Wenn die Maßnahmen unterschiedlicher Staaten verglichen werden, müsse man aufpassen. Im globalen Süden sei die Bevölkerung jünger und mehr draußen, aber Deutschland nur mit deutschen Daten aufzuarbeiten greife zu kurz, denn es gibt Datenlücken. Man brauche Vergleiche für statistische Aussagekraft, etwa Industrieländer der Nordhalbkugel vergleichen. Beispiel Schweden: 40% der Arbeitskräfte im Homeoffice, viel Dienstleistung, geht in Deutschland nicht. Bei Vergleich von Maßnahmen müsse man die Struktur des Erwerbslebens/Industrie vergleichen, Digitalisierung (Videokonferenzen), Schule im Fernbetrieb, beides hat in vielen Ländern besser funktioniert als in Deutschland (und Österreich). Bei uns hieß das de facto Schließung.

Doch es habe keine 180 Tage Schulschließungen gegeben, sondern laut OECD maximal 75 Tage, plus minus paar Tage in anderen Ländern. Quälend war vor allem der lange



Quarantänebetrieb ab 2021/2022, wovon oft sozial schwache Kinder betroffen waren. Also bei jedem neuen Verdachtsfall wieder Klassen geschlossen, ständiger On/Off-Betrieb.

In kaum einem Land gebe es soviel Diskussion um Schulen wie bei uns, in Ländern mit hoher Anfangssterblichkeit, weil man zu spät geschlossen hatte, gibt es generell weniger Diskussion um Kontrollmaßnahmen. Dort habe man begriffen, wie gefährlich das Virus war.

Drosten sprach den in Erwägung gezogenen „Circuit-breaker-Lockdown“ an, mit festem Ablaufdatum, der dann doch nicht durchgezogen wurde. Er hätte Öffnungsdebatten verhindert. Seines Wissens ist das nirgends passiert, wo ich ihn korrigieren muss: In Österreich war es Gang und Gäbe, [jeden Lockdown mit einem Ablaufdatum zu versehen](#), egal, wie die Inzidenz sich bis dahin entwickelt hatte.

Man beging in der Delta-Welle dann den Fehler, alles zu schließen, außer Schule und Arbeit, wo aber am meisten übertragen wurde, daher gab es da viele Tote. Virologen hatten von Beginn an angenommen, dass sich das Virus in allen Altersgruppen gleich verbreitet, das habe sich später bestätigt. Maßnahmen, egal wo, mussten also in Summe reichen, um R unter 1 zu drücken und die Verbreitung zu stoppen. Bei Schulen ging das wegen der Hierarchie wahrscheinlich leichter als bei Arbeitsstätten und wirtschaftlicher Lobby.

**Präventionsparadoxon:** Der Begriff kommt aus der Herzkreislaufmedizin – auf Populationsebene müsse man etwas machen, das dem Individuum sehr wenig nützt. In der Infektionsepidemiologie bedeutet das:

***Prävention verhindert, dass man die Dringlichkeit/Gefahr sieht – man nimmt nur die Unbequemlichkeit wahr, man sieht nicht den Nutzen daraus, denn das wurde ja verhindert.***

GBD-Vertreter wollten Altenheime abriegeln, das sei nicht nur unmenschlich, sondern wenig treffsicher, um Alte zu schützen, denn nur ein ganz geringer Teil wohnt dort. Die meisten wohnen alleine zuhause, hätten sie sich jahrelang einsperren sollen? Damals wusste man noch nicht, dass bereits innerhalb eines Jahres ein Impfstoff bereitstehen würde. Jedes Leben sei zu schützen.

## **Zu Kindern**

Drosten empfahl die Impfung für Kinder, obwohl deren Risiko gering ist? Dazu nahm Drosten ausführlich Stellung. 2021 empfahl die StiKo die Impfung für grunderkrankte Kinder und in Haushalten mit gefährdeten Angehörigen. Auch gesunde Kinder konnten sich impfen lassen, wenn von ihnen und Eltern gewünscht. Es gab keine explizite Empfehlung für alle Kinder, weil die Infektionsgefährdung zum damaligen Zeitpunkt nicht bekannt war, denn dank Prävention waren ihre Infektionsraten noch gering. Bekannt waren aber Nebenwirkungen durch die Impfstoffe. Drosten widerspricht aber teilweise: Man wusste vom multisystemischen Entzündungssyndrom (MIS-C), dass ein dosisreduzierter Impfstoff sicher war und Herzmuskelentzündungen dann nicht mehr auftreten würden.

Im Frühjahr 2022 kamen zwei Wellen mit Omicron, Kinder wurden weitflächig durchseucht, **das „Experiment“ sei noch einmal gut gegangen**. Aber: 1% der symptomatischen Infektionen bei Kindern führten zu Long Covid, bei Erwachsenen 6% (bis Ende 2023). Im Frühjahr 2023 sah die StiKo, dass eine einmalige Infektion bei Kindern nicht genug Immunität erzeugen würde, sie empfahl daher ALLEN Kindern einen Booster. Das war ein Fehler. Besser wäre es gewesen, sie hätten ihn vorher schon empfohlen, **denn es war noch**

**nicht klar, ob die Infektion so folgenlos bleiben würde.** Nach Auffassung der StiKo seien nicht mehr als 3 Antigenkontakte notwendig, aber mit der Zeit würde der Immunschutz immer schlechter werden und die Infektion sei unausweichlich.

## Umstrittene Aussagen:

Natürlich zur Durchseuchung der Kinder mit den Omicron-Varianten:

*„Das Experiment sei noch einmal gut gegangen.“*

Im Dezember 2022 klang das im [„Tagesspiegel“](#) anders:

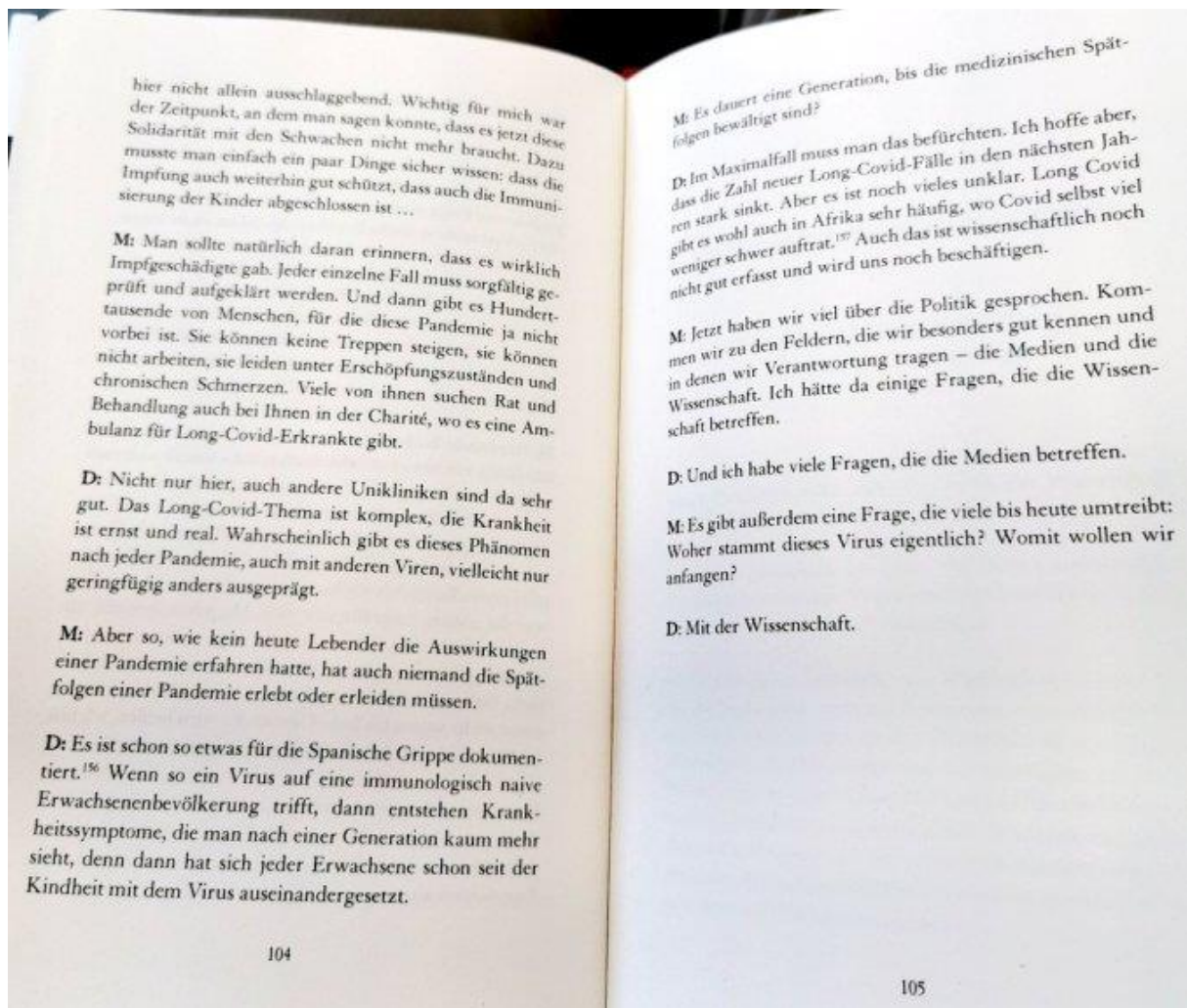
*„Derzeit bekommen Immunologen Befunde, die suggerieren, dass diese Alterung des Immunsystems bei Kindern nach Coronainfektion viel fortgeschrittener ist, als man es erwarten würde. Man kann sich nun zugespitzt fragen, ob ein ungeimpftes Kind nach Infektion vielleicht mit 30 das Immunsystem eines 80-Jährigen haben wird. **Die Durchseuchung der Kinder wäre dann ein riesiger Fehler gewesen.** Das wäre ein extremes Szenario, das man aber mit erwägen muss. Allerdings haben wir keine Infektionskrankheit so gut erforscht wie Sars-Cov-2. Gut möglich, dass es sich bei anderen Infektionen auch so verhält und das Phänomen nach zwei, drei Jahren verschwindet, weil gerade junge Kinder noch naive Immunzellen nachproduzieren können. Wir wissen all dies noch nicht. Ich hatte aus Vorsicht immer für die Impfung und den Infektionsschutz von Kindern plädiert.,,*

Die Aussage steht im direkten Widerspruch zu seiner zweimaligen Aussage, dass 1% der symptomatisch infizierten Kinder Long Covid entwickeln hätten. Hier wäre es notwendig gewesen, Prozentangaben in Relation zu setzen. 1% sind Millionen Betroffene in Deutschland!

Außerdem wiederholte Drosten seine Aussage und die Auffassung der StiKo, dass drei Antigenkontakte, egal ob Impfung oder Infektion, ausreichen würden, um langlebige Immunität zu erzeugen. Das wurde [auf Grundlage aktueller Studien im Februar 2022](#) abgeleitet, die leider in dem Artikel nicht verlinkt wurden. Die Frage ist nur, was damit gemeint ist. Gegen schwere Verläufe und Tod? Dann sind die Aussagen sehr wahrscheinlich zutreffend, jedenfalls für immunkompetente Menschen. Gegen symptomatische Verläufe mit 1-3 Wochen Krankenstand? Da sagen sowohl anekdotische Evidenz als auch der Blick auf die gestiegene Zahl der Krankenstände, dass drei Antigenkontakte wohl nicht ausreichen. Und Long Covid? Dazu sollte er sich vielleicht einmal in Verbindung mit führenden LongCovid Spezialisten und Ärzten setzen. Long Covid hat weder mit Omicron noch mit Einführung der Impfung geendet. Viele Betroffene haben sich nach drei Wildtyp-Impfungen mit Omicron infiziert (meist BA.2 oder BA.5) und sind chronisch erkrankt. In meinem Bekanntenkreis war das der Fall – leider keine Einzelfälle. Ein regelmäßiger Booster kann daher nicht schaden. Die Folgen einer Infektion übertreffen weiterhin bei weitem die einer Impfung.

## Das Buch





### Die einzige Longcovid-Erwähnung

Das Buch ist im wesentlichen die Verschriftlichung des Podcasts. Als scharfer Kritiker ist mir bei der Erstlektüre aufgefallen, dass Long Covid nur einmal erwähnt wird, und zwar auf diesen beiden Seiten.

*„Wichtig für mich war der Zeitpunkt, an dem man sagen konnte, dass es jetzt diese Solidarität mit den Schwachen nicht mehr braucht.“*

Da hat Mascolo leider mangels Expertise nicht nachgehakt. Denn eine Lehre der Pandemie hätte sein können und müssen, dass mehr Solidarität mit Schwachen möglich ist, durch simple Handlungen wie krank zuhause zu bleiben, krank Maske zu tragen, bei Symptomen zu testen, bevor man unter Leute geht, speziell vor dem Besuch „schwacher“ Menschen. Allgemeine Reduktion von Krankheitslast durch mobile Luftreiniger ([Li et al. 2025](#)), wo mechanische Lüftungsanlagen nicht installierbar oder vorhanden sind (Altbauten), sowohl im Gesundheitswesen als auch in Bildungseinrichtungen. Ungeklärt und medial bis heute nie reichweitenstark thematisiert ist das Schicksal der sogenannten Schattenfamilien, also Menschen mit Vorerkrankungen, die es heute schwerer haben als vor der Pandemie, Verständnis für Infektionsschutz zu erhalten ([siehe Martin Rücker, FAZ-Beitrag, leider Paywall](#)).

Die Versorgung der Betroffenen wird hier etwas beschönigt *„auch andere Uniklinken sind da sehr gut“* dargestellt. Es gibt sie weiterhin kaum. Im aktuellen Podcast erwähnte Drost, dass

es Fortschritte in der Therapie geben würde, zweifellos richtig, aber eine Untergruppe der LongCovid-Patienten, jene, die MECFS entwickelt haben, warten weiterhin auf eine Heilung und nicht nur Symptomlinderung. Sonst hat sich Drosten kaum zu Long Covid geäußert, weil das nicht seine Expertise sei. Einerseits für mich nachvollziehbar, er möchte kein *epistemic trespassing* betreiben wie umstrittene KollegInnen, die eine politische Agenda betreiben (jüngstes Beispiel für „upward failing“ ist das Bundesverdienstkreuz für Hendrick Streeck, der für die CDU Wahlkampf macht), andererseits war und ist Long Covid ein so bedeutsamer und gewichtiger Teil der Pandemie, dass man darüber mehr hätte recherchieren können. Das gilt sowohl für die Podcast-Betreiber „Jung und Naiv“, als auch für die beiden Buchautoren selbst.

Auf weitere Aussagen bin ich bereits in einer [früheren Kolumne](#) eingegangen. Für Kritik sorgten auch Aussagen wie sinngemäß „Corona muss zur Erkältung werden, daher muss sich jeder mehrfach damit infizieren,“. Von [saisonalen Coronaviren](#) weiß man, dass es keine langlebige Immunität gibt, sondern man sich immer wieder anstecken kann. In den meisten Fällen verläuft die Infektion zwar unangenehm und mitunter langwierig, aber eher harmlos. Offenbar ist seine Hoffnung, dass durch wiederholte Antigenkontakte die Virusfolgen immer schwächer werden. Als akute Erkrankung betrachtet scheint diese Hoffnung einzutreffen, da die Anzahl der schweren Verläufe stetig zurückgeht. Für Long Covid nach Reinfektion sind die [Studienergebnisse widersprüchlich](#), um es diplomatisch auszudrücken, anekdotische Evidenz bekräftigt eher das Gegenteil, also Spätfolgen durchaus auch erst mit der dritten, vierten oder fünften Infektion. Ich bin aber kein Immunologe und kann die Studien nicht seriös einschätzen.

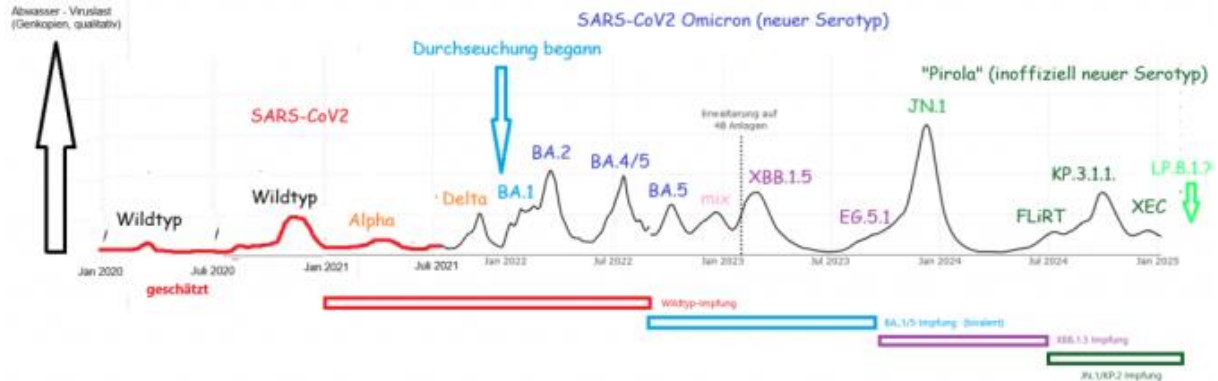
Zur Aussage Ende Dezember 2022, dass die Pandemie nun vorbei sein würde, korrigierte er sich wenige Tage später, dass man das erst im Nachhinein beurteilen können würde. Kernargument war, dass das Virus nun nicht mehr auf eine immun-naive Bevölkerung treffen würde. Der Großteil der Bevölkerung war zu diesem Zeitpunkt bereits durchseucht. Reinfektionen häuften sich mit Omicron. Ich hab den Dok1-Beitrag „Die verschwundene Seuche“ im Herbst 2023 in einem Punkt [zu Unrecht kritisiert](#), nämlich, dass die Pandemie nicht beendet sei. In einem [ausführlichen Beitrag](#) hab ich meine inhaltliche Korrektur erläutert: Die WHO konnte laut eigener Aussage keine Pandemie ausrufen und demzufolge auch keine beenden. Die Pandemie endet zudem nicht nur medizinisch, epidemiologisch, sondern auch gesellschaftlich, politisch. Und das zu unterschiedlichen Zeitpunkten, spätestens dann, wenn für einen persönlich der Schrecken der Erkrankung nicht mehr vorhanden ist. Das kann objektiv falsch sein, ändert aber nichts daran, wie die Gesellschaft damit nun umgeht. Drosten verstehe ich nun so, dass er aus virologischer Sicht Recht hatte. Es sollten zwar neue Varianten folgen, aber keine Zunahme an schweren Verläufen mehr – weil die Hintergrundimmunität breit genug war. Long Covid wird als Einzelfall und nicht als Massenerkrankung gewertet – auch darüber lässt sich streiten – aber es spielt für die Frage, ob die Pandemie vorbei ist, (leider) keine Rolle mehr. Settele antwortete mir damals, dass für über 100 Gesundheitsminister weltweit die Pandemie beendet sei. Die WHO definierte das anders, aber unverbindlich. Erst mit der neuen Definition „pandemic emergency“ können sie einen pandemischen Notfall ausrufen und beenden – auf SARS-CoV2 trifft dieser nicht mehr zu.

Ich hab Drosten seine Aussage übelgenommen, weil viele Politiker, aber auch Vorgesetzte und Kollegen Pandemieende mit „Das Virus ist vorbei“ gleichgesetzt haben. Schutzmaßnahmen wurden inmitten einer Winterwelle abgeschafft, die nicht nur weitere CoV2-Infektionen verhindert hätten, sondern auch die starke Influenzawelle 2022/2023. Poor

choice of wording – vielleicht, aber die Verantwortung tragen die Politiker, Journalisten und Behörden/Verantwortliche in den Betrieben – Don't blame the messenger!

## Ende der Überwachung?

[Januar 12, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



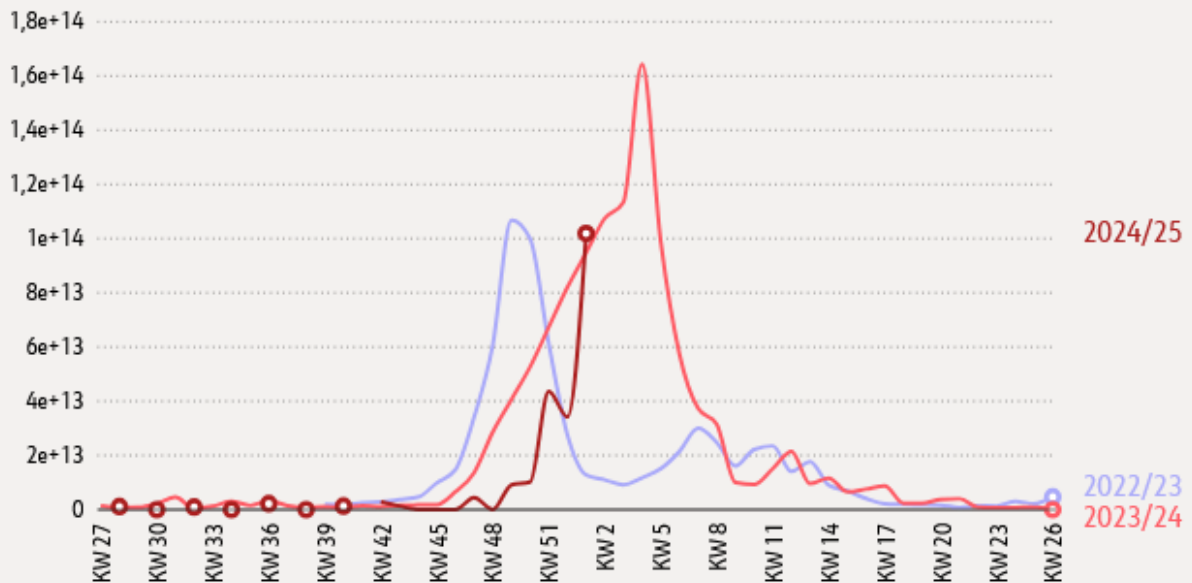
Entwicklung der Virus-Varianten von SARS-CoV2 über dem gesamten Verlauf der Pandemie, qualitative Darstellung (Schätzung der Abwasserdaten aus den ersten 18 Monaten mithilfe der Vorarlbergdaten, die weiter zurückgehen), sowie bereitgestellter Impfstoffe

Ich kann auf über vier Jahr nahezu durchgehende Dokumentation der Seuche zurückblicken. Das Ende der Fahnenstange meiner Berichterstattung scheint jetzt mit der rechtsradikalen Regierung erreicht, mit der sich wohl schon alle abgefunden haben. Nicht, weil das Virus verschwinden wird, sondern weil die Datenlage infrage gestellt ist.

Beim Abwassermonitoring dominiert derzeit jedenfalls klar Influenza, das bereits das Niveau von 2022/2023 erreicht hat. RSV steigt verzögert an, nimmt aber ebenfalls schon stark zu.

## Influenza Virenfracht (Sonntagswerte) Epidemiologisches Abwassermonitoring

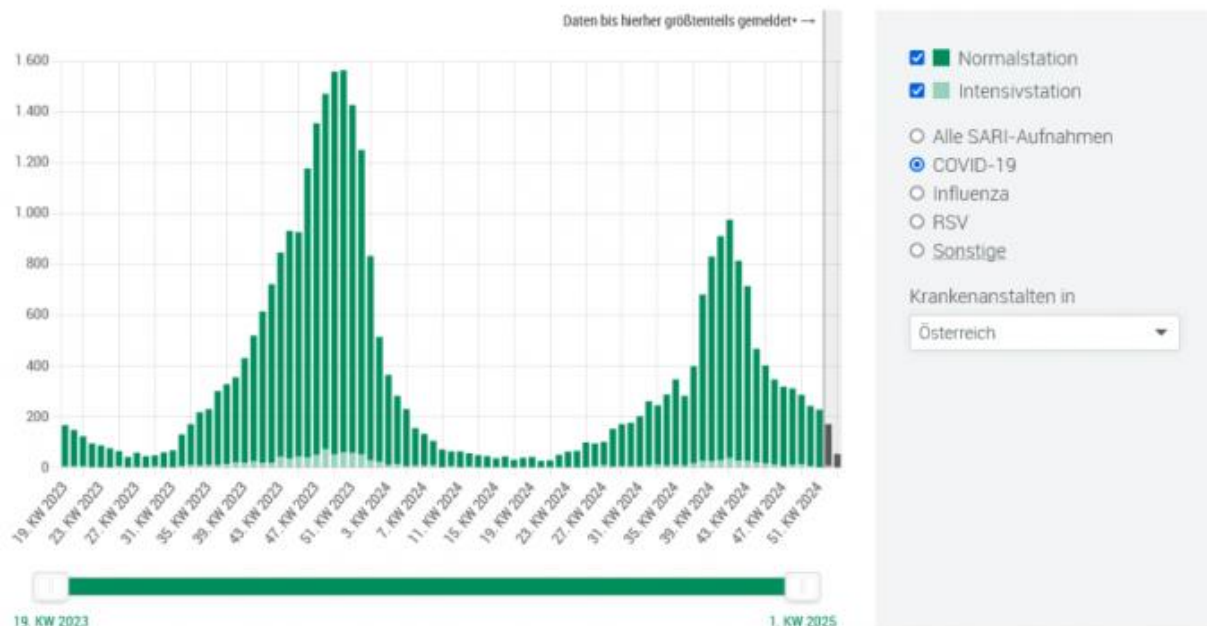
[Genkopien/Tag]



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

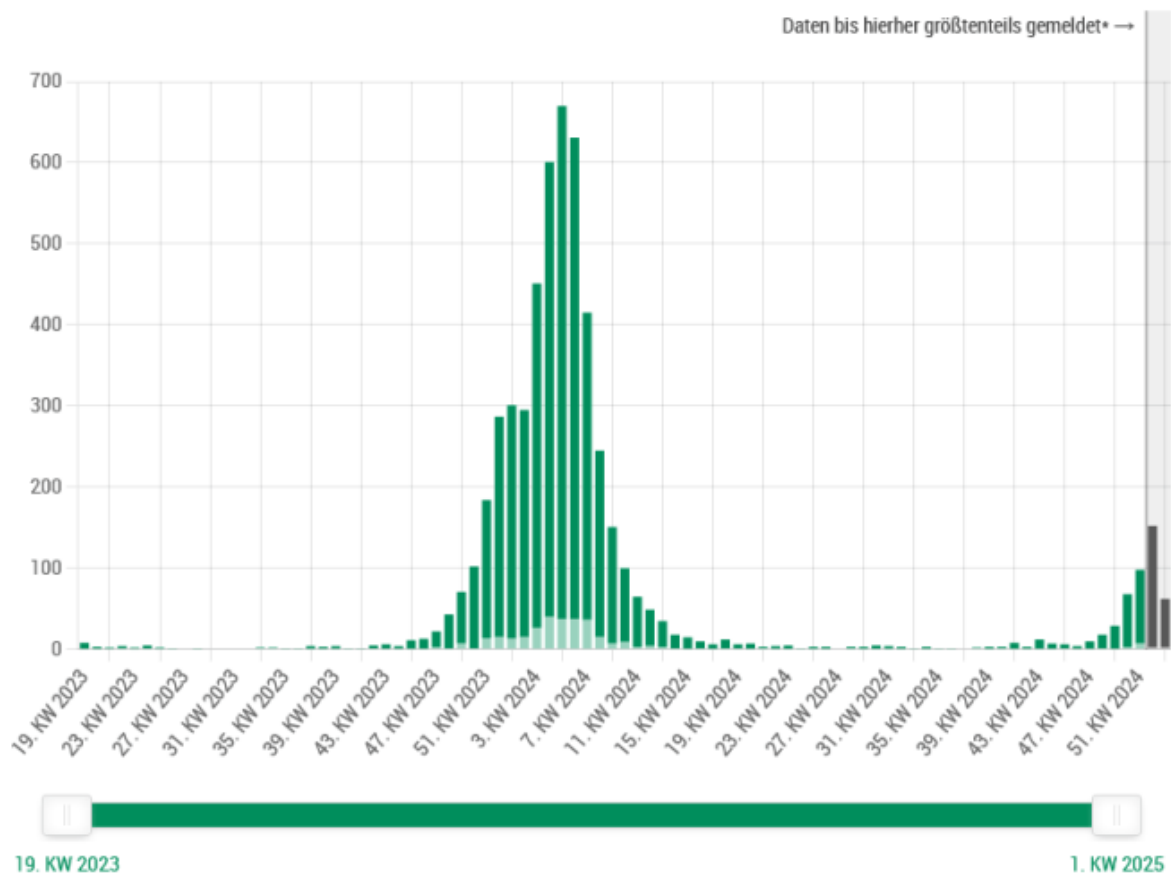
<https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/abwassermonitoring/>

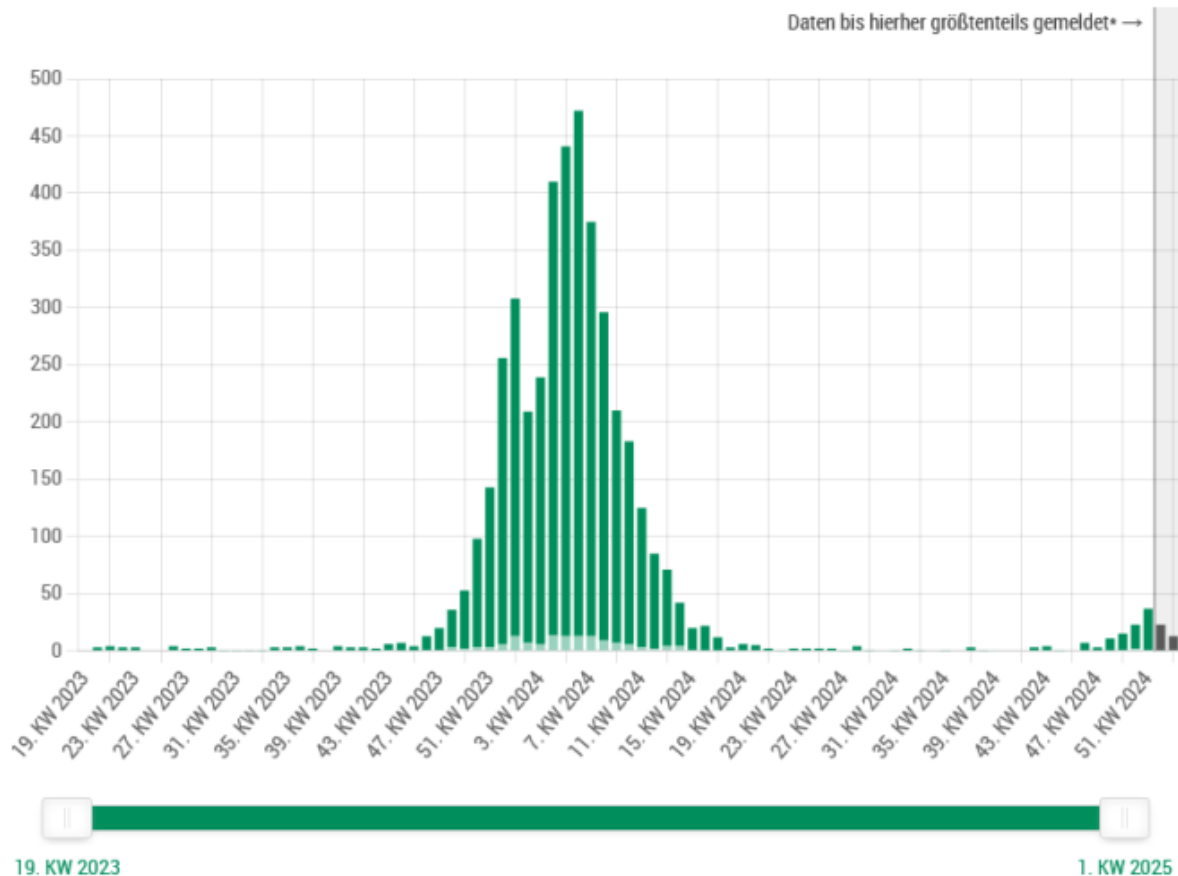
## SARI-Dashboard:



\*Da laufend mit Korrekturen und Nachmeldungen zu rechnen ist, kann sich der Datenbestand noch verändern.  
Quelle: Statistische Daten des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger

Bei den Spitalsaufnahmen ist die Covid-Welle klar durch und lag deutlich niedriger als im Vorjahr, aber immer noch recht hoch für die halbierte Abwasserlast, mit rund 1000 Aufnahmen in einer Kalenderwoche.





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

Quelle: Statistische Daten des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger

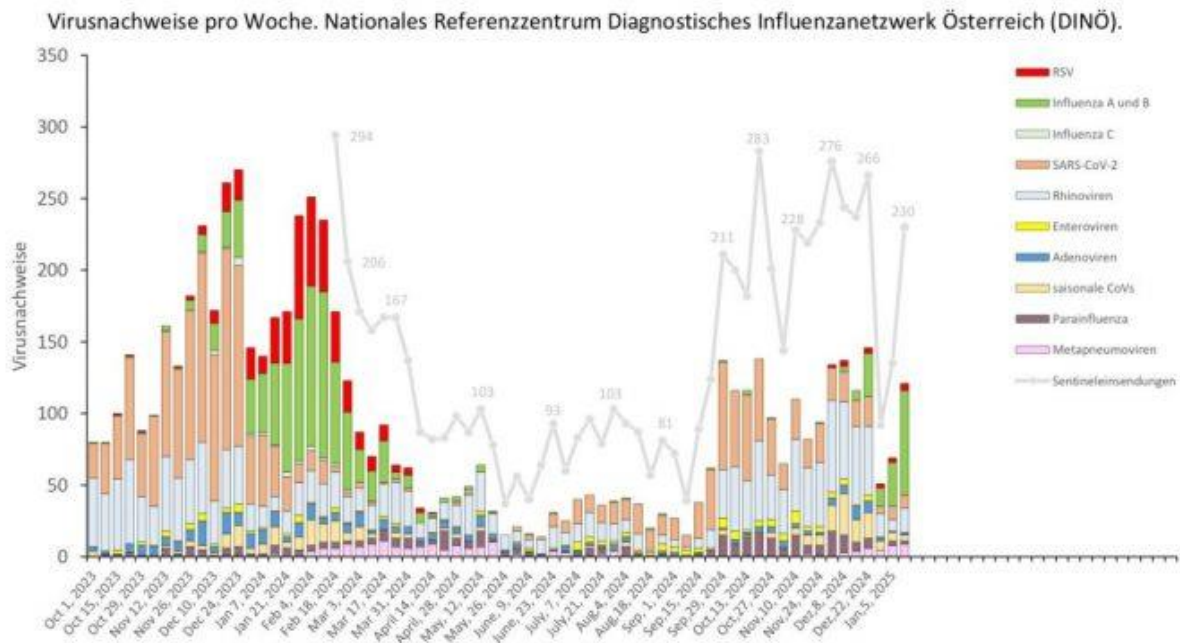
RSV hatte im Vorjahr den Peak nahezu zeitgleich mit Influenza, das könnte heuer auch wieder der Fall sein. Bei Kleinkindern führt RSV mit großem Abstand vor Influenza und Covid. In Sachen Prävention spielt es kaum eine Rolle, was dominiert, es würde eine RSV-Impfung für Schwangere sowie passive Impfungen für die Kinder geben, ebenso könnte man Kleinkinder gegen Influenza und Covid impfen lassen. Und gegen alle drei bösen Viren würden Luftreinigungsmaßnahmen helfen. Und Masken in den Spitälern. Damit könnte man nebenbei auch verhindern, dass ein [unwissender Masern-Patient](#) mehr als ein dutzend Mitmenschen ansteckt, darunter andere Patienten.

An der Variantenfront ist es sonst relativ ruhig derzeit. Global führt **XEC** mit 30% Anteil, dann kommt **KP.3.1.1** (18%) sowie **LP.8.1** (5,6%) als mögliche neue dominante Variante, die infektiöser ist als die anderen Varianten (Stand Hitliste 12.01.25, Quelle: Raj Rajnarayanan). Eine Gamechanger-Variante ist es aber nicht und somit wird SARS-CoV2 durch das saisonale Forcing zwar zu weiteren Ansteckungen im Hoch- und Spätwinter führen, sonst aber Influenza und RSV dominieren, die aber weniger ansteckend sind. Nur etwa 5-10% der Bevölkerung infiziert sich jährlich mit Influenza. Wie es ab März weitergeht, ist völlig unklar. Ob das Datenmonitoring dann noch öffentlich ist, ist ebenfalls unklar.

**Sentineldata – 12.01. 2025**



Aktualisiert: 12.01.2025



**Ungewöhnlich frühe Influenza-B-Welle, mehr als 1/3 der Influenza-Nachweise Quelle:**  
*Aberle/Redlberger Fritz, Virologie MedUni Wien*

Influenza B ist nicht harmlos. In [Schweden](#) gab es 2023 einen Ausbruch mit schweren Enzephalitis/Myokarditis-Fällen bei jungen Erwachsenen. Impfung lohnt sich weiterhin noch, da der Peak noch nicht erreicht wurde.

Es ist nicht das, was viele zum jetzigen Zeitpunkt lesen wollen, aber SARS-CoV2 ist tatsächlich nicht mehr meine größte Sorge derzeit, sondern die Machtergreifung der Faschisten in Deutschland, Österreich und in den USA. Und schon länger in den Nachbarländern Slowakei und Ungarn. Ich hab den Fokus vielleicht zu lange auf Covid gesetzt – wirklich etwas bewegt hab ich damit ohnehin nicht, jedenfalls nicht im Umfeld. Die Leute wollen höchstens wissen, wann sie sich impfen lassen können. Der Fokus auf Long Covid war richtig und wichtig, wird immer wichtig sein. Es ist auch kein Politikblog, sondern in erster Linie dient er der wissenschaftlichen Aufklärung und tangiert dabei zwangsläufig politische Entscheidungen und Aussagen, die dabei hinderlich sind.

Das nächste Update zur aktuellen Infektionslage kommt dann, wenn sich etwas gravierend ändert, oder etwas wegfällt, das sehr wichtig für das weitere Monitoring wäre.

Good night and good luck!



# Meine Rolle als Citizen Journalist in der Pandemie und danach

[Januar 16, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)

Confirmation bias	▼	Selection bias	▼	Publication bias
Observer bias	▼	Recall bias	▼	Sampling bias
Citation bias	▼	Reporting bias	▼	Attrition bias
Anchoring bias	▼	Nonresponse bias	▼	Question order bias
Social desirability bias	▼	Affinity bias	▼	Analysis bias
Attribution bias	▼	Availability heuristic	▼	Gender bias
Interviewer bias	▼	Performance bias	▼	Acquiescence bias
Funding bias	▼	Halo effect	▼	Hawthorne effect

## Verschiedene Arten von Verzerrungen in der Wissenschaft (Auswahl)

Vielleicht gehe ich jetzt zu hart mit mir selbst ins Gericht. Vielleicht wirkt es wie ein Einknicken vor den politischen Verhältnissen, die sich gerade drehen. Vielleicht ist es aber auch nur Zufall, dass ich endlich darüber schreiben werde, was schon länger in mir nagt – mit dem Wunsch, endlich einen Schlussstrich ziehen zu können. Unterm Strich nehme ich nicht alles zurück, was ich die letzten Jahre geschrieben habe. Auch vom [Podcast mit Virologe Drosten](#) bleibt beinahe beiläufig ausgesprochen stehen, dass rund 6% der symptomatisch Infizierten Erwachsenen und rund 1% der symptomatisch infizierten Kinder Long Covid bis Ende 2023 entwickelt haben. Beim Poliovirus waren es 1%, die körperlich bleibende Schäden durch paralytisches Polio entwickelt haben. Polio stand auf der Agenda zur Ausrottung ([mit den derzeitigen Impfstoffen nicht möglich](#)). Ich schrieb viel über Aerosol-Übertragung, zu den manipulierten Angaben „freier Spitalsbetten“, zu den ominösen Haushaltsclustern und zur Durchseuchung der Kinder und Jugendlichen, um schneller Herdenimmunität zu erreichen. 1% haben die Absicht, Herdenimmunität über Infektion statt Impfung zu erreichen, mit ihrer Lebensqualität gebüßt. Es sind auch Kinder an Covid oder den Spätfolgen verstorben. Da gibt es selbstverständlich nichts zurückzunehmen. Sterblichkeit und Übersterblichkeit sprechen Bände.

Der innere Trieb in mir ist, wie auch im Blog „über mich“ erwähnt, „Wissen ermitteln und vermitteln“. Das mache ich seit über 20 Jahren inzwischen, begonnen mit einer Webseite über Wetter, dann über Innsbruck und den Föhn, über Autismus und das Klinefelter-Syndrom und jetzt war eben die Pandemie an der Reihe. Ich hab in vielen Fällen das *Major Consensus Narrative* hinterfragt, also damals gängige und breitenwirksame Theorien, und bin durch intensive Recherche in den Journalen und Anschreiben von Wissenschaftlern auf neue Erkenntnisse gestoßen, hab gleichzeitig auch diesen neue Denkanstöße gebracht. Ich wollte kein Aktivist sein und für eine bestimmte Ideologie stehen, sondern aufklären. Wissenschaftliche Inhalte verstehen lernen und relevante Informationen vermitteln – ohne den

Anspruch zu erheben, dies künftig hauptberuflich zu machen, etwa wie Lars Fischer, Mai Thi Nguyen-Kim oder Kai Kupferschmidt, alles hochgeschätzte Wissenschaftsjournalisten, daneben gibt es noch eine Reihe weiterer, internationaler WissenschaftsjournalistInnen, durch die ich viel gelernt habe. Doch mir waren meist die Grenzen meiner Rolle bewusst, als jemand, der bereits einen Vollzeitjob hat und spezialisiert auf einen ganz anderen Fachbereich ist. Ich würde weder die Reichweite noch die Expertise in der Methodik haben, um ähnlich gute und wichtige Arbeit wie die Genannten leisten zu können.

Es gab eine Phase, vor allem mit der Übergangsphase und Ende der Pandemie ab 2023, wo ich meine Expertise zu überschätzen begann und zunehmend als Aktivist erschien. Ich hab mich zunehmend unglaublich gemacht, indem ich mich nicht klar genug von „SARS-CoV2 ist airborne AIDS,,, „Wir sind immer noch in der Pandemie,,, „In fünf bis zehn Jahren haben alle Long Covid,,, „Jede Infektion ist ein Risiko,,, „Die hohen Infektionswellen sind Folge geschwächter Immunsysteme“ distanziert habe. „**Sie verrennen sich da in etwas**,,, korrigierte mich Epidemiologe Zangerle damals und zuerst wollte ich das nicht wahrhaben, aber mit fortschreitender Zeit habe ich erkannt, dass er Recht hatte. Zum Punkt der Infektionswellen durch andere Infektionserreger werde ich an anderer Stelle noch etwas schreiben, bzw. mein Kapitel über das Immunsystem komplett überarbeiten.

So wie es oft heißt, jetzt haben wir 9 Millionen Fußballtrainer, Ukraine-Experten oder eben auch Virologen, so wenig ist jeder in der Lage, ein guter Citizen Journalist zu sein. Ich denke, mein Weg war ebenfalls mit vielen Irrtümern gepflastert und ist es immer noch. Die Frage ist vielmehr, wie man mit Irrtümern umgeht. Ob man sie still und heimlich unter den Tisch kehrt und einfach seine Meinung ändert.

**„Wenn du nicht mindestens einmal deine Meinung über das Thema geändert hast, hast du schlecht recherchiert,“** ([Lars Fischer in seiner Anleitung zur Forschungsrecherche](#), 2010)

In den letzten Jahren gab es zahlreiche Fallen, die einem als Laien vielleicht nicht bewusst sein, die aber in der seriösen Wissenschaft gelehrt werden: Der **Bias**, also die Verzerrung bei der Interpretation von Daten. Eine zentrale Rolle spielte dabei der **Confirmation Bias**, also die Tendenz, Informationen zu bevorzugen, die eigene Ansichten bestätigen oder verstärken. Das zeigte sich vor allem im **Cherry picking** bestimmter Studien, während Studien mit gegenteiligen Aussagen ignoriert oder abgewertet wurden. Drostens ist im obigen Podcast da sehr klar: In der Wissenschaft geht es nicht um Meinungen, sondern darum, wie man Datensätze interpretiert. Je mehr Studien zu einem Thema erscheinen, desto mehr wird man früher oder später zu einem Konsensus kommen (z.B. über Meta-Analysis und Systematic Review), doch selbst dieser kann mit neuen Daten wieder infrage gestellt werden. „*Team Vorsicht\**“ oder „*Team Zero Covid\*\*\**“, wie sie oft abwertend bezeichnet werden, haben in meinen Augen oft Rosinen gepickt bei der Auswahl der Studien, die ihre Sichtweise bestätigen und zu wenig Graustufen zugelassen, insbesondere ließ man gerne Limitationen unter den Tisch fallen, die aber im „Discussion“-Teil jedes seriösen Papers besprochen werden. Es reicht eben nicht, nur den Abstract und die Conclusions zu lesen und mit viel Reichweite zu verbreiten.

\* **Vorsicht ist nichts Schlechtes.** Better safe than sorry wäre über weite Teile der Pandemie der vernünftige Weg gewesen, speziell was Kinder und Jugendliche betrifft. Das meinte Drostens mit „*Das Experiment sei noch einmal gut gegangen.*“ Er hatte immer für die Impfung statt Infektion plädiert und die Stiko hätte den einmaligen Booster für alle Kinder empfehlen sollen, bevor die Schutzmaßnahmen alle gefallen sind. Für über 90% der Kinder ist je nach Definition von Long Covid das Experiment gut ausgefallen, wobei wir über Langzeitfolgen

erst in einigen Jahren Bescheid wissen – also ein voreiliger Schlusstrich?

**\*\*Zero Covid** hat in Neuseeland und Australien funktioniert. Sie haben die Bevölkerung gut durchgeimpft, bevor die Schutzmaßnahmen aufgehoben wurden. Auch dort wurden Long Covid Fälle nicht verhindert, aber auf Bevölkerungsebene war ihre Krankheitslast durch Covid niedriger als in den Ländern mit „*Flatten the Curve*“-Ansatz. Zero Covid hätte auch in China funktioniert, wenn es sich nicht um eine Diktatur gehandelt hätte – klingt paradox, aber viele Maßnahmen wie medienwirksam Gehsteige und Straßen mit Tonnen Desinfektionsmittel reinigen, waren sinnlos. FFP2-Masken wären effektiver als OP-Masken gewesen und die Impfraten besonders der älteren Menschen waren zu niedrig, als Zero Covid aufgegeben wurde. In einer Demokratie hätte wissenschaftlicher Fortschritt eher zur Einbindung neuer Erkenntnisse führen können statt das Diktatur-Playbook zu spielen. [Exkurs Ende]

Ein weiterer prominenter Bias ist der **Selection Bias**, also die Verzerrung der Stichproben, in dem man keine repräsentative Auswahl betrachtet. So wird ein Intensivmediziner eine ganz andere Patientengruppe sehen als ein LongCovid-Spezialist. Für viele Intensivmediziner war die Pandemie bereits im Frühling 2022 vorbei, als mit steigender Bevölkerungsimmunität durch Impfung und Infektion die Zahl der Intensivpatienten deutlich gesunken ist. Die Omicron-Variante war weniger gefährlich als Delta und Alpha zuvor, aber ähnlich gefährlich wie der Wildtyp – bei Ungeimpften. Es starben dennoch 2022 in Österreich ähnlich viele Menschen wie 2020 – weil Omicron deutlich ansteckender war und sich von den 35% Ungeimpften vor den Omicron-Wellen viele infiziert haben. War Omicron also harmlos? Nein, denn gestorben wurde schon von Beginn an meist auf den Normalstationen oder alleine zuhause. Hochbetagte Menschen kamen ohnehin meist nicht mehr auf die Intensivstation. Long Covid Spezialisten wiederum sehen meist chronisch kranke, mehrfach vorerkrankte Menschen, bei denen die Infektion erstmalig Autoimmunerkrankungen ausgelöst oder bestehende Erkrankungen verstärkt hat. Der Durchschnittspatient, der durch Covid ein paar Tage grippale Symptome hat, dann aber wieder fit ist, landet nicht beim Spezialisten, ja möglicherweise nicht einmal beim Hausarzt, oder letzterer schreibt nur eine Krankmeldung und das wars. Die Untergruppe an Long Covid-Patienten ist also nicht repräsentativ für den Durchschnittsverlauf einer Corona-Erkrankung. Das waren immer rund 80-90% aller Infektionen – eine überwältigende Mehrheit. Statistik trügt – objektiv betrachtet sind 1-10% schwere Verläufe und Spätfolgen natürlich viel und nicht wenig. Der volkswirtschaftliche Schaden durch die hohe Krankheitslast ist mehrfach belegt und in zahlreichen Ländern repliziert worden. 10% sind aber nicht die Mehrheit, darum geht es.

In unserer Echokammer (filter bubble) werden die 10% aber zu einer Mehrheit aufgeblasen, als hätten alle um uns herum Long Covid, viele würden es nur nicht wissen. Das ist jedoch Spekulation. Es ist zweifellos ein Unbehagen da, weil kaum noch getestet wird, es gibt also ein Restrisiko, dass die Long Covid Zahlen viel höher sind als derzeit angenommen. Es könnte aber auch umgekehrt sein, dass die viel zitierte Immunität, die zumindest vor schweren Verläufen und Tod schützt, auch das Long Covid Risiko verringert hat. Und dann wäre dieser Unsicherheitsfaktor kleiner als angenommen. Die Bandbreite der Spekulation, wie hoch das Longcovid-Risiko fünf Jahre nach Pandemiebeginn noch ist, reicht vom [Epidemiologe Gideon M-K](#) (06.01.25), der zunächst klarstellt, dass ....

*„There is no disease that we have discovered where an infection is good for your health.“*

... aber auch anhand von Daten festmacht, dass das Risiko schwerer Verläufe bei Kindern unter 10 Jahren etwa in der Größenordnung saisonaler Influenza war und [mittlerweile deutlich](#)

[geringer als von Influenza ist](#). Zu Long Covid hält er fest, dass die Schwere des Akutverlaufs mit dem Long Covid-Risiko korreliert. Nur ein kleiner Teil jener mit „milden“ Anfangsverläufen entwickelte später Long Covid (ist in den Medien aber überpräsentiert), genauer gesagt rund 3% ([Atchison et al. 2024](#)). Bei Kindern sind es noch weniger ([Mizrahi et al. 2023](#), [Bosworth et al. 2023](#)). Deshalb haben Kinder hier generell ein geringeres Risiko, da sie bereits ein geringeres Risiko für schwere Verläufe haben, und wenn sie geimpft wurden, wird das geringe Risiko noch geringer. Gering heißt nicht Null. Bei Behinderungen kommt es auf die Art der Behinderung an. Organtransplantation bedeutet ein hohes Risiko, eine fehlende Milz nicht ([Williamson et al. 2020](#)). Bei Reinfektionen sieht er mit steigender Immunität ein sinkendes Risiko (hierzu gibt es aber zumindest [widersprüchliche Studienergebnisse](#)). Spannend ist vielleicht die Frage, ob die regelmäßige Infektion mit humanen Coronaviren ([Thoisy et al. 2023](#)) auch bei Kindern Kreuzimmunität gegen SARS-CoV2 erzeugen könnte oder bereits hat – das würde ebenfalls zum sinkenden Risiko beitragen ([Bean et al. 2024](#)).

bis zu **Danilo Buosenso**, römischer Kinderarzt, der über seine Erfahrungen mit Long Covid bei Kindern ein [Buch](#) geschrieben hat. Er sagt, dass er hunderte Kinder auf der ganzen Welt gesehen habe, die nie wieder gesund wurden. Jedes Kind ist eines zu viel, doch sind seine Aussagen kein Widerspruch zu MK Gideon. Niedrige Prozentanteile sind ja trotzdem Millionen Betroffene weltweit.

Beide Beiträge sind ein gutes Beispiel für den oben zitierten *Selection Bias*, aber auch für die allseits beliebten *ad hominem* Angriffe. Gideon erwähnt selbst, dass er für seine Sichtweise, dass er wegen Covid19 nicht mehr besonders besorgt sei, als Mörder beschimpft wurde, der sozusagen vulnerable Kinder über die Klinge springen lassen würde.

Ich glaube, eines der großen Missverständnisse resultiert auch aus den beruflichen Anforderungen an einen Epidemiologen versus einen Kinderarzt. Der Epidemiologe betrachtet die Gesamtheit, während der Arzt den individuellen Fall behandelt. Man könnte dem Epidemiologen nun vorwerfen, er sei empathielos, wenn er davon spricht, dass für seine gesunde Tochter Covid keine große Gefahr mehr sein würde, aber er selbst spricht sich auch dafür aus, mehr in Schutzmaßnahmen zu investieren, oder mehr zu impfen. Beides schließt einander nicht aus. Die Pandemie hat leider allzu oft die wahre Sichtweise der Mehrheitsbevölkerung auf Krankheit und Behinderung offengelegt. Bequemlichkeit und „Freiheit“ vor der Unversehrtheit von Dritten. Statt hier nachzujustieren läuft die Pandemieaufarbeitung oft in die Gegenrichtung, sodass bei der nächsten Pandemie noch mehr sterben werden, damit sich die Mehrheit möglichst wenig einschränken muss. Doch das ist ein anderes Thema, das ich an anderer Stelle betrachten möchte.

## Audience capture is a disease

Ich möchte hier über mich reden, aber auch Ross und Reiter nennen, um nicht alle über einen Kamm zu scheren. Zu Pandemiebeginn hab ich mit **Sprenger** und **Allerberger** sympathisiert, die das Risiko, sich draußen anzustecken, als zu Unrecht kriminalisiert sahen. Diese Zustimmung hatte als vorderste Ursache, dass ich als Bewohner mit Nähe zu einem der geschlossenen Bundesgärten mich tatsächlich eingesperrt fühlte. Außerdem durfte ich zwar mit öffentlichen Verkehrsmitteln in die Arbeit, aber nicht alleine in den Wald oder in die Berge fahren, wodurch ich klar benachteiligt gegenüber allen Autofahrern war. Spätestens mit der Maskenpflicht hätte man diese Regelung kübeln sollen. Ich hab *meine eigene Great-Barrington-Declaration-Sichtweise* „nur Vulnerable sind gefährdet“ aber bald aufgegeben, spätestens mit der erlangten Kenntnis von Long Covid.

Über viele Monate habe ich viel vom Krankenschwester-Ausbilder **Dr. John Campbell** gelernt, der aber auch viel Blödsinn über Vitamin D geredet hat und später aus seinem Youtube-Kanal einen Fankanal gemacht hat und dann unter die Verharmloser ging. Ich bin einem **Paul Maidowski** ebenso gefolgt wie einem anonymen **mrmickme**, die gelehrig klingenden Schwachsinn über Virusvarianten schrieben, bis sie von Ryan Hisner, der tatsächlich als Co-Autor an wissenschaftlichen Artikeln über Virusvarianten beteiligt wurde, entlarvt wurden. Ihre Aussagen hielten immer einen gewissen Alarmismus aufrecht über neue gefährliche Varianten, die sich aber meist als Luftblase entpuppten. Selbst die große JN.1-Welle, die nachweislich Übersterblichkeit in Österreich erzeugt hat, hat weniger schwere Verläufe als Delta hervorgebracht. Die Richtung stimmte also, die Verharmlosung und Ignoranz natürlich nicht. Ich bin TeamVorsicht-Usern gefolgt, die mir plötzlich durch ad hominem Attacken etwa auf Virologin Eckerle auffielen, weil sie einmal keine Maske getragen hatte auf einem Vortrag oder auch von Pandemie in der Vergangenheitsform sprach. Das machte mich zunehmend hellhörig.

Zu Beginn von 2023 lehnte ich mich ein paar Mal weit aus dem Fenster, als ich eine große XBB.1.16-Welle kommen sah, die dann nicht kam. Mein Blogtext wurde 1:1 als Thread von **Ralf Wittenbrink** auf X kopiert. Nachträglich korrigieren konnte ich nichts mehr. Seine große Followerzahl multiplizierte die Reichweite beträchtlich, was mir später sehr unangenehm war. Wittenbrink ist bei TeamVorsicht sehr beliebt, weil er laufend Fachartikel durch ein Übersetzungsprogramm laufen lässt und dann Passagen davon in lange X oder Bluesky-Threads kopiert. Der Discussion-Teil mit den Limitationen fehlt dabei aber ebenso oft wie eine Information zu seinem fachlichen Hintergrund, der offenbar nicht existiert. Ich sehe die Übersetzungsorgie mittlerweile sehr kritisch, weil dem Leser wichtige Informationen zu den Grenzen und Unsicherheiten der Publikationen vorenthalten werden, die er selbst offenbar auch gar nicht einordnen kann. Seine Follower verbreiteten die übersetzten Passagen dann weiter als sei alles, was man übersetzt, automatisch richtig. Am Anfang fühlte ich mich zugegeben gebauchpinselt, dass er meine Beiträge verbreitet hat, doch wenn ich wie ein *Citizen Science Journalist* arbeiten wollte, so war Widerspruch mit Daten und Argumenten wichtiger, um sicherzugehen, dass das, was ich da blogge, auch kein biasverzerrter Bullshit ist.

Ich hab mich aufstacheln lassen gegen nahestehende Menschen, weil sie nicht immer und überall Maske getragen haben. Oder sogar, wenn sie überall Maske trugen, aber ständig unterwegs waren, wurde das kritisiert, von jenen, die aufgrund eigener Vorbelastung nicht ständig unterwegs sein konnten. Statt öffentliches Bashing hätte ein persönliches Gespräch an erster Stelle stehen sollen. Auch in Zeiten von Kontaktbeschränkungen stehen Mittel wie WhatsApp oder DMs offen. Das hat eine Gruppendynamik entwickelt, die mir heute leid tut. Ich schien anfällig für Manipulationen, um instrumentalisiert zu werden. Der vorläufige Höhepunkt war in der ersten Hälfte 2023, als eine mutmaßlich histrionisch veranlagte Frau meinen Blog benutzte, um mich auszunutzen. Hellhörig wurde ich dann, als sie immer wieder kritisierte, wie wenig ich von Hand- und Augenhygiene hielt, dabei hatte ich auf meinem Blog schon lange klargestellt, dass Lufthygiene Covid verhinderte und nicht Maßnahmen gegen Schmierinfektion. Das passte nicht zusammen als angebliches Fangirl meiner Aufklärungsarbeit. Auch vom exzessiven Gebrauch von Nasenspray und Co hielt ich nichts. In manchen Situationen benutze ich mobile Luftreiniger oder das CO<sub>2</sub>-Messgerät, um zu lüften. Sonst gelegentlich Masken, aber weit weniger als vor 2 Jahren. Ich verwende schon länger kein Nasenspray mehr. Soll jeder das machen, was er für richtig hält, aber bitte nicht auf mich beziehen – ich habe im Zuge der Recherchen meine Ansicht zum Nutzen derartiger Mittel immer wieder geändert, und so steht das auch im Blog.



Ich wurde zu einer *Ikone der Aufklärung* hochstilisiert, doch war ich das wirklich? Mein fachlicher Hintergrund ist klar weder medizinisch noch virologisch. Ich bin streng genommen auch kein Wissenschaftler, sondern Berufsmeteorologe. Ich stehe in keinem Labor und messe statistische Korrelationen von virusbeladenen Aerosolen. Ich bin letztendlich nur ein neugieriger Mensch, der sich gerne in naturwissenschaftliche Bereiche vorwagt und das Erlernte mit anderen teilen möchte. Ich bin aber nicht fehlerlos und ich verfolge keine Agenda, die Welt künftig viren- und bakterienfrei zu machen. Ich habe lange daran festgehalten, Risikosituationen zu vermeiden, viel Maske zu tragen und mein berufliches Umfeld zu nerven, bis mein Engagement abgedreht wurde.

Ab einem Punkt musste auch ich, als Teil der Gesellschaft, entscheiden, ob ich als Einsiedler weiterleben oder mich wieder in die Gesellschaft einfügen will – im Wissen, Infektionen verhindern zu können, wenn ich das aktiv wollte, aber auch gesellschaftliche Zusammenkünfte nicht auf ewig auszuschlagen. Gegen nicht impfbare Erreger kann sich niemand auf ewig schützen. Das war das vielzitierte Lebensrisiko. Ich hab mich entschieden, dieses Risiko wieder einzugehen wie vor der Pandemie, aber gegen impfbare Krankheiten zu impfen und Hochrisikosituationen in der Zahl zu beschränken. Sich wieder einzufügen bedeutet ja nicht, dass man die Fehler machen muss, die man vor der Pandemie gemacht hat: Krank unter Menschen gehen. Stattdessen könnte man wenn möglich daheim bleiben oder zumindest bei ersten Symptomen eine Maske aufsetzen. So verhindert man die Gefährdung Dritter. Denn selbst wenn Dein Gegenüber kerngesund ist, könnte es sich auch um eine pflegende Angehörige handeln. Oder jemand in der Familie steht gerade vor einer großen OP.

Ich hab in meinem Menüpunkt [Erratum](#) schon viel über persönliche Irrtümer geschrieben. In den letzten Wochen habe ich begonnen, meine vorurteilsbehaftete Brille abzulegen, um jene Wissenschaftler zu lesen, die keine Agenda verfolgen, wie etwa ein Virologe Streeck, der für die CDU kandidiert, aber vermeintlich umstrittene Aussagen treffen: Alasdair Munro, Marc Veldhoen, Edward Nirenberg – um ein paar Namen zu nennen, deren bloße Erwähnung in TeamVorsicht-Kreisen oft schon *ad hominem* Abwehrreaktionen auslöst. Auch Marc Hanefeld, ein Arzt und Pilot, dem ich schon seit Jahren folge, ist mittlerweile in Ungnade gefallen. Zugegeben, Veldhoen scheint etwas dünnhäutig und hat mich bereits geblockt, ohne dass ich ihn persönlich attackierte, was schade ist, weil seine immunologischen Erklärungen fand ich sehr lehrreich. Der Punkt ist aber der, und das betrachte ich als Stärke – an möglicherweise unangemessener Wortwahl vorbeizusehen – und nur die Daten selbst zu betrachten. Ist das plausibel? Wird das nur andere Studien gestützt? Was zeigen die Erfahrungen mit Beobachtungsdaten? Gibt es da Interpretationsspielraum? Sich darauf einzulassen, bedeutet nicht, meine bisherige Position vollkommen aufzugeben. Ich sag deswegen nicht, dass es ein Fehler war, Schulen zu schließen. Oder dass Kinder nie gefährdet gewesen wären. Ich suche nach den Graustufen ebenso wie „*die andere Seite*“ verlangt, dass die Diskussion über „Schulen auf oder zu“ hinausgehen muss.

Ich hab zu Beginn 2024 darüber gebloggt bzw. einen Beitrag übersetzt, dass die Welt einem kollektiven Pandemietrauma anheim gefallen sei, und deswegen verleugnet würde. Das Trauma würde immer noch andauern. Doch Fakt ist, dass die Mehrheitsbevölkerung einfach schon viel früher mit der Pandemie abgeschlossen hat. Sozial abgeschlossen hat mit Ende der Maßnahmen, ihrem Alltag nachgeht. Mit gestiegener Krankheitslast alleine durch zusätzliches Covid zwar, was sich an allen Ecken und Enden bemerkbar macht, wenn wieder einmal Personal fehlt, aber man hat diesen Zustand akzeptiert – ob uns das gefällt oder nicht. *Wir* haben das (noch) nicht akzeptiert. Die Frage ist, wer hier mehr unter einem Trauma leidet. Hier macht sich jedoch abermals der Selection Bias bemerkbar, denn es ist ja völlig klar und nachvollziehbar, dass für eine Person mit Long Covid die Pandemie nicht beendet ist, und

dass sie vielfach im Stich gelassen wurde, als die Mehrheit entschied, weiterzumachen als sei nie eine Pandemie gewesen. Ich kann diese Sichtweise aus dem eigenen Leidensdruck heraus aber nicht der Allgemeinbevölkerung überstülpen. So wird man wahrscheinlich auch kein Verständnis generieren, indem man allen vorwirft, sie seien traumatisiert und brauchen Hilfe.

Ich erinnere mich an eine Reaktion von **Virologe Bergthaler** 2022 oder 2023, die die heftigen Reaktionen auf seine Aussagen über Immunität und gesunkene Risiken mit denen der Impfgegner verglich. Lange Zeit habe ich diesen Vergleich, zugespitzt diese Gleichsetzung von TeamVorsicht mit TeamArschloch abgelehnt, mich dagegen gewehrt. Ich hab gekontert, dass wir Leben *retten* wollen, die anderen hingegen Leben zerstören. Doch es steckt ein Körnchen Wahrheit darin. Denn Teile von TeamVorsicht haben die Aussagen über „breite Immunisierung“ absichtlich missverstanden, und – ehrlich gesagt, hatten sie auch keine Ahnung von Immunologie, von T- und B-Zellen, Affinitätsreifung etc. Auch Journalisten haben diesbezügliche Aussagen oft missverstanden und es wurde vieles vermischt und vermengt, was nicht zusammengehört. Die Schleimhautimmunität scheint nicht so beständig wie etwa von Virologe Drosten erhofft und die „exzellente Immunität“ wie vor der JN.1-Welle von Virologin von Laer titulierte, führte dennoch zu 20% Übersterblichkeit.

Ich bin auch jetzt kein Immunologe geworden, aber ich habe gelernt, dass sich diese oft zitierte Bevölkerungsimmunität vor allem darauf bezieht, was ein Lehrbuchvirus ausmacht – dass die Immunantwort immer weiter verbreitert wird, sodass schwere Verläufe und Todesfälle *seltener* werden. Long Covid war nie Gegenstand dieser Betrachtung – etwas, das ich oft kritisiert habe, und diese Kritik auch beibehalte. Doch der Punkt ist, dass die Bevölkerung nun drei, vier Jahre nach Pandemiebeginn nicht mehr immun-naiv war. Eine neue Virusvariante hieß nicht, dass es sich um ein neuartiges Virus mehr handelt. Das beste Beispiel dafür war die Wirksamkeit der Wildtyp-Impfung gegen Omicron, oder der spezifischen XBB.1.5-Impfung gegen JN.1. Die Impfstoffe wurden nicht nutzlos durch neue Varianten, nur weniger wirksam gegen Ansteckung und etwas weniger wirksam gegen schwere Verläufe, meist bei älteren und immungeschwächten Menschen.

Die aktuelle Situation ist glücklicherweise nicht mehr so akut bedrohlich wie 2020. Der Zugang zu Impfstoffen und Medikamenten ist jedoch erschwert, das kann man anprangern, und Schutzmaßnahmen sind in Spitälern und Wartezimmern gefallen, wo man sie dauerhaft hätte implementieren müssen. Über die mangelnde Versorgung und Schutz von Betroffenen mit Long Covid und generell postakuten Infektionssyndromen (PAIS) habe ich schon oft geschrieben. Auch diese Sichtweise gebe ich im Licht dieser Selbstkritik nicht auf. Ich appelliere nur daran zu akzeptieren, dass es diese Graustufen gerade in der Wissenschaft gibt, und das ist auch gut so. Sonst könnte jemand eine Studie veröffentlichen, dass täglicher Nikotinkonsum gesund sei und es würden sofort entsprechende Gesundheitsempfehlungen ausgegeben.

## Was passiert mit den Impfstoffen unter dem Trump-Regime?

[Februar 18, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



[Impfstoff-Entwicklung laut CDC](#)

Eine Mahnung für die verbleibenden Demokratien auf der Welt. Ich übersetze dazu einen Thread der Virologin Angela Rasmussen:

Das wird eine weitere harte Woche für unsere Kollegen in der Regierung und für uns alle. Weitreichende Einschnitte für Regierungswissenschaftler beschädigen die Gesundheit von allen. Lasst uns darüber reden, was das für die Impfstoffe bedeutet.

Wie [@CDCgov.govmirrors.com](https://www.cdc.gov/mirrors) uns hilfreich beschreibt, ist die Impfstoff-Entwicklung ein langer und komplizierter Vorgang, der alle HHS-Behörden einbezieht:

1. Impfstoffe beginnen als Forschungsideen, die von der Entdeckung zu präklinischen Tests gelangen.

# Research and discovery

---

In this early stage of vaccine development, researchers explore their idea for a potential vaccine. Vaccine development often takes 10-15 years of laboratory research, usually at a company in private industry, but often involves collaboration with researchers at a university.

## Proof of concept

---

Before a vaccine can be tested in people, researchers study its ability to cause an [immune response](#) with small animals, like mice. At this stage, researchers may make adjustments to the vaccine to make it more effective. Vaccine effectiveness is important because it measures how well vaccination protects people against outcomes such as infection, symptomatic illness, hospitalization, and death.

If the vaccine shows promising enough results, it moves forward to clinical trials for testing in people.

Häufig sind Firmen beteiligt, doch die Entdeckung passiert oft beim NIH (häufig beim Impfstoff-Forschungszentrum) und/oder bei NIH-geförderten akademischen Laboren. Unsere NIH-Kollegen verlieren gerade ihre Jobs.

2. Sobald der Machbarkeitsnachweis erbracht wurde, bringen die Impfstoff-Ersteller einen IND-Antrag bei der FDA ein und führen klinische Studien aus.

### Testing the vaccine

Next, the vaccine enters a clinical development stage, which is also called a clinical trial. To do this, researchers submit an Investigational New Drug (IND) application to FDA, which includes data from animal studies, information on manufacturing technology, and the quality of the vaccine. Vaccine quality is important because it affects how well it will work to provide long- and short-term protection against disease.

The clinical development stage is a three-phase process, which may include a fourth phase if the vaccine is approved by FDA.

#### Phase 1

Small groups of people (20 to 100) receive the trial vaccine. During this phase, researchers gather information on how safe the vaccine is in people. This includes learning about and identifying side effects, and studying how well the vaccine works to cause an immune response.

#### Phase 2

The clinical trial expands to hundreds (100-300) of trial participants who have characteristics (such as age and physical health) similar to the intended recipients for the vaccine. They can also include groups of people from diverse backgrounds to ensure representation across different populations.

This phase provides additional safety information on side effects and risks, and more information on how well the vaccine works to cause an immune response.

#### Phase 3

The clinical trial expands to thousands (1,000–3,000) of people. In this phase, researchers confirm how well the vaccine works, monitor common and less common side effects, and collect information to support safe use in people.

#### Phase 4 (after FDA approval)

After FDA approves (also known as "licenses") a vaccine for use in the general population, it might advance to an additional clinical trial phase with thousands of participants. Phase 4 is a formal, ongoing study to evaluate the new vaccine's safety and effectiveness over a longer period of time.

Klinische Studien werden manchmal beim NIH durchgeführt. Die FDA betreut die Studien gemeinsam mit den staatlichen und institutionellen Regulatoren. Unsere FDA-Kollegen verlieren gerade ihre Jobs.

3. Die FDA reguliert auch die Herstellung, selbst während der klinischen Studien, um sicherzustellen, dass die Impfstoff-Chargen Konsistenz und Sicherheit aufweisen.

# The vaccine manufacturing process

During Phase 3 clinical trials, FDA looks at the company's proposed manufacturing process for the vaccine. FDA will also inspect the manufacturing facility where the vaccine will be made to ensure the facility has everything necessary for reliable and consistent large-scale manufacturing.

The manufacturer makes batches of vaccine called "lots". These lots undergo a series of tests to ensure the vaccine is consistent from lot to lot. FDA requires manufacturers to submit data from these tests to support a successful manufacturing process, even after approval.

Die Rolle der FDA, sicherzustellen, dass Medikamente und Impfstoffe sauber und unverfälscht sind, ist eine Schlüsselfunktion, um unsere Arzneimittel sicher zu halten. Nochmal: Unsere FDA-Kollgen verlieren gerade ihre Jobs.

4. Wenn gezeigt wurde, dass der Impfstoff sicher und effektiv in einem phase 3 trial ist, beantragt der Impfstoff-Hersteller bei der FDA eine BLA (Biological License Application) für die Zulassung.



# Approving the vaccine

Before a vaccine can be approved for use in the United States, a company submits a Biological License Application (BLA) to FDA. The BLA includes:

- pre-clinical and clinical data
- details about the manufacturing process
- information about the manufacturing facility

While reviewing the BLA, FDA looks at the clinical trial data to see if the results show the vaccine is safe and effective. The BLA also contains prescribing information, which is information on vaccine usage, dosage, and administration—all based on scientific data. If needed, the prescribing information can be updated, which FDA will review. From here, FDA decides on whether to approve the vaccine for use.

To learn more about FDA's role in the vaccine approval process, visit [FDA's Biological License Application Approval Process](#)  web page.



Das stellt sicher, dass die Impfstoffe funktionieren und konsistent sicher sind. Unsere FDA-Kollegen, die für die Lizenzierung verantwortlich sind, verlieren gerade ihre Jobs.

5. Es ist nicht nur die FDA, welche Daten überprüft und die Zulassungsentscheidungen trifft.

## VRBPAC

In some cases, FDA's [Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee](#) 

(VRBPAC) provides input on scientific data to look at safety, effectiveness, and use of the vaccine. VRBPAC is made up of independent scientific and public health experts who discuss the proposed vaccine in a public forum.

Von der FDA wird ein Beratercommittee namens VRBPAC einberufen, das aus Transparenzgründen und für öffentlichen Input offen zugängliche Treffen abhält. Unsere FDA-Kollegen, die VRBPAC einberufen, verlieren gerade ihre Jobs. Kein VRBPAC und die Öffentlichkeit könnte von diesem Vorgang ausgeschlossen werden.

6. Nach der Zulassung überwacht die FDA die Herstellung und Qualitätskontrolle, um sicherzugehen, dass die lizenzierten Impfstoffe sicher und konsistent erzeugt werden.

## Large-scale manufacturing

After FDA approves the new vaccine, the company can make larger batches of vaccine to distribute to the public. FDA will continue to monitor vaccine production activities, which includes regular inspections of the manufacturing facility to make sure FDA regulations are being followed. This continues as long as the manufacturer holds a license for the vaccine product.

## Tracking vaccine quality

FDA monitors a vaccine product's quality in real-time by requiring manufacturers to submit samples of each vaccine lot for testing. These tests usually report:

- safety
- purity (it only contains the necessary ingredients)
- potency (the vaccine produces the desired immune response)

When vaccines are consistent across lots, FDA can confirm the product remains reliable and safe for use in people.

Es ist schwer, die Rolle der FDA überzubewerten, die sicherstellt, dass unsere Arzneimittel funktioniert, sicher ist die Qualitätsstandards von Charge zu Charge erfüllt. Unsere FDA-Kollegen verlieren gerade ihre Jobs.

7. Ist der Impfstoff einmal lizenziert, muss er empfohlen werden.

**Vaccines & Immunizations** MENU

The Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) is a group of medical and public health experts who develop recommendations for use of a vaccine in the United States.

ACIP only makes recommendations for vaccines that are approved by FDA. Before recommending any vaccine, ACIP also considers:

- **How safe and effective the vaccine is when given at specific ages.** A person's immune response can vary depending on their age when they receive the vaccine. Vaccine manufacturers must conduct rigorous studies to show that a vaccine is safe and effective at specific ages.
- **How serious the vaccine-preventable disease is.** Without a vaccine, the disease can be serious enough to potentially cause long-term health problems or death in children and adults.
- **How many would get the disease if there was no vaccine.** One of ACIP's tasks is to determine if a vaccine has a public health benefit. If a vaccine does not provide benefit to many people, they may not recommend it for everyone.

After ACIP recommends a vaccine, the CDC Director will decide whether to approve the recommendation. Once the CDC Director approves the recommendation, it becomes the official CDC public health guidance for safe use of the vaccine in the United States. The approved recommendation can also lead to a vaccine becoming a part of the official U.S. adult and childhood immunization schedules.

For information about ACIP's role in making vaccine recommendations, [visit the ACIP website](#).

Nicht jeder Impfstoff wird für jede Person benötigt. Impfstoffe werden durch ein unabhängiges, von der CDC einberufenen Gremium namens ACIP empfohlen. ACIP-Empfehlungen werden vom CDC-Direktor genehmigt. Unsere CDC-Kollegen verlieren gerade ihre Jobs.

Es ist schlimm genug, dass zahlreiche Behörden um ihre tiefgehende Expertise beraubt werden, die benötigt wird, um zu entdecken, zu entwickeln, zuzulassen und sichere, wirksame Impfstoffe evidenzbasiert zu empfehlen. Sogar noch schlimmer ist aber, wer sie ersetzen wird und was die Ersatzleute tun werden.

**RFK Jr.**'s MAHA Agenda wird klarerweise auf diesen Vorgang zielen, mit der Absicht, unser Impfprogramm zu zerstören. Das wird evidenzbasierte Prozesse abtragen und durch neue, ideologisch-getriebene Wege für Öffentliche Gesundheitsinterventionen wie Impfstoffe zu ersetzen ([siehe diesen thread](#), nur für eingeloggte Besucher sichtbar).

Forschung und Entwicklung/präklinisch: Der künftige NIH-Direktor **Jay Bhattacharya** ist Impfstoffen feindlich gegenübergestellt, hat Verschwörungstheorien zu Impfstoffen verstärkt, argumentiert für Durchseuchung als Alternative zu Impfstoffen und wirbt für Ivermectin. Denkt Ihr, er wird die Impfstoffforschung und -entwicklung befürworten? ([Interview mit](#)

[Angela Rasmussen am 26.11.24](#)). Wird Jay Bhattacharya die Impfstoffentwicklung durch die wenigen NIH-Investigatoren fördern, die diese Säuberungen überleben? Er ist ein Gesundheitsökonom, der nie bedeutende Infektionskrankheitsforschung betrieben hat. Er wird viel eher Studien fördern, die bestätigen, dass er mit „freier Meinungsäußerung“ recht hat, oder mit Laborlecks oder Lockdowns.

Was ist mit der FDA? Der künftige Beauftragte **Marty „Herdenimmunität bis April 2021“ Makary** ist sehr freundlich gegenüber Impfgegnern eingestellt. Ich bin von seiner Sichtweise zu Impfungen und ihrer Rolle in der Beendigung von Pandemien in der Vergangenheit unbeeindruckt ([siehe Post](#), nur eingeloggt sichtbar). Makary kann die Überprüfung von Impfstoffen ablehnen oder blockieren. Er kann bestehende Impfstofflizenzen widerrufen oder sie suspendieren mit schwebenden „Safety Trials“. Er kann eigenhändig den Zugang zu Impfstoffen zerstören und neue davon abhalten, jemals den Markt zu erreichen. Ausgehend von den bisherigen Handlungen Kennedys als HHS-Sekretär, wird er das tun.

Und der künftige CDC-Direktor **Dave Weldon** ist ein offener Impfgegner, der in zahlreichen [Del Bigtree](#)-Dokumentationen erschienen ist. Er wird die Verantwortung sowohl über ACIP als auch die Genehmigung neuer ACIP-Empfehlungen haben. ACIP-Empfehlungen bestimmen, wer welchen Impfstoff bekommt und ob die Versicherung sie entschädigt.

Am ersten Februarschrieb mir mein *Vaccine*-Editor in Chief (EIC) Florian Krammer, dass ACIP-Empfehlungen von der Webseite der CDC entfernt wurden. Obwohl sie schließlich wieder zurückkamen, war es ein wirklicher „oh shit“-Moment. Keine ACIP-Empfehlungen bedeutet: Kein Zugang zu Impfstoffen. Jeglichen Impfstoffen. Allen Impfstoffen. Florian, unser andere co-EIC Ivan Hung und ich arbeiten an Wegen, um sicherzustellen, dass ACIP-Empfehlungen immer verfügbar sind, weil sie so wichtig für den öffentlichen Zugang zu Impfstoffen sind. Doch handelt es sich dabei um die bestehenden, evidenzbasierten ACIP-Empfehlungen, die von den derzeitigen hoch angesehenen ACIP-Experten gemacht wurden.

Falls Weldon die Zusammenstellung des ACIP ändert, können diese Empfehlungen für seine Zulassung erstellen, etwa zu empfehlen, die Lizenz für den Polioimpfstoff zu suspendieren, um nicht existente „Safety Signals“ zu studieren. Oder zu empfehlen, dass manche Impfstoffe generell vermieden und niemals verwendet werden sollten. Stellt Euch vor, was ein ACIP empfehlen könnte, das aus folgenden Personen besteht: Robert Malone, Steve Kirsch, Andrew Wakefield, Tracy Høeg, Peter McCullough, Pierre Kory, Brian Hooker, & Del Bigtree: Homöopathie, Vitamine, Diäten, Nahrungsergänzungsmittel, die praktischerweise an Kunden verkauft werden, die auf diesen Wellness-Bullshit hereinfliegen.

Es ist nicht nicht nur der verheerende Verlust von unseren Kollegen in der Regierung, welcher Menschen töten wird, sondern auch die Handlungen derer, welche die engagierten öffentlichen Bediensteten ersetzen werden. Die Tragödie der ruinierten Leben und Karrieren durch diese grausamen, rachsüchtigen Entlassungen wird von den Betrügnern verschlimmert, die ihren Platz einnehmen.

Wir brauchen unsere Regierungskollegen dort, wo sie sind und ihre Arbeit für unsere Gesundheit fortsetzen. Kontaktiert Eure politischen Vertreter, schreibt den professionellen Gesellschaften, schreit darüber, wer auch immer von den Medien fragt, wenn Du kannst. Und setz Dich in Verbindung mit den Freunden in der Regierung, sie können die Unterstützung gerade wirklich gebrauchen.

Und wenn Du ein Wissenschaftler oder ein Arzt bist, der an irgendeinem Aspekt der Impfstoffforschung arbeitet, wir bei *Vaccine* wollen von Dir ebenfalls hören. Wir akzeptieren Kommentare/Meinungsbeiträge über diesen Sachverhalt und wir wollen die Stimmen unserer Kollegen darüber verstärken. Denk darüber nach, Deine Arbeit einzureichen!

Dieser Kampf ist weit davon entfernt vorüber zu sein. Noch viele weitere Wissenschaftler werden betroffen sein – ihre Arbeit und ihre Karriereträume werden zerstört. Die Öffentliche Gesundheit wird schwer leiden. Selbst wenn es jetzt gestoppt werden würde, bräuchten wir Jahre, um uns vom Schaden an der Amerikanischen Wissenschaftskapazität zu erholen.

Aber es ist nicht hoffnungslos, und wenn wir Gelegenheiten erkennen, die das Regime noch nicht ausgenutzt hat, dann ist das eine Chance, es zu stoppen. Wir müssen hier einschreiten, für unsere Kollegen im öffentlichen Dienst, für unser Land und für uns aller Gesundheit. Lasst uns kämpfen und gewinnen.“

## Schwere Influenzasaison und kaum SARS-CoV2

[Februar 20, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)

Vorerst das letzte Update auf diesem Blog: Die Weltereignisse überschlagen sich gerade, die Zukunft schaut düster aus und es geht um mehr als um Gesundheitsprävention und neue Impfpupdates. Es geht um nicht weniger als um die Zukunft der Menschheit. Das Zeitfenster, die Klimaerwärmung aufzuhalten, hat sich bereits geschlossen. Doch die Folgen von dieser abzufedern, kann nur in einer Demokratie passieren. Und die steht jetzt in den verbleibenden Demokratien von Europa auf dem Spiel. Nicht nur durch die Schicksalswahl in Deutschland, wo die AfD nun gleichermaßen von Russland und den USA unterstützt wird. [Wenn man in die USA schaut](#), und zum Vergleich anschaut, [wie Hitler die Demokratie in 53 Tagen zerstört hat](#), dann kann es auch bei uns sehr schnell gehen. Dann ist nichts mehr mit „BildungAberSicher“ oder „COVIDisAIRBORNE“ oder „Long Covid kann JEDEN treffen,,. In einer Demokratie kann man zumindest hoffen, dass sich MÖGLICHKEITEN auftun. In einer Diktatur geht es nicht mehr um die Frage, ob man auch gesunde Kinder impfen darf, sondern ob es überhaupt noch Impfstoffe geben wird. Ohne Infektionsschutz und mit [Fall der letzten Bastion Impfstoffe](#) stehen uns jedenfalls düstere Zeiten bevor. Der Pfizer-CEO [scheint damit leben zu können](#).

Ich möchte darauf hinaus, dass wir nun Bündnisse gegen den Faschismus brauchen – auch Zweckbündnisse mit all jenen, die sich nicht voll dem Infektionsschutz verpflichtet haben oder später davon abgekehrt sind, dürfen kein Tabu mehr sein. Wir können uns diese Differenzierung [derzeit nicht mehr erlauben](#).

Es betrifft mich auch persönlich sehr. Ich habe mich jahrelang für Empowerment eingesetzt. Autismus als Persönlichkeitsakzentuierung, als So-sein dürfen mit Stärken und Schwächen. Ich habe versucht aufzuklären, dass Autismus überwiegend genetisch bedingt ist und jetzt haben die Wissenschaftsleugner in den USA das Sagen, die behaupten, es käme von der Impfung oder von falscher Ernährung, von Giftstoffen und falschem Lebensstil, und sie wollen neurodiverse Menschen in [Umerziehungslager](#) stecken. Dasselbe Gedankengut verbreiten Rechtsextreme in Österreich und Deutschland und sonstwo. Ich hab versucht, über Klimaerwärmung aufzuklären, viele Fallstudien geschrieben, unter Zuhilfenahme von



Fachartikeln, die in den USA nun de facto verboten, zensiert, gelöscht werden. Ich hab jahrelang in der Pandemie versucht, über die Grundlagen aufzuklären: Übertragung, Erkrankungsrisiko, Langzeitfolgen, Impfschutz und Prävention, über politische Hintergründe und das Medienversagen. Mein Schwerpunkt lag immer auf den Wissenschaftsleugnern bei den demokratischen Parteien, die damit das Erstarken der Rechtsextremen legitimiert haben. Jetzt setzen sich zunehmend die Wissenschaftsleugner oder -verharmloser durch, mit den gemäßigten Parteien (z.b. Stöhr im Sachverständigenrat, Streeck als CDU-Kandidat), aber sie agitieren natürlich eifrig und durch die USA beflügelt auch bei den Rechtsextremen. Es ist eine Zukunftskrise, die nie da gewesen ist.

“Denn diese Krise stellt alle anderen Krisen der NATO in ihrer gesamten Geschichte in den Schatten. Ob Suezkrise, Vietnam- oder Irakkrieg: Niemals hätte sich ein Staatsoberhaupt der NATO auf die Bühne gestellt und die Propaganda des Feindes übernommen“

[Gustav gressel zur Kriegsgefahr in europa](#) (20.02.25)

Die Zukunftskrise ist für mich gerade eine Identitätskrise, denn ich hab als schreibwütiger Mensch Jahre darauf verwendet, Wissen zu lukrieren und weiterzugeben, und jetzt kommen die Quellen abhanden und zunehmend auch die Personen, auf die ich verweisen kann. Und natürlich fühle ich sehr mit dem Schicksal der betroffenen Menschen in den USA und weltweit, die unter den dramatischen Kürzungen bis hin zu Schikanierungen durch [Projekt 2025](#) (so etwas wie „Mein Kampf“ der Neuzeit) leiden, und da stehen wir erst am Anfang.

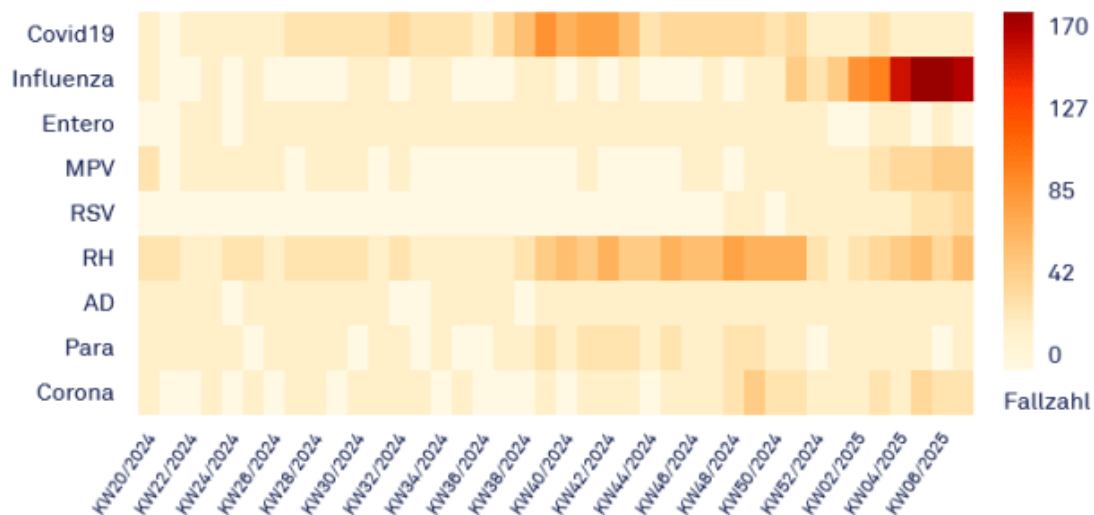
Ich bitte also um Nachsicht, dass es mir schwer fällt, noch [signifikante Neuigkeiten zu Covid](#) zu finden.

## **Zur aktuellen Virensaison**

Da gibt es nun diese wunderbaren Karten der Virologie MedUni Wien:



## Virusnachweise im Sentinelsystem



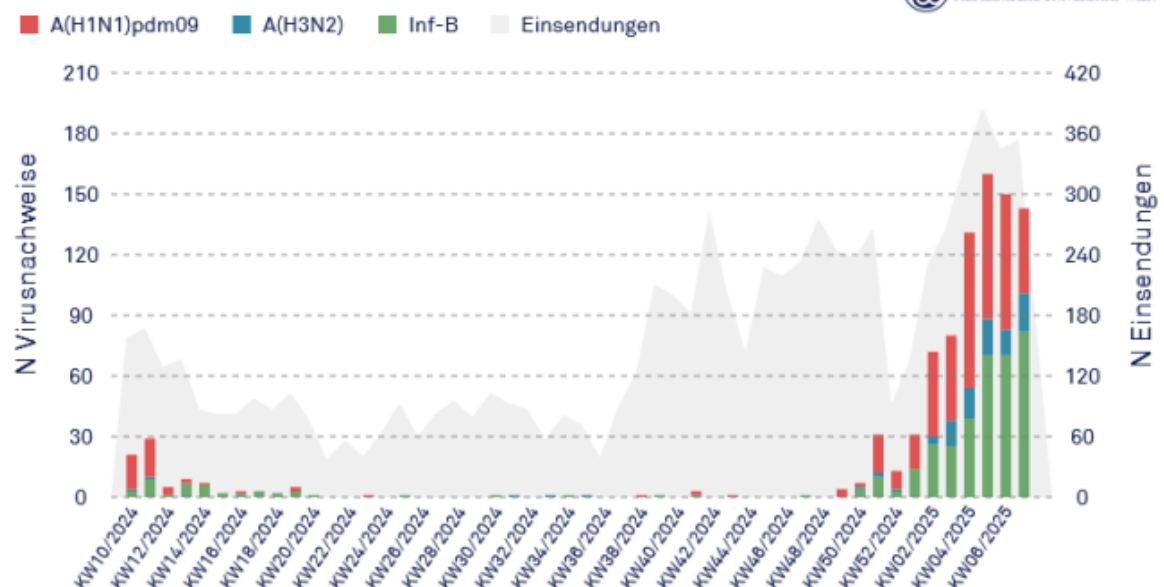
**MPV: Humanes Metapneumovirus, RSV: Respiratorische Synzytial-Virus, RH: Rhinovirus, AD: Adenovirus, Para: Parainfluenza**

Heatmap zirkulierender respiratorischer Viren: Aktivitätslevel der rezent in Österreich zirkulierenden respiratorischen Viren. Daten aus dem Sentinel-System (DINÖ), Zentrum für Virologie, Medizinische Universität Wien

[Virusnachweise im Sentinelsystem als Heat Map, 20.02.25](#)

Diese deuten momentan an, dass der Höhepunkt der Influenza-Saison gottlob überschritten zu sein scheint. SARS-CoV2 zirkuliert wie erwähnt kaum, humane Metapneumoviren, RSV und Rhinoviren teilen sich die Stockerplätze hinter Influenza auf.

## Influenza Nachweise im Sentinelsystem



Im Sentinelsystem sieht man eine starke Zunahme an Influenza B, sonst war es bisher überwiegend H1N1 (A), aber **H3N2 (A)** nimmt nun laut Professorin der Virologie, Judith Aberle, auch zu.

Die Influenzawellen auf der Nordhalbkugel zeigen [Höchststände](#), wie sie zuletzt 2016 bzw. in den USA 2017/2018 erreicht wurden. Zudem erkrankten mehr gesunde Kinder schwer. Mehrere Gründe werden diskutiert.

i) sinkende Impfraten

ii) frühe Influenza-B-Welle: In früheren B-Saisonen kam es zu schweren Lungenentzündungen bei Kindern, ganz selten auch zu Todesfällen. Die vermehrt schweren Krankheitsfälle könnten somit mit dem relativ höheren Anteil von B zu tun haben.

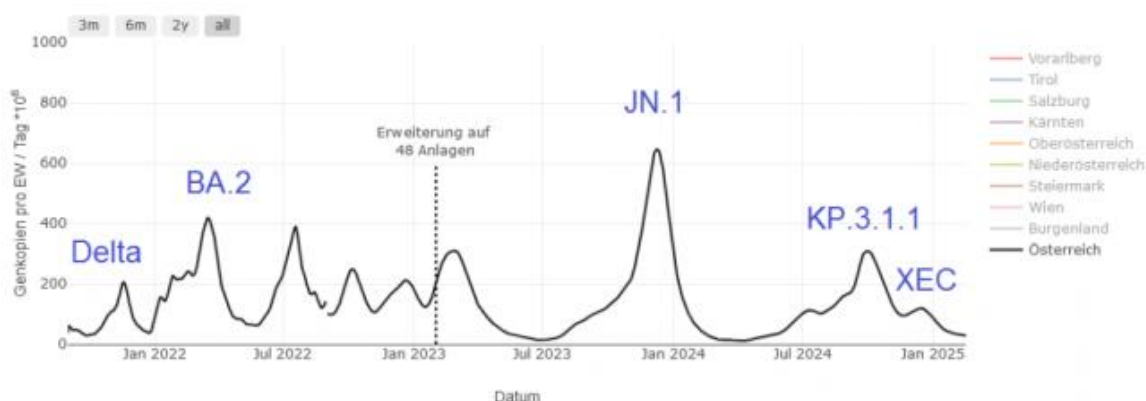
iii) Drift bei Influenza A (H3N2):

Current [northern hemisphere vaccine components](#) are well matched to circulating 5a.2a and 5a.2a.1 A(H1N1)pdm09 and V1A.3a.2 B/Victoria subclades. The vaccine components appear well matched for the A(H3N2) 2a.3a.1 (J) clade viruses, **but less well matched for some of the more recent A(H3N2) subclade 2a.3a.1 (J2) viruses, characterised by S145N, N158K or K189R HA substitutions (alone or in combination)**. The majority of the [A\(H3N2\) viruses identified worldwide and in Europe since February 2024 belong to the subclade 2a.3a.1 \(J2\)](#). [ECDC Influenza report](#), 18.12.2025

Das ECDC hatte schon Mitte Dezember die Vermutung, dass H3N2 die Saison verschärfen könnte. Neben Subclade J werden auch Driftvarianten mit bis zu 3 Mutationen (**S145N, N157K oder K189R**) im Hemagglutinin (HA) beobachtet, die sogenannte Subclade J1/J2. Diese sind nicht im Impfstoff enthalten, sodass die Neutralisierung herabgesetzt ist.

- **S145N** alleine verringert die Erkennung durch monoklonale Antikörper etwa bei H9N2-Influenza ([Ping et al. 2008](#))
- **K189R** erhöht die Virusreplikation bei H1N1 ([Ginting et al. 2012](#)).
- Zu N157K hab ich nichts gefunden, die Mutation wird in Zusammenhang mit der Schweinegrippe erwähnt.

## Eher kein Zusammenhang mit SARS-CoV2



aktuelle Abwassermonitoringdaten

Starke Influenzasaisonen gab es schon vor der Pandemie. Ein Zusammenhang mit vorherigen SARS-CoV2-Infektionen ist nicht direkt belegt. Es macht sicher keinen schlanken Fuß, wenn man in einer Tour alle Virusinfekte aufgabelt, die die Saison zu bieten hat, aber die Immunität und Vulnerabilität gegenüber Influenza hat nach allem, was ich die letzten Monate gelernt habe, viel mit der spezifischen Immunität zu tun. Eine Drift-Variante bei Influenza hat ähnliche Auswirkungen wie eine neue stark veränderte Coronavariante, was Immunität durch Infektion und Impfschutz betrifft.

Die geringe SARS-CoV2-Zirkulation im Winter belegt einmal mehr, dass nicht die Außentemperaturen entscheiden, wie hoch die Infektionswelle wird, sondern fast ausschließlich nachlassende Immunität gegenüber neuen Varianten.

Bei SARS-CoV2 zeichnet sich nach der kleinen Welle durch XEC, die im wesentlichen den Rückgang von KP.3.1.1 verlangsamt hat, momentan eine Aufspaltung in zwei Mutationspaare ab: JN.1 mit **445R/346T** und **445P/441R**. Bisher weichen die Mutationen aber nicht soweit von JN.1 oder KP.2 ab, dass eine Impfstoffanpassung notwendig werden würde. Mit einem Verbot von (mRNA)-Impfstoffen und ohne Impfeempfehlungen in den USA ist fraglich, ob es von Pfizer überhaupt noch Booster geben wird.

Wichtiger scheint daher derzeit die Unterzeichnung einer Erklärung gegen die Zensur der Wissenschaft:

[Declaration To Defend Research Against Government Censorship](#)

Man darf sich aber keine Illusionen machen, und die machen sich meiner Meinung nach noch zu viele demokratisch denkende Menschen, dass der Alptraum durch Gerichte, Klagen und Petitionen bald ein Ende hätte, geschweige unter diesen Bedingungen freie und demokratische Mid-Terms stattfinden könnten. Nur ziviler Widerstand kann uns jetzt noch davor retten, dass die Welt in eine faschistische Oligarchie umkippt, [die mit allen modernen Technologien totalüberwacht wird](#).

## Faktencheck: Tegnell und der Schwedische Weg

[Februar 25, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)

Tegnell im DerSTANDARD am 22/23.02.25:

"Wir haben zu keinem Zeitpunkt eine Herdenimmunität angestrebt.  
Ja, das wird oft behauptet, aber das ist ein völlig falscher Mythos."

-----Original Message-----

From: Anders Tegnell [<mailto:Anders.Tegnell@folkhalsomyndigheten.se>]

Sent: 14. maaliskuuta 2020 19:28

To: nCOV

Cc: Johan Carlson; Salminen Mika (THL)

Subject: VB: Corona smittan

En poäng skulle tala för att hålla skolorna öppna för att snabbare nå herd immunity

Med vänlig hälsning

---

Anders Tegnell  
Avdelningschef

Tegnell in einer E-Mail am 14. März 2020 an seinen Vorgesetzten Johan Carlson,  
Generaldirektor der Gesundheitsbehörde:

"Ein Punkt würde dafür sprechen, die Schulen offen zu halten, um schneller eine  
Herdenimmunität zu erreichen."

[Tegnell bei einer Lüge ertappt: Die Veröffentlichung seiner E-Mails](#) (The Local, 12.08.2020)

In der Berichterstattung fünf Jahre nach Pandemiebeginn häufen sich wieder die Artikel zum vermeintlichen Erfolg des „schwedischen Wegs“. Was gäbe es eine bessere Gelegenheit als ein neues Buch des schwedischen Chefepidemiologen Anders Tegnell? Dieses erschien pikanterweise als „*Der Pragmaticus-Edition*“, dem [rechtslibertären Magazin](#) des verstorbenen Milliardärs Mateschitz (Red Bull, ServusTV), das in der Pandemie und danach als Kritiker der Schutzmaßnahmen und Verharmlosung der Pandemiefolgen aufgetreten ist. Alleine der ideologische Rahmen der Bucherscheinung hätte zahlreiche JournalistInnen misstrauisch machen sollen – stattdessen wurden unkritische Interviews mit Tegnell geführt ([Pia Kruckenhauser für den Wochenend-Standard](#), 22/23.02.25) bzw. dessen Buchinhalte ohne Faktenchecks ([Newsflix, Ex-HEUTE Chefredakteur Nusser](#), 07.02.25) wiedergegeben. Auch andere Zeitungen in Österreich haben Tegnell ohne Hinterfragen abgedruckt.

Was sind die schwerwiegenden Konsequenzen? Warum herrscht diese Sehnsucht in Österreich nach dem schwedischen Weg? Tegnell titelte sein Buch mit „*Eigenverantwortung statt Zwang*“ – alleine das Wording ist natürlich tendenziös besetzt, wenn man den Schutz seiner Mitmenschen mit Zwang statt Pflicht framed. Zwang ist ein Kampfbegriff der Rechten, die den Meinungsdiskurs gewonnen haben. In den USA regieren jetzt ebenjene Rechten, die mit der Great-Barrington Declaration bis hin zur völligen Verteufelung von Impfstoffen die Pandemie unnötig in die Länge zogen – mit wachsender Impfskepsis und -ablehnung, Diskreditierung der Schutzmasken und der esoterischen Hygienehypothese („Infektionen stärken das Immunsystem“). Durch den ersten Lockdown (alle weiteren kamen mit zahlreichen Ausnahmen) wurde die Härte der Maßnahme in Frage gestellt, weil sie mit signifikanten Freiheitseinschränkungen verbunden war – das öffentliche Leben erlahmte für

Monate, vor allem im Dienstleistungssektor und in der Kulturszene waren die Kontaktbeschränkungen existenzbedrohend. Da erschien das schwedische Modell einer schnellen Durchseuchung mit *Eigenverantwortung* lukrativer. Die gesunde Mehrheitsbevölkerung hätte so weiterleben können wie bisher, die vulnerable Bevölkerung hätte man ein paar Monate abgeschirmt („*focused protection*“), so die Vorstellung innerhalb Teilen der Bevölkerung, vor allem aber unter Politikern und Journalisten. Die Sehnsucht war da, sich selbst möglichst wenig belasten zu müssen, wer gefährdet war, sollte sich gefälligst selbst schützen.

Tatsächlich funktioniert dieser Ansatz in einer Pandemie, die alle Bevölkerungsteile betrifft, nicht. Pflegende Angehörige, Kranken- und Altenpfleger haben Kinder. Schulen sind bei jedem Atemwegsvirus Drehscheibe für Infektionsausbrüche. Entgegen dem jahrelangen Narrativ befinden sich vulnerable Menschen nicht nur im Alten- und Pflegeheim. Die meisten älteren Menschen leben hingegen zuhause, werden von Angehörigen versorgt oder müssen sich selbst versorgen. Viele vulnerable Menschen stehen mitten im Leben, mit ihrem Immundefekt, dem Herzfehler oder anderen Autoimmunerkrankungen. Dafür gab es die Risikogruppenfreistellung, die aber geendet hat, bevor die Impfrate hoch genug war, um sie zu schützen. Darüber hinaus gibt es auch vulnerable Kinder, wobei das Multientzündungssyndrom MIS-C und Long Covid auch gesunde Kinder betraf. Mit anderen Worten: In einer Pandemie müssen alle zusammenhelfen, aufeinander Rücksicht nehmen. Den Zustand einer Demokratie erkennt man daran, wie die Schwächsten in der Gesellschaft behandelt werden.

*„Trotzdem kann ich die Maßnahmenplanung nicht ausschließlich daran ausrichten, was für die am meisten gefährdete Gruppe gerade notwendig ist.“*

Ex-Gesundheitsminister Rauch im STANDARD-Interview vom 10. März 2022

Die Orientierung am Recht des Stärkeren war der Anfang vom Ende der Solidargemeinschaft. Als die Maskenpflicht zuerst in den Öffis (2022), dann in den Spitälern (2023) aufgehoben wurde, konnten sich die führenden Politiker nicht einmal zu einer Trageempfehlung durchringen. Dadurch wurden die verbleibenden Maskenträger, der Großteil selbst vulnerabel, entmutigt *gegen den Strom* weiter sich selbst zu schützen. Heute hat das Virus durch die gestiegene Bevölkerungsimmunität seinen Schrecken verloren, doch die falschen Lehren aus der Pandemie sind nach wie vor präsent.

STANDARD-Interview

Das Interview im STANDARD vom 22/23.02.25 erreichte mehr Reichweite als das Nischen-Onlinemagazin von Nusser (Newsflix), daher beziehe ich meinen Faktencheck nun darauf. Die vorgetragenen Argumente sind aber oft ähnlich.

In der Einleitung behauptet die Redakteurin, *Schweden sei gut durch die Pandemie gekommen. Zwar hätte es anfangs deutlich mehr Tote gegeben als in den Nachbarländern, doch die gesamte Pandemie einbezogen sei die Übersterblichkeit in Schweden niedriger als in anderen Ländern mit vergleichbarem Wohlstand und ähnlich finanziertem Gesundheitssystem gewesen* ([Pizzato et al. 2024](#)).

Es gab auch eine Untersuchungskommission von der schwedischen Regierung, weil am Anfang natürlich die ziemlich viele Tote hatten, und da ist rausgekommen, es ist zu spät und zu wenig gehandelt worden. Ich glaube, in späteren Phasen der Pandemie hatte das mehr

Vorteile. Am Anfang war es problematisch. Man muss aber auch sagen, dass der schwedische Weg auch in anderen Ländern gegangen wurde. Im Prinzip in ganz vielen Bundesstaaten der USA im Süden unter republikanischer Kontrolle, und das sind die, die eigentlich die meiste Übersterblichkeit während der Pandemie hatten. Also es kommt ganz darauf an, wo, wie und was der Zufall auch will.

[Virologe Florian Krammer im Derpragmaticus-Interview, 25.02.25](#)

Die alleinige Betrachtung der Todesfälle greift allerdings zu kurz, da die unter Spätfolgen subsummierten Longcovid-Fälle gesamtwirtschaftlich gesehen einen signifikanten Impact bedeuten (z.B. [Wang et al. 2024](#)). So herrscht wissenschaftler Konsens darüber, dass die Impfkampagnen das Longcovid-Risiko verringert haben (z.B. [Xie et al. 2024](#)), auch in Schweden ([Lundberg-Morris et al. 2023](#)). Das bedeutet im Umkehrschluss, dass in den ersten Infektionswellen vor Ankunft der Impfung, in Schweden eben die Durchseuchung, die meisten und tendenziell schwersten Longcovid-Erkrankungen aufgetreten sind. Das belegen auch Zahlen aus Schweden: Von jungen Erwachsenen sollen **16,5%** betroffen sein ([Morgensen et al. 2023](#)). Die Zahl für Kinder ist ähnlich, Mädchen sind stärker betroffen ([Jiang et al. 2023](#)). Eine Langzeitstudie ergab eine hohe Prävalenz für anhaltende Symptome ([Wahlgren et al. 2023](#)). Eine Studie stellte fest, dass ein Jahr nach der Infektion in der ersten Welle immer noch 3% der damals Infizierten im Krankenstand waren ([Abzhandadze et al. 2024](#)).

**Fakt: Schweden hat unter Tegnell Herdenimmunität angestrebt. Das belegen seine E-Mails und öffentlichen Aussagen.**

**Behauptung,** „wir hätten zu keinem Zeitpunkt eine Herdenimmunität angestrebt, das sei ein völlig falscher Mythos. Das sei ja auch gar nicht möglich – würde man so ein Virus einfach durchrauschen lassen, hätte das desaströse Auswirkungen für das Gesundheitssystem, für die Gesellschaft.“

**Wahr ist:** Tegnell hat in der Anfangsphase der Pandemie zahlreiche Aussagen öffentlich und im E-Mail-Austausch mit seinen Vorgesetzten getroffen, wo Herdenimmunität angestrebt wurde ([Zitatsammlung von Edal Maxwell](#), 12. August 2020) – siehe auch das E-Mail im Titel.



Skickat 15 mars

Hej Anders.

Det finns nu bra data om COVID-19 epidemiologin. Det finns tre strategier för att stoppa epidemin.

Alternativ 1

Stoppa all rörelse och kontakter under en 4-veckors period

Alternativ 2

Hitta så många smittade som möjligt, spåra alla närkontakter och sätt dessa i 2 veckors karantän.

Denna modell har tillämpats i Kina och Syd-Korea framgångsrikt. Alternativ 2 är rekommenderad av WHO

Alternativ 3

Låt smittspridning ske, långsamt eller fort, för att uppnå en hypotetisk "herd immunity".

Det tycks vara den svenska modellen. Man förväntar sig då enligt Jan Albert 6 miljoner insjuknade. Samtidigt tror man att man kan undvika att den äldre befolkningen inte skulle bli berörd. En sak vet man att med Alt. 3 kommer Sverige sannolikt att få tusentals dödsfall. Folkhälsomyndigheten talar också om en ny våg av COVID-19 under hösten.

---

15 mars 2020 kl. 13:36 skrev Anders Tegnell  
<[Anders.Tegnell@folkhalsomyndigheten.se](mailto:Anders.Tegnell@folkhalsomyndigheten.se)>:

Hej

Jo vi har vandrat igenom detta och trots allt landat i tre. Vi har nog en rätt omfattande tyst spridning vilket skulle göra att de två första nog inte skulle funka

Med vänlig hälsning

---

Anders Tegnell  
Avdelningschef

Dort gab Tegnell am **15. März 2020** zu, dass sie alle Optionen geprüft haben und sich schließlich für Nr. 3 entschieden haben: „*Durchseuchung, um eine hypothetische Herdenimmunität zu erreichen*„.

Tegnell behauptete weiters, der „*Flatten the curve*“-Ansatz sei gewählt worden, allerdings in Form von „focused protection“, indem man die **Schulen offen ließ** und ein **Besuchsverbot in Altenheimen** beschloss. ([Epidemiologe Robert Zangerle](#), 03.08.20). Im Coronavirus-Update ([NDR-Podcast, 12.01.23, 17/20](#)) ging Virologe Drosten auf die Wirksamkeit von „focused protection“ ein, seine Schlussfolgerung ist klar:

„Man kann das nur unter Kontrolle bringen, indem man die Gesamteinfektionen und Übertragungen in der Gesellschaft unter Kontrolle bringt. Man kann nicht selektiv Altersheime schützen.“

Tegnell verweist auf auf gezielte Maßnahmen, um Infektionen einzudämmen. So gab es länger als in Österreich noch eine Begrenzung von Versammlungen auf 50 Personen,

flächendeckende Homeoffice-Empfehlung, Anzahl der Gäste in Restaurants beschränken, an Eigenverantwortung appellieren, wenn man sich krank fühlt. Schweden profitierte im Gegensatz zu den anderen europäischen Ländern hingegen von seiner europaweit höchsten Singlequote (52%), wenngleich das Definitionsfrage ist ([Partnerschaften mit getrennten Wohnungen, viele ältere Menschen alleine zu Hause](#)). Schulen bzw. Bildungseinrichtungen werden in diesem Zusammenhang allerdings gar nicht erwähnt.

**Fakt: Die Übersterblichkeit lag anfangs höher mit der Durchseuchung. Schweden ließ die Skigebiete noch lange offen, ähnlich wie in Österreich.**

**Aussage:** „Die Übersterblichkeit war höher als in Norwegen oder Finnland. Aber sie war vergleichbar mit den Niederlanden, Österreich oder Frankreich. Und niedriger als zum Beispiel in Spanien oder Italien.“

**Kommentar:** Sollte man sich im Rückblick nicht lieber an den Ländern orientieren, die es besser gemacht haben statt das Niveau nach unten zu nivellieren? Zur Übersterblichkeit selbst kann ich hier nichts beitragen, da ich mich dazu zu wenig auskenne. Epidemiologe Zangerle ist dafür der bessere Ansprechpartner.

**Behauptung:** Schweden hatte da auch Pech. Als die Pandemie so richtig durchstartete, waren in Schweden gerade Winterferien, eine Million Schwedinnen und Schweden fahren dann auf Urlaub in jene Länder, in denen das Virus damals schon viel stärker verbreitet war. Dadurch hatten wir schon sehr früh wirklich hohe Fallzahlen, und die erste Welle war ziemlich schwierig.“

Von Ischgl, [das das Virus anfangs in Europa verteilt hat](#), war Schweden viel weniger betroffen als seine Nachbarn. Bis 14. März 2020 stammte die Hälfte aller Fälle in Norwegen aus Österreich, in Dänemark war es ein Drittel und in Schweden ein Sechstel ([Bericht der Expertenkommission](#), 12.10.20). In Schweden blieben die Skigebiete ebenso wie in Österreich [noch lange offen](#). Schweden war außerdem durch seine Durchseuchungsstrategie Exporteur des Virus in seine Nachbarländer ([Duchene et al. 2021](#)). Die hohen Fallzahlen zu Beginn waren also nicht „Pech“, sondern Folge der späten und zu laschen Reaktion in Schweden selbst: So rieten die Gesundheitsbehörden während der Schulferien Ende Februar vielen davon ab, wegen des berichteten Ausbruchs in Norditalien ihren Skiurlaub abzusagen. Als sie zurückkehrten und fragten, ob sie in Quarantäne gehen sollten, hieß es, es gäbe keinen Grund zur Beunruhigung. Am 7. März fand in Stockholm das Finale für den Eurosongcontest mit 30000 Zuschauern statt. Ab 12. März sollten nur jene mit schweren Symptomen getestet werden ([weitere Chronik bei Gretchen Vogel](#), 06.10.20)

**Fakt: In schwedischen Pflegeheimen wurden Patienten euthanasiert, damit sie nicht die Pflegekräfte ansteckten.**

**Behauptung:** Altenheime würden von Gemeinden und sozialen Diensten geleitet, nicht von medizinischem Personal. Es hätte an fachlicher Expertise gefehlt, ebenso an Pandemieplänen oder spezieller Ausrüstung. Zudem seien die Menschen dort sehr alt und wären sowieso bald gestorben. Die hohe Übersterblichkeit sei nicht zum Verhindern gewesen. Das Pflegepersonal infizierte die Bewohner am häufigsten, die konnte man nicht aussperren.

**Wahr ist:** In [Pflegeheimen Göteborgs](#) ließ man Covid-Patienten einfach alleine sterben, um Personal nicht anzustecken. Vielen älteren Patienten wurde Morphium statt Sauerstoff gegeben trotz genügend Vorräten. Lebensrettende Behandlungen sind ohne vorherige

Untersuchung und ohne Information der Patienten oder deren Angehörigen verweigert worden ([Brusselaers et al. 2022](#)). Durch die offenen Schulen hat sich das Pflegepersonal über ihre Kinder infiziert und so das Virus in die Alten- und Pflegeheime getragen. Ebenso gab es auch keine Maskenpflicht, stattdessen wurde in Spitälern mit Face Shields gearbeitet, die kaum Schutz vor Aerosol-Übertragung bieten ([Lindsley et al. 2020](#)). Entsprechend kam es dort zu Ausbrüchen mit Todesfällen.

Entgegen seiner Behauptung leben in den Altersheimen nicht Zehntausend, sondern über 80 000 65jährige und älter. Die durchschnittliche Lebenserwartung ist auch nicht 6-8 Monate, sondern es sterben nur 20% innerhalb von 6 Monaten (Quelle: [Library.fes.de](#))

**Fakt: Vorerkrankten Schülern ist kein Heimunterricht erlaubt worden.**

**Behauptung:** *Dazu kommt, dass die Versorgung von chronisch Kranken sehr gut organisiert ist. Das erklärt aus meiner Sicht auch, warum die Übersterblichkeit etwa in den USA vier- oder fünfmal höher als in anderen westlichen Ländern war.*

**Wahr ist:** Laut Brusselaers et al. (2021) durften vulnerable SchülerInnen nicht zuhause unterrichtet werden. Die Durchseuchung über die Bildungseinrichtungen gefährdete in erster Linie vulnerable Menschen aller Altersgruppen. Es gab kaum Infektionsschutzmaßnahmen.

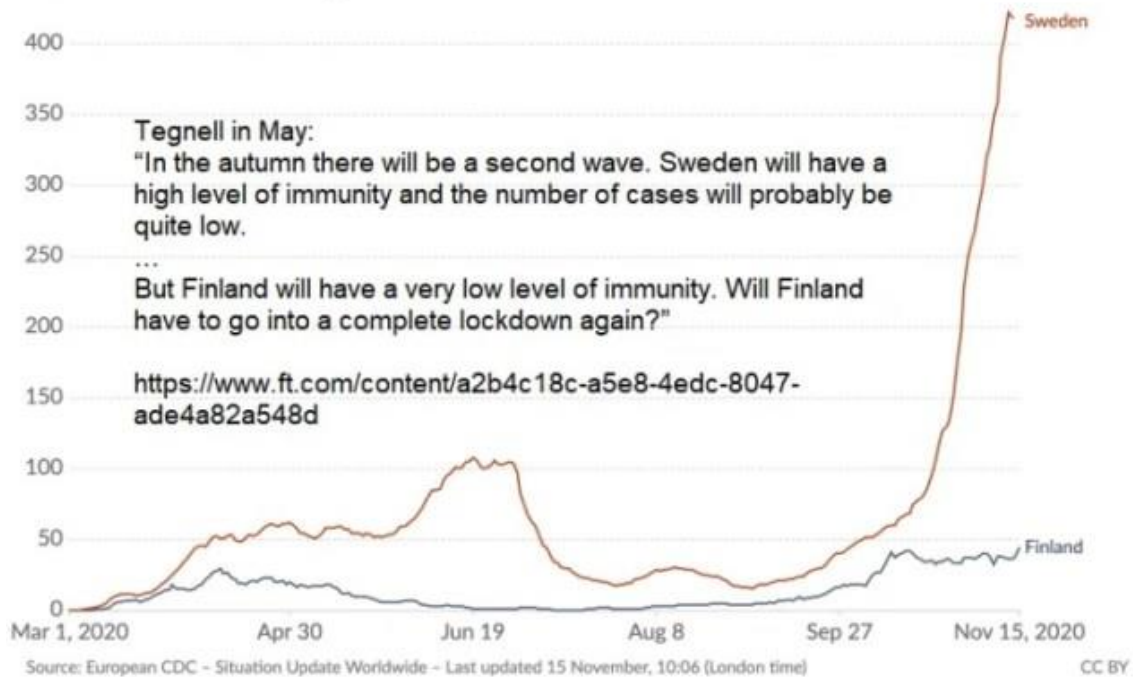
**Fakt: Vulnerable Gruppen waren durch die Durchseuchung besonders stark betroffen.**

**PLURV:** *Die Kritiker hätten den schwedischen Weg nicht ganz verstanden. Und dass es schon sehr bald positive Effekte geben würde. Im Sommer 2020 hätte es niedrigere Infektionszahlen gegeben als in allen anderen europäischen Ländern. Und einmal angekommen hätte man gegen die Sterblichkeit in den Altenheimen nicht viel tun können.*

**Wahr ist:** Tegnell lenkt hier von der Grundaussage ab, dass vulnerable Gruppen am Anfang besonders stark betroffen waren. Von den positiven Effekten nach der Durchseuchung (vermeintlich erzielte Herdenimmunität) haben sie jedenfalls nichts mehr gehabt. Vulnerable Gruppen leben nicht nur in Altersheimen, das erwähnt Tegnell hier nicht (wird aber auch nicht explizit nachgefragt von Kruckenhauser).

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

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



Experten und Scheinexperten, [gesammelte Zitate vom 18. November 2020](#)

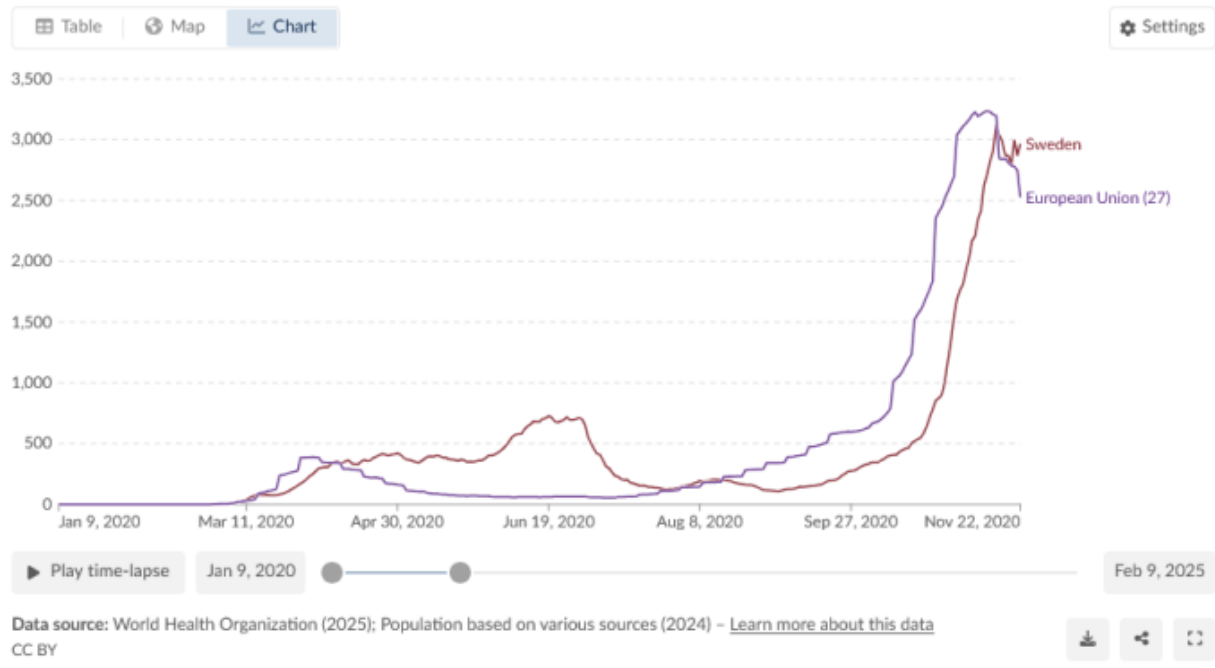
Tatsächlich gab es in Schweden höhere Fallzahlen im Sommer als in Finnland und im Herbst explodierten die Infektionszahlen erneut.

Die Behauptung, Schweden hätte niedrigere Infektionszahlen in Bezug auf Gesamteuropa gehabt, stimmt nicht einmal, wenn man Schweden der EU (27 Länder) gegenüberstellt:

## Weekly confirmed COVID-19 cases per million people

Cumulative number of confirmed cases of COVID-19 over the previous week, per million people.

Our World  
in Data



[Our World in Data, bestätigte Fälle pro Million Menschen](#)

**Fakt: Die Kinder und Jugendlichen sind in Schweden im Vergleich wahrscheinlich schlechter gesundheitlich durch die Pandemie gekommen als in Ländern mit Lockdowns.**

**Behauptung:** Sie seien im Vergleich besser durch die Pandemie begangen, die Wirtschaft hätte weniger gelitten, die Spaltung der Gesellschaft sei nicht so tief. In Afrika hätten die Schulschließungen desaströse gesellschaftliche Folgen gehabt.

**Wahr ist:** In Schweden gab es zwar nie einen Lockdown, aber Kinder litten auch unter den Folgen der Infektion selbst oder dass ihre Angehörigen erkranken konnten oder betroffen waren ([Interview mit Kinder- und Jugendpsychologe Julian Schmitz, 01/2023](#)).

*Indirect data suggest children in Sweden were infected far more often than their Finnish counterparts. The FoHM report says 14 Swedish kids were admitted to intensive care with COVID-19, versus one in Finland, which has roughly half as many schoolchildren. In Sweden, at least 70 children have been diagnosed with multisystem inflammatory syndrome, a rare complication of COVID-19, versus fewer than five in Finland. (Vogel 2020)*

Alleine in den USA verloren bis Februar 2022 über 200 000 Kinder unter 18 Jahren ein Elternteil bzw. Angehörige. Mehr als Zwei Drittel der Halb- oder Vollwaisen war unter 13 Jahre alt. In Afrika gab es überhaupt eine sehr hohe Übersterblichkeit in den Infektionswellen und mit Sicherheit nicht nur soziale Folgen für die Kinder und Jugendlichen.

Die Ergebnisse der PISA-Studie zeigen, dass die Kinder nicht von offenen Schulen profitiert haben. Spekulation: Häufigere Krankenstände

## Der Rückgang der Bildungsleistung zwischen 2018 und 2022 war in 🇪🇺 überdurchschnittlich

Differenz der kumulierten Pisa-Punkte (Lesen, Mathematik und Naturwissenschaften) 2018 zu 2022, Anzahl geschlossene Schultage auf Stufe Sek I, ausgewählte europäische OECD-Länder

Land	▲ Diff. Pisa-Punkte 2018/22	Schulen geschlossen
Norwegen	-4,5%	38 Tg.
Niederlande	-4,4%	43 Tg.
Finnland	-4,1%	38 Tg.
Polen	-4%	190 Tg.
Griechenland	-3,8%	68 Tg.
Deutschland	-3,6%	85 Tg.
Frankreich	-3,1%	44 Tg.
Bulgarien	-3%	k.a.
Schweden	-2,9%	0 Tg.
Portugal	-2,9%	97 Tg.
Belgien	-2,7%	48 Tg.
Slowakei	-2,5%	105 Tg.
<b>OECD-Durchschnitt</b>	<b>-2,2%</b>	<b>92 Tg.</b>
Dänemark	-2,1%	20 Tg.
Grossbritannien	-1,9%	88 Tg.
Österreich	-1%	74 Tg.
Tschechien	-0,8%	141 Tg.
Lettland	-0,6%	146 Tg.
Litauen	-0,6%	137 Tg.
Ungarn	-0,4%	95 Tg.
Irland	-0,1%	91 Tg.
Italien	-0,1%	90 Tg.
Schweiz	<b>±0%</b>	<b>34 Tg.</b>
Malta	±0%	k.a.
Rumänien	±0%	k.a.
Kroatien	+0,4%	k.a.

In Europa schnitten Länder mit langen Lockdowns besser bei der letzten PISA-Studie ab als in Schweden ohne Lockdowns, [ausführlicher in meiner Kolumne](#)

In Schweden, wo nur die Oberstufen ins Distance Learning musste, gab es **weniger psychische Belastung** als mit offenen Schulen, vor allem weniger Diagnosen von Angst und Depressionen ([Björkegren et al. 2024](#)). Schulschließungen führen zu einem Rückgang von Mobbing und Suiziden.

**Fakt: Tegnell wollte über die offenen Schulen die Wirtschaft am Laufen halten und schneller Herdenimmunität erreichen.**

**Behauptung:** „Aus meiner Sicht war es sehr wichtig, dass die Kinder weiter in die Schule gehen konnten.“



**Wahr ist:** Better safe than sorry wurde nicht angewandt. Am Anfang war nicht klar, ob Kinder schwer erkranken können und über Langzeitfolgen wusste man noch nichts. *“If children don’t go to school their parents need to stay at home and we know of economic calculations that have been given to us that then about 20% of the workforce disappears from the Swedish work market”* (Tegnell am 15.04.20)

Als ein finnischer Kollege andeutete, dass laut Modelldaten geschlossene Schulen die Infektionsraten bei den Älteren um 10% senken konnten, antwortete Tegnell mit „Zehn Prozent sind es wert?“.

**Fakt: Schweden hat neue wissenschaftliche Erkenntnisse nicht angewandt.**

**Behauptung:** *Natürlich kann man immer etwas verbessern. Aber angesichts der Tatsache, dass wir ständig neue Informationen hatten und sich die Lage fast schon täglich änderte, haben wir das recht gut gemacht.*

**Wahr ist,** dass spätestens ab April, Mai 2020 wachsender wissenschaftlicher Konsens über die Luftübertragung von SARS-CoV2 bestand, siehe Drostén-Podcast im April 2020. Im [Juli 2020](#) forderten 239 Wissenschaftler von der WHO, die luftgestützte Übertragung endlich anzuerkennen. Trotzdem empfahlen die schwedischen Gesundheitsbehörden weiterhin Hände waschen und Gesichtsvisiere. Tegnell war außerdem gegen den Einkauf der mRNA-Impfstoffe und wurde von der eigenen Regierung überstimmt ([Quelle](#)). Auf die Frage, warum in Schweden im Vergleich zu anderen Ländern so viele Menschen an SARS-CoV2 gestorben sind, antwortete Tegnell so: *„Der Impfstoff kam zu früh. Wenn es länger gedauert hätte, hätten die anderen Länder wahrscheinlich aufgeholt“* ([VI, 17.04.23](#))

**Und ein letzter, trauriger Fakt:**

**Das Thema Longcovid kommt in diesem Interview überhaupt nicht vor – übrigens auch in vielen anderen Interviews und Lobpreisungen zu Tegnell nicht. Das ist leider hochgradig unseriös, wenn man die globale Prävalenz von Longcovid betrachtet ([Übersicht](#)). Da kann man nicht so tun, als hätte es nur Genesene und Verstorbene gegeben, wie es in der Pandemie in Schweden und Österreich suggeriert wurde.**

Was viel zu kurz kommt in der revisionistischen Pandemieforschung ist die zentrale Rolle von Schweden in der Begründung der Great-Barrington-Declaration, deren prominente Vertreter nun die Gesundheitsbehörden unter dem faschistischen Trump-Regime anführen:

**06. Mai 2020:** Der Gründer der Great-Barrington-Declaration, Martin Kulldorff dankt mit einer E-Mail an den schwedischen Epidemiologen Tegnell (mit Giesecke im CC), [dafür](#), dass er das Herdenimmunitätsmodell in der ganzen Welt verkauft habe: *“Thank you for your wise epidemiological sane Covid-19 work. Not only important to Sweden, but as a model for the rest of the world.”*

Im **April 2020** hatte es einen [Erfahrungsaustausch](#) von Tegnell mit Brasiliens Bolsonaro gegeben – Brasilien war besonders schwer getroffen von der Pandemie.

Im **August 2020** waren die GBD-Begründer Kulldorff und Bhattacharya bei Präsident Trump. Letzterer beriet auch Indien, das schwer betroffen war.

Am **5. Oktober 2020** wurde die GBD gegründet. In Österreich fand GBD kaum Eingang in die Berichterstattung, obwohl die Regierung (und Opposition) deren Pandemiestrategie nahezu 1:1 umsetzen.

Am **12. Dezember 2020** lud der damalige AGES-Public-Health-Chef Allerberger Tegnell am 14.01.2021 zu einem „Lesson Learned“ ein.

## Literaturhinweise:

[Der schwedische Weg in Österreich – eine Chronologie](#)

[Ausführliche Analysen zum schwedischen Weg in Schweden](#)

[Differenzierter Blick auf die Pandemiefolgen bei Kindern und Jugendlichen](#)

## Addendum

Auch im Falter-Shop ist eine Rezension zu Tegnells Buch erschienen, [dazu auch ein Interview mit Tegnell](#).

*Tegnell: „Ischgl wurde berühmt, nachdem viele Menschen mit einer Covid-19-Infektion zurückkamen, auch in nordische Länder. Damals gingen Bilder aus den Bars um die Welt. Ich erinnere mich an Besucher, die dieselbe Trillerpfeife im Mund hatten. Das erklärt, warum sich die Krankheit so leicht auf so viele Menschen ausbreiten konnte.“*

**Fakt:** Es hatten nicht die Besucher dieselbe Pfeife im Mund, sondern die Kellner. Selbst Hendrik Streeck hat [damals noch zutreffend](#) den Übertragungsweg erklärt: Durch die Pfeife gelangen Aerosole in die Luft und diese trafen in den Bars auf ideale Übertragungsbedingungen: enger Kontakt und schlecht belüftet. Was Tegnell hier insinuiert: Schmierinfektion sei der Übertragungsweg gewesen. Dafür gab es aber keine Belege. Hingegen gab es gehäuft Superspreading-Ereignisse bei Chorveranstaltungen (Perg, Skagit Choir, [Hamner et al. 2020](#))

*Tegnell: Das Sterben war nicht unserer Corona-Strategie geschuldet. Es war eine gesellschaftliche Schwachstelle: Die Altersheime hätten bessere Krisenpläne haben müssen, Leute besser schulen, bessere Ausrüstung haben müssen. Deshalb konnten sie die Menschen dort nicht ausreichend schützen. Sie haben es wirklich versucht.*

**Fakt:** Wenn man eine Durchseuchungsstrategie im Rest der Bevölkerung fährt, dann funktioniert focused protection schlicht nicht, außer man isoliert die Alten und lässt sie alleine sterben – was auch passiert ist. Alte Menschen benötigen Pflege, haben Angehörige, haben Enkelkinder. Schulen wurden durchseucht.

*Tegnell: In diesen Altersheimen beträgt die Lebenserwartung auch ohne Covid-Infektion nur etwa sechs Monate. Ich erwähne das, um zu zeigen, wie alt und gebrechlich die Menschen dort sind.*

**Fakt:** Gerade einmal ein Fünftel der Altenheimbewohner stirbt innerhalb von 6 Monaten ([Library.fes.de 2021](#))

*Tegnell: Wir müssen Norwegen und Finnland, vor allem Dänemark, als Ausnahmen in Europa betrachten. Die Pandemie, insbesondere während der ersten Welle, schlug dort ganz anders auf als in jedem anderen Land Europas. Dafür gibt es viele Gründe: Sie haben gute Gesundheitssysteme, sind aber auch nicht sehr dicht besiedelt. Es leben dort auch nicht so viele Menschen aus anderen Ländern.*

**Fakt:** Die Bevölkerungsdichte ist in Dänemark mit 138,5 höher als in Schweden (25,2). Der Urbanisierungsgrad ist ähnlich. Dänemark hat mit 9,22% einen höheren Ausländeranteil als Schweden (8,98%), in Norwegen liegt er bei 11,26% (Quellen: Statista 2019-2021). Über Finnland sagte Tegnell im September 2020: Sie hätten weniger Tote als Schweden gehabt, weil sie weniger Einwanderergruppen hätten.

*Tegnell: Wir haben nie versucht, Herdenimmunität zu erreichen. Wir alle wissen, dass man diese nur erreichen kann, wenn man einen sehr guten Impfstoff hat, nicht indem man die Krankheit zulässt. Das würde allen schaden. Wir haben etwas anderes geschafft: eine freiwillige Verhaltensänderung.*

**Fakt:** Das ist eine Lüge. Die rechtsgerichtete Heritage Foundation, auf die das Projekt 2025 der aktuellen Trump-Diktatur zurückgeht, [schrieb am 22. April 2020](#) über Tegnell:

*„The ongoing Swedish policy experiment of so-called “herd immunity” is quite unique. Anders Tegnell, Sweden’s chief epidemiologist and architect of the policy, explained that his country’s approach to COVID-19 is “to let the virus spread as slow as possible, while sheltering the elderly and the vulnerable until much of the population becomes naturally immune or a vaccine becomes available.”*

*Tegnell: Ich habe in Mails über Herdenimmunität mit meinen Kollegen diskutiert. Wir haben darüber gesprochen, ob man mehr oder weniger Maßnahmen ergreifen muss. Herdenimmunität ist nur ein Indikator, der eine Vorstellung davon gibt, was wir tun müssen oder was wir nicht tun sollten.*

**Fakt:** Sehr sehr vages Dementi.

*Tegnell: Es fühlt sich wirklich seltsam an, weil wir Covid-19 nie geleugnet haben. Wir waren uns der Gefahr äußerst bewusst und haben hart daran gearbeitet, die Verbreitung so weit wie möglich einzuschränken. Schweden ist extrem impffreundlich. Wir wussten: Es gibt keine schnelle Lösung für eine Pandemie. Es ist ein Marathon, kein Sprint. Und wir waren der Meinung, dass es falsch war, der Bevölkerung immer wieder neue Signale zu senden. So verlieren sie das Vertrauen.*

**Fakt:** Die hohe Sterblichkeit in der ersten Welle widerspricht der Behauptung, hart daran gearbeitet zu haben, die Verbreitung weitgehend einzuschränken.

*Tegnell: Das weiß ich nicht. Ich habe den schwedischen Weg definitiv nicht allein entschieden. Wir waren 500 bis 600 Leute, die zusammenarbeiteten. Ich war zufällig am Anfang der Sprecher, und dann kamen im Laufe der Zeit weitere hinzu.*

**Fakt:** Zufälligerweise hatte Tegnell regelmäßige Kontakte mit Kulldorff, Giesecke, Carlson, später auch mit Atlas und weiteren GBD-Gründern.

*Tegnell: Weil wir anhand der Daten aus China und Italien schnell sehen konnten, dass Kinder sehr selten erkrankten und nur wenige Covid-19-krankte Kinder in den Krankenhäusern waren. Die Schulen zu schließen, um die Kinder zu schützen, machte also keinen Sinn. Wir konnten aus den Daten auch erkennen, dass Kinder die Krankheit nicht sehr stark verbreiteten. Erwachsene steckten sich gegenseitig an. Wir wissen aber, dass die Schule für Kinder unglaublich wichtig ist. Bildung entscheidet über die Zukunft – gesundheitlich und ökonomisch. Man muss also sehr gute Gründe haben, Kindern die Schulbildung und den Kontakt zu anderen Kindern zu verweigern.*

**Fakt:** Als die WHO die Pandemie ausrief, wurde auch mitgeteilt, dass von 366 infizierten Kindern sechs hospitalisiert werden mussten. Alle Kinder waren vorher gesund. Vier entwickelten eine Lungenentzündung, ein Kind benötigte Intensivmedizin. ([Cucinotta and Vanelli 2020](#)). Bei rund 1/5 Kinder und Jugendlichen in Schweden hätten demnach über 32 000 Kinder hospitalisiert werden müssen. Das ist nicht nichts. Ebenso falsch ist die Behauptung, dass Kinder die Krankheit nicht sehr stark verbreiteten, denn Tegnell setzte ja gerade auf offene Schulen, um schneller Herdenimmunität zu erreichen:

*„a point would speak for keeping the schools open to reach herd immunity faster“ (14.3.20)*

Außerdem waren [bis Mai 2020 mehrere Virusausbrüche in Schulen](#) bekannt – Kinder wurden damals nicht getestet. So lässt sich natürlich sehr leicht behaupten, nur Erwachsene würden das Virus verbreiten.

*„Ludvigsson [wrote to Tegnell](#) that „unfortunately we see a clear indication of excess mortality among children ages 7-16 old, the ages where ‘kids went to school.’“*

*Tegnell: In vielen Ländern des globalen Südens haben die Maßnahmen mehr Probleme verursacht als die Covid-19-Pandemie an sich. Die Schließung von Schulen und die Tatsache, dass Menschen nichts verdienen konnten, hatten dramatische Auswirkungen -zumal die meisten Menschen in diesen Ländern jung und gesund sind.*

**Fakt:** Die Behauptung bleibt unwidersprochen stehen. In Südafrika gab es eine hohe Übersterblichkeit trotz junger Bevölkerung. HIV-geschwächte Patienten sind hier zu nennen. Die Beta-Variante und die ersten Omicron-Varianten wurden in Südafrika entdeckt, wahrscheinlich auf chronisch infizierte HIV-Patienten zurückzuführen.

*Falter: Viele Menschen, die Covid-19 hatten, leiden jetzt an Long Covid oder ME/CFS. Wie groß ist das Bewusstsein hierfür unter Ihren Kollegen und Kolleginnen?*

*Tegnell: Diese schweren Erkrankungen sind eines der Probleme, die uns die Pandemie hinterlassen hat und die wir sehr ernst nehmen müssen. Die wissenschaftliche Gemeinschaft unternimmt sehr viel, um Lösungen zu finden. Aber es hat sich als sehr schwierig erwiesen, den Leuten bei ihrem Leiden zu helfen. Wir brauchen mehr Forschung -überall auf der Welt.*

**Fakt:** Kein Wort darüber, dass die Durchseuchung vor Ankunft des Impfstoffs für viele Longcovid-Betroffene verantwortlich war.

# Habe ich mich aus „Team Vorsicht“ verabschiedet?

[Februar 27, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



Mittlerweile ist [mein erster Beitrag zur Pandemie](#) über fünf Jahre her. Fast alles, was ich damals schrieb, ist leider eingetroffen. Kein Systemwandel, weiter wie bisher, im Gegenteil eher ein weiterer Schritt Richtung Vergangenheit. Nur in einem Punkt muss ich mich korrigieren: Händewaschen bringt gegen Viren nichts, die über die Luft übertragen werden. Das wusste ich damals nicht, bis ich über den Podcast mit Virologe Drosten erstmals davon hörte. Seitdem halte ich eine *normale, aber keine übertriebene* Handhygiene ein – im Unterschied zu vor der Pandemie hab ich immer ein Fläschchen Desinfektionsmittel einstecken.

Ich habe bis etwa Mitte 2023 einen strikten *NoCovid*-Lebensstil geführt, der aus konsequentem Maskentragen und Vermeidung von Indoor-Zusammenkünften bestand. Das unglückliche Kennenlernen einer exzessiven Infektionsschutz betreibenden Person hielt mir 2023 den Spiegel vor Augen, wie weit ich diesen treiben wollte und ob es das wert war, zwar gesund zu sein, aber kein Sozialleben mehr zu haben. Seitdem habe ich schrittweise meine strengen Regeln gelockert und seit letztem Jahr gehe ich regelmäßig wieder in Lokale mit anderen essen.

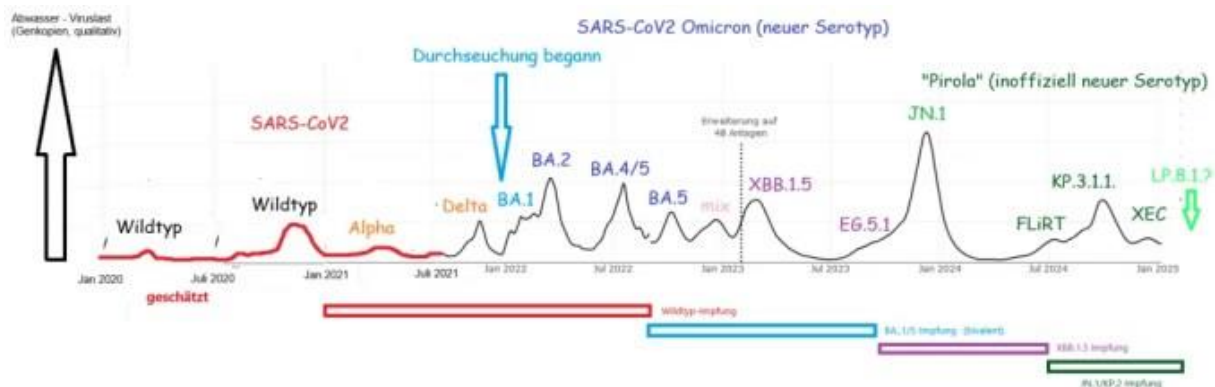
Mein zunehmend lockerer Umgang mit Infektionsschutz ist auch TeamVorsicht nicht verborgen geblieben. Der Vorwurf lautet, ich hätte mich um 180 Grad gedreht, weil ich anders nicht mehr klarkommen würde. Das würde allerdings voraussetzen, dass das Infektionsrisiko immer noch so hoch ist wie in den ersten drei Jahren der Pandemie. Vorab: Ich werde es keiner Person krumm nehmen, die konsequent dran bleibt. Wichtig ist, mit sich selbst im Reinen zu sein, einen *modus vivendi* gefunden zu haben, den man durchziehen kann.



Kommt das Umfeld damit klar? Passt es zum – extrovertierten oder introvertierten – Lebensstil? Wie energieraubend ist es, sich immer wieder erklären zu müssen? Hat man sich damit abgefunden, etwas vielleicht nie wieder tun zu können?

Nachfolgend möchte ich erläutern, weswegen ich vom strikten Kurs abgewichen bin, aber nicht aus emotionalen Gründen, sondern weil ich stetig neue wissenschaftliche Erkenntnisse, aber auch eigene Erfahrungen berücksichtige. Ich kam auch im Zuge des folgenden Rückblicks wieder auf neue Perspektiven und Zusammenhänge.

## Unterschiedliche Pandemiephasen



Varianten-Entwicklung und zugehörige Impfung, eigene Skizze und Schätzung vor 2022 anhand Abwasserwerte Vorarlberg, Stand 12.01.2025

Im **ersten Pandemiejahr** war das Infektionsrisiko dank der Maßnahmen gering bzw. hörte ich im Frühjahr 2020 erstmals von Long Covid auch bei zuvor gesunden, jungen Menschen nach milden Anfangsverläufen und blieb schon deshalb lieber vorsichtig. In den ersten Monaten betrieb ich exzessive Handhygiene, ließ aber bald davon ab, als ich erste Studien las, dass das Risiko der Kontaktinfektion übertrieben wurde und diverse Erkenntnisse zur Langlebigkeit von Viren auf Oberflächen unter Laborbedingungen zustandekamen.

Im **zweiten Pandemiejahr** ließ ich mich dank Hochrisikoattest schon ab März impfen und buchte dafür im Juni einen Kurzurlaub im südlichen Hochschwabgebiet. Damals waren die Fallzahlen durch die Impfkampagne gering und zwei Impfungen schützten noch gegen Alpha. Ich erinnere mich noch, wie die Hotel-Servicekräfte mehrmals sagten, ich müsse keine Maske mehr tragen, ich behielt sie aber trotzdem auf. Wegen der Israel-Daten im Sommer holte ich mir im November eine dritte Impfung, um gegen Delta einen hohen Infektionsschutz zu haben. Ab dann trug ich auch durchgehend FFP2-Masken und experimentierte mit einem CO<sub>2</sub>-Messgerät von Conrad, das leider völlig falsche (zu hohe) Werte lieferte.

Im **dritten Pandemiejahr** zerstörte Omicron die Hoffnung auf langlebigen Infektionsschutz durch die Impfung. Ich holte mir im März die vierte Impfung. Viele Bekannte, fast alle Kollegen infizierten sich im Laufe des Jahres mit BA.2 oder BA.5, manche entwickelten Long Covid für mehrere Monate, erholten sich aber wieder vollständig. Ich musste mich im Juli einer Cholezystektomie unterziehen. Das Spitalpersonal hielt die Schutzmaßnahmen nurmehr halbherzig ein, das Aranet4 zeigte über 2000ppm im Zimmer. Zum Glück musste ich nur eine Nacht bleiben. Im Herbst hatte ich zwei Kurzurlaube mit Freunden, jeweils in einer Ferienwohnung. Ich weiß noch, wie unangenehm es für mich war, als wir drinnen aßen, denn draußen gab es um diese Jahreszeit keine Bedienung/Tische mehr. Angesteckt hat sich keiner von uns. Im Herbst infizierte sich ein Freund erstmals nach einem Lokalbesuch und bekam



Long Covid (Herzrhythmusstörungen). Und ich infizierte mich beim Weihnachtsbesuch bei meinen Eltern mit einem saisonalen Coronavirus (**hCoV-OC43**), hielt es aber anfangs für Reflux, den ich bis dato jahrelang immer wieder mal hatte. Beim Silvestertreffen gefährdete ich so unabsichtlich und unwissend meine Bekannten, weil ich die Symptome falsch zuordnete. Erst ein PCR-Abstrich durch meine Sentinelärztin brachte Klarheit. Der Virusinfekt setzte mich drei Wochen außer Gefecht, vor allem der trockene Reizhusten sorgte für viele schlaflose Nächte.

## 2023: Die Risikobewertung änderte sich

Ich behielt den halbjährlichen Impfrhythmus bei, obwohl es dafür keine Empfehlung für immunkompetente Personen gab und gibt. Einzelne Studien zeigten wiederholt, dass ein zweiter Antigenkontakt förderlich für die Immunitätsausbildung war, den ich mir naturgemäß lieber über die Impfung als die Infektion holen wollte. Immer, wenn ich mir vornahm, nachlässiger zu werden, hörte ich von Bekannten, deren Erstinfektion recht langwierig war. Die Infektionsschutzmaßnahmen wurden weitgehend aufgehoben, obwohl die Viruszirkulation durch SARS-CoV2 hoch war (XBB.1.5-Welle) und die erste starke Influenzawelle durchrauschte. Der Freund mit Long Covid zeigte keine Besserung, was mich emotional sehr mitgenommen hat.

Dann lernte ich diese Person kennen, die behauptete, ein Fan meines Blogs zu sein, aber seltsamerweise das Gegenteil von dem machte, was meine Überzeugung war: Exzessive Handdesinfektion, Augentropfen, Einkäufe desinfizieren, jede Türschnalle nur mit dem Pulli oder Ellenbogen anfassen. Dafür gab es überhaupt keine Evidenz! Ich bekam Vorwürfe, weil ich mich mit anderen im Freien traf „es ist überall ein Risiko“ oder im Büro keine Maske trug. Dabei gab es dort eine Quell-Lüftung und die CO2-Werte waren exzellent niedrig. Wofür die Investition in gute Lüftungen, wenn man trotzdem auf der Maske beharrte? Ich erkannte, wie absurd die Vorstellung war, jede Infektion vermeiden zu wollen und gleichzeitig auch das aller kleinste Risiko (z.B. im Freien oder auf der Türschnalle) noch weiter zu verringern, mit einem Aufwand, der nicht im Verhältnis zum Risiko stand.

Mein Zugang ging noch weiter, denn asymptomatische Infektion („stille Feiung“) war durchaus wünschenswert. Über 70% der respiratorischen Virusinfektionen verlaufen ohne Symptome. Wir bekommen es also gar nicht mit, uns infiziert zu haben, sind aber wieder für eine Weile immun gegen eine weitere Infektion. Nun wusste ich, dass Kontaktinfektion – so sie relevant ist – mit geringeren Virusmengen als Aerosol-Übertragung einherging. So gesehen wäre eine Kontaktinfektion sogar wahrscheinlicher asymptomatisch oder mit sehr leichten Symptomen einhergegangen.

Eine weitere Möglichkeit, die Viruslast zu verringern, war in einem gut belüfteten Raum keine Maske zu tragen. So sich ein Infizierter darin befand, sollte mich die „**leaky immunity**“ schützen ([Lind et al. 2023](#)). Deswegen verzichtete ich fortan in unserem gut belüfteten Stiegenhaus darauf. Auch wenn ich alleine im Bus saß, vertraute ich auf meine mehrfachen Impfungen als solide Grundimmunität.

Denn eines war 2022, allerspätestens 2023 klar: No/Zero Covid war gescheitert. Schon Anfang 2022 erklärte Virologe Krammer „**Operation Warpspeed ist vorbei!**“ Das hieß, die Impfstoffe schützten gegen schwere Verläufe und es gab keinen Bedarf mehr an einer Impfung, die auch langlebig gegen Ansteckung schützte. Ich blieb naiv-optimistisch und hoffte auf die Schleimhaut-Impfstoffe, doch diese blieben meist bei Tierversuchen oder

schlugen überhaupt fehl. Was bedeutete das aber für meine Langzeitstrategie? Mich niemals anzustecken?

Im Sommerurlaub 2023 im Salzkammergut verzichtete ich erstmals weitgehend auf die Maske. Meistens aß ich draußen, oder es war morgens nicht viel los beim Bäcker. Nur im Zug setzte ich weiter Maske auf. Beim Freund mit Long Covid fand man die Ursache: Eine unerkannte Lungenembolie verursachte die Herzrhythmusstörungen – Blutverdünner beseitigten die Beschwerden innerhalb von wenigen Monaten, er erlangte bald wieder seine alte Fitness. Auch eine zweite Infektion genau ein Jahr nach der ersten hinterließ keine bleibenden Schäden. Als die Gratis-PCR-Tests von Leadhorizon in Wien abgeschafft wurden, stieg ich mit einer Handvoll NoCovid-Vertretern auf Trinicum um, die aber nur unter der Woche Tests auswerteten. Zudem gab es nur eine Abgabestelle mit Deadline, das war mit Schichtdienst schlicht unpraktikabel. Insgesamt dürfte ich nur so fünf oder sechs Tests eingeworfen haben – rausgeworfenes Geld also. Ich blieb bei Schnelltests und im Bedarfsfall ein Abstrich, den ich durch meine Hausärztin, die am Sentinelsystem teilnimmt, auswerten lasse.

Als die JN.1-Welle über Österreich hereinbrach, blieb ich eher defensiv und kam dank der Impfung davon.

## 2024

Es wurde ein erkenntnisreiches Jahr für mich. Mir wurde bewusst, wie viel zwischenmenschlichen Schaden mein strenger Infektionsschutz-Ansatz angerichtet hatte. Ich empörte mich über jedes Husten und Niesen, als säße dort eine hochansteckende Person. Ich hatte defacto kein Sozialleben, ich besuchte keine Fortbildungen mehr – und gerade da brachten die inoffiziellen Treffen mir persönlich am meisten, also die Kaffee- und Mittagspausen, der gemeinsame Lokalabend – alles, was ich hätte weglassen müssen, wenn ich konsequent alle Innenräume mied. Das würde meinen Job gefährden. Regelmäßige Fortbildungen waren nun einmal wichtig, ebenso schätzte ich die Kontakte zu Kollegen und Gleichgesinnten.

Dann begann ich auch zu recherchieren über die Übertragungswege bei saisonalen Viren. Es stellte sich heraus, dass die meisten über die Luft übertragbar waren, aber viel weniger ansteckend als SARS-CoV2. Es braucht engen Kontakt, weswegen Eltern und Berufsgruppen mit häufigen, engen Kontakten besonders gefährdet sind. Beides traf auf mich nicht zu.

Im April infizierte ich mich mit dem Rhinovirus, im Septemberurlaub mit dem Parainfluenzavirus Typ I. Beides brachte eine Woche Krankenstand und rund drei Wochen, bis ich wieder fit war, aber eben fit blieb. In beiden Fällen steckte ich mich bei einem Lokalbesuch mit Freunden an. War es das wert? Ja. Sozialleben ist einfach so wichtig. Es definiert uns Menschen. Das sag ich selbst als Autist, der sich sein Alleinsein nicht ausgesucht hat.

Ich lernte über das Jahr hinweg, dass nicht jeder mit Husten, Räuspern oder Niesen ansteckend war, oder überhaupt infiziert. Zunehmend wurde ich ruhiger und saß nicht mehr auf glühenden Kohlen, wenn in der Nähe jemand hustete oder ich in einem vollen Lokal saß. Denn von der Zeit vor der Pandemie wusste ich noch, dass ich schon da über Jahre hinweg selten krank war, obwohl ich regelmäßig mit auf ein Bier ging. Das Aranet4 (CO2-Messgerät) hab ich weiterhin dabei, ich teste bei Symptomen, trage Maske, wenn ich Symptome verspüre (was selten vorkommt) und bleibe krank zuhause. In öffentlichen Verkehrsmitteln, wenn es

enger wird, und beim Arzt trag ich immer noch Maske. Von einer 180-Grad-Wende kann keine Rede sein.

## Status quo

Ein paar Kernpunkte von *TeamVorsicht* muss ich leider korrigieren – nach bestem Wissen und Gewissen, und nicht aufgrund kognitiver Dissonanz. Ich kenne weiterhin persönlich Betroffene von Long Covid, ich weiß von den schwerwiegenden Folgen. Und es ist klar, dass das Risiko nie bei Null sein wird.

### Die Pandemie ist vorbei

Am 5. Mai 2023 hat die WHO den Internationalen Gesundheitsnotstand beendet. Bis heute wird unrichtig behauptet, sie hätte die Pandemie beendet. Meine [Recherche vom Juni 2024](#) zeigt, dass die WHO Pandemien weder ausrufen noch beenden kann. Ende Dezember 2022 hatte sich Drosten noch geirrt, dass die Pandemie mit dem Winter vorbei sein würde. Im Herbst 2023 gab es einen weiteren Variantensprung mit JN.1 und weltweit starke Infektionswellen. Seitdem ist die Zirkulation aber sukzessive gesunken und es gab keinen weiteren Variantensprung mehr. Pandemien enden medizinisch, wenn die Zahl der akut Erkrankten stark zurückgeht und sie enden sozial, wenn die Furcht vor der Krankheit abnimmt („hat seinen Schrecken verloren“). Beides ist im Laufe von 2023 geschehen. Bei der Pandemiedefinition spielen die Spätfolgen keine Rolle. Das kann man für einen Fehler halten, ändert aber nichts an den Tatsachen.

### Wir haben eine breite Bevölkerungsimmunität

Ich habe mich selbst lange Zeit über diese **Bevölkerungsimmunität** lustig gemacht. Sie bezog sich aber nie auf Ansteckung, sondern auf die Immunität gegen schwere Verläufe und Todesfälle. Auch die Studien zur **Hybrid-Immunität** waren in Summe eindeutig. Infektionen verbreitern natürlich die bestehende Immunantwort und schützen damit besser gegen Folgeinfektionen mit neuen Varianten ([Tarke et al. 2024](#)). Manche Wissenschaftler sprechen nun auch von einer Form von [Herdenimmunität](#), wie zuletzt [Drosten im ZiB2-Interview](#) (46min, bis 27.3.2025 verfügbar). Ich habe schon vor ein paar Wochen bei Virologe Ulf Dittmer von der Deutschen Gesellschaft für Virologie nachgefragt. Er antwortete mir sinngemäß:

Vor Corona wusste man nicht, dass die Herdenimmunität zweigeteilt funktionieren kann: Die Antikörperantwort reicht nicht gegen Ansteckung, weil das Virus ständig entkommt durch neue Mutationen. Daher gibt es trotz hoher Seroprävalenz in der Bevölkerung (ein Großteil hat die Infektion bereits durchgemacht oder ist geimpft) weiterhin Infektionen. Doch die T-Zell-Antwort schützt vor (schweren) Erkrankungen auch bei neuen Varianten. Wir haben also eine weitgehende **Herdenimmunität auf Zellebene**.

### Ausnahmen:

- wer immunsupprimiert ist, ist weiterhin gefährdet
- T-Zellen schützen nicht zwingend vor Long Covid

Ich hab den Begriff Hybrid-Immunität lange reflexhaft abgelehnt, weil bei mir angekommen ist, es sei wünschenswert, sich zu infizieren. Infektionen sind aber nie erstrebenswert. In einer Welt ohne Schutzmaßnahmen (und das bestimmt die Politik) kommen Infektionen aber vor,

ob man das will oder nicht. Und dann ist es sehr wohl eine relevante Erkenntnis, ob sich damit der Schutz vor Folgeinfektionen verbessern kann.

### **Es ist nicht jeder gleich stark gefährdet**

*„Jede Infektion ist ein Risiko.“ – „Jeder ist vulnerabel.“ – „Jeder ist nach der Infektion vulnerabel.“*

Das ist so nicht zutreffend. Lange Zeit dachte man, dass Long Covid jeden treffen kann, auch zuvor gesunde Menschen. Es gibt aber bei den meisten Betroffenen Risikofaktoren ([Greenhalgh et al. 2024](#)), die man oft aber erst nachträglich herausfand – alleine 72 verschiedene Erkrankungen begünstigen ein erhöhtes Long Covid-Risiko ([Pietzner et al. 2024](#)). Es hängt aber nicht nur von Risikofaktoren wie Immundefekten ab, sondern auch vom Impfstatus – in welchem Abstand zur letzten Impfung man sich infiziert, und mit welcher Viruslast man sich infiziert hat. Meine Beobachtung in den letzten Jahren: Es sind jene am laufenden Band krank, die das Risiko aktiv suchen (= eine Feier nach der anderen, viele Flugreisen) oder durch ihre Kinder kaum Chancen haben, es zu umgehen.

Das Long Covid-Risiko ist durch die gestiegene Immunität gesunken – dabei sind drei Faktoren relevant:

- weniger schwere Verläufe durch gestiegene Immunität (Impfung und Infektion)
- weniger Infektionen durch Impfung und gesunkene Viruszirkulation
- mitunter gesunkenes Risiko durch Varianten selbst.

Das ist für all jene, die bereits Long Covid haben, kein Trost. Und in Einzelfällen werden auch weiterhin junge Menschen ohne bekannte Risikofaktoren an Long Covid erkranken. Doch das Risiko für schwere Verläufe und Long Covid nimmt weiter ab.

### **Die virologische Sackgasse ist kein Mythos**

Die JN.1-Variante, auch Pirola genannt – die WHO weigerte sich, einen neuen griechischen Buchstaben zu vergeben, mutmaßlich deswegen, weil mit JN.1 nicht mehr schwere Verläufe auftraten als mit vorherigen Varianten – zeigte eindrucksvoll, dass das Virus im 2023er Jahr noch nicht ausmutiert hatte. Seitdem bewegen wir uns allerdings recht gleichförmig innerhalb der JN.1-Familie, mit nur wenigen neuen Mutationen. Zahlreiche Studien haben seitdem gezeigt, dass es einen **Tradeoff zwischen Immunflucht und Infektiosität** gibt: Eine Variante, die den Antikörpern besser entkommen kann, ist weniger infektiös. Eine infektiösere Variante kann den Antikörpern schlechter entkommen. Deswegen können sich kaum noch neue Varianten bilden, die an der **T-Zellen-Herdenimmunität** vorbeikommen.

### **Gesundheitsschutz steht nicht über allem**

Der Schutz von vulnerablen Menschen steht über allem – nicht, dass wir uns falsch verstehen. Und da vulnerable Menschen nicht nur in Alten- und Pflegeheimen oder im Spital leben, sondern Teil der Gesellschaft sind, wäre es natürlich dringend notwendig, den Schutz (= die Menschen) in die Gesellschaft zu integrieren – durch Verhaltensmaßnahmen (krank daheim bleiben, krank Maske tragen) und durch behördlich festgelegte Lüftungsmaßnahmen.

Mein Erfahrungswert liegt nun bei n = 3 Betroffenen, die eine Krebserkrankung oder Organtransplantation hinter sich hatten und trotzdem noch während der Akutphase der

Pandemie wieder auf Feiern, Discos und Konzerte gingen. In den Augen von *TeamVorsicht* besonders schutzbedürftige Menschen, die selbst aktiv das Risiko suchten. Wir haben aber kein Recht, ihnen vorzuschreiben, welches Risiko abzeptabel ist. Das müssen sie – so aufgeklärt – selbst entscheiden.

Ich habe mich sehr lange eingeschränkt, trotz vielfacher Impfung, zuverlässiger Immunantwort und tendenziell keinen oder nur geringen Risikofaktoren. Das Sozialleben ist mir aber abgegangen. Viele Polykrisen, die sich seit der Pandemie aufgetan haben: Ukraine-Krieg, Herausforderung mit Inklusion und nun der Faschismus in den USA und Auswirkungen auf meine Identitätsfindung als wissenschaftsliebender Mensch – das alles alleine bewältigen zu müssen, wäre enorm energieraubend. Das geht nur gemeinsam. Da Covid nun endemisch geworden ist, bleibt dieses Lebensrisiko bestehen. Mit weiteren Impfungen und etwas Vorsicht halte ich mir das klein, aber ich werde es nicht mehr auf Null drücken. Dafür sind mir persönliche Kontakte ohne unerfüllbare Bedingungen (= vor jeder Begegnung testen, nicht in Innenräumen, nur mit Maske) wichtiger.

### **Es gibt die beschriebenen Nachholeffekte durch die Schutzmaßnahmen**

Das war eine meiner schmerzhaftesten Erkenntnisse. Es sind genauer gesagt **Lücken an spezifischer Immunität gegen bestimmte Infektionserreger** entstanden, nachdem über einen Zeitraum von zwei Jahren Schutzmaßnahmen präsent waren. Dabei geht es nicht nur um wenige Wochen bis Monate Lockdown, sondern auch Maske tragen und vor allem deutlich weniger Reiseverkehr. Tatsächlich wurde ein **Rückgang spezifischer Antikörper gegenüber Viren und Bakterien** beobachtet ([Lorenz et al. 2024](#)). Die Pandemie hat ein unglaublich komplexes und dynamisches System gestört – warum sollte es nach wenigen Jahren bereits zur Baseline zurückkehren? Es ist auch in Ländern mit strengen Maßnahmen wie Neuseeland oder Japan zu starken RSV- oder Streptokokken-Wellen gekommen. Geschädigte Immunsysteme kann man hier also nicht anführen ([ausführlich hierzu](#)).

### **Die starke Influenzawelle hat wahrscheinlich nichts mit Covid zu tun**

Current [northern hemisphere vaccine components](#) are well matched to circulating 5a.2a and 5a.2a.1 A(H1N1)pdm09 and V1A.3a.2 B/Victoria subclades. The vaccine components appear well matched for the A(H3N2) 2a.3a.1 (J) clade viruses, **but less well matched for some of the more recent A(H3N2) subclade 2a.3a.1 (J2) viruses, characterised by S145N, N158K or K189R HA substitutions (alone or in combination)**. The majority of the [A\(H3N2\) viruses identified worldwide and in Europe since February 2024 belong to the subclade 2a.3a.1 \(J2\)](#).

[ECDC Influenza report](#), 18.12.2025

Das ECDC hatte schon Mitte Dezember die Vermutung, dass H3N2 die Saison verschärfen könnte. Neben Subclade J werden auch Driftvarianten mit bis zu 3 Mutationen (**S145N, N157K oder K189R**) im Hemagglutinin (HA) beobachtet, die sogenannte Subclade J1/J2. Diese sind nicht im Impfstoff enthalten, sodass die Neutralisierung herabgesetzt ist.

**S145N** alleine verringert die Erkennung durch monoklonale Antikörper etwa bei H9N2-Influenza ([Ping et al. 2008](#)), **K189R** erhöht die Virusreplikation bei H1N1 ([Ginting et al. 2012](#)). Zu **N157K** hab ich nichts gefunden, die Mutation wird in Zusammenhang mit der Schweinegrippe erwähnt.

# Maßnahmen und Long Covid gehören zusammen

In diesem Punkt werde ich aber ewig einen Missstand in der Kommunikation und Berichterstattung kritisieren: Wer über Maßnahmen spricht, darf nicht nur auf akutes Covid abzielen, sondern muss Spätfolgen miteinbeziehen. Beim oben verlinkten Drosten-Interview stellte Wolf – wohlwollend angenommen – die Fragen des Publikums. Der einhellige Tenor: *Es hätte zu viele Maßnahmen gegeben, welche hätte man denn weglassen können?* Gegen Ende fragt er, wie das Long Covid-Risiko aussieht, als hätte es mit all dem von vorher nichts zu tun. Hier imponierte mir eine [Antwort von Ulf Dittmer in einem früheren Interview](#):

*„Wir haben leider sehr viele Fälle von Long Covid. Das betrifft auch viele junge Menschen, die wir vorher gar nicht als besonders gefährdet angesehen haben. Durch die Impfung wurde die Gefahr dieser Langzeitfolgen stark reduziert. Hätten wir das Virus vorher durch die Bevölkerung wie vorgeschlagen durchrauschen lassen, gäbe es noch viel mehr Fälle von Long Covid.“*

Es ging also nicht nur um die Verhinderung von akuten Infektionen, sondern auch um Long Covid. Das fehlt in Österreich weitgehend in der Debatte um pro oder contra von Schutzmaßnahmen.

## Epilog

Ich erinnere mich noch daran, wie Infektiologe Günter Weiss im März 2021 im Interview zur ZeroCovid-Strategie abwinkte, *das sei realitätsfernes Wunschdenken, das nur von Theoretikern kommen könnte*. Damals hab ich die Aussage vehement kritisiert. Heute sehe ich es differenzierter. Man hätte eine *No-Covid-Strategie* bis zu einer hohen Impfrate (über 90%, wie von Drosten gefordert) fahren sollen, aber sie wäre darüber hinaus nicht aufrechterhaltbar gewesen, spätestens mit Omicron nicht, als der Impfschutz unterlaufen wurde. SARS-CoV2 war nicht mehr eradizierbar – laut Drosten sei das schon im ersten Jahr klar gewesen, nachdem sich Corona auch asymptomatisch und präsymptomatisch verbreitet hat. Hier habe ich zu lange einem Wunschdenken nachgegangen, insbesondere mit einer libertärkonservativen Mehrheitsgesellschaft und einer politischen Schieflage nach Rechts. Als eine Petition für ZeroCovid Anfang 2021 gerade einmal 5000 Stimmen bekam, war klar, dass diese Strategie zum Scheitern verurteilt war.

Was ich sehr bedaure ist, dass viele mit Long Covid im engeren und weiteren Umfeld **nach ihrer Grundimmunisierung** (3 Wildtyp-Impfungen) durch Omicron-Varianten erkrankt sind. Sie waren im Glauben, durch die Impfung geschützt zu sein und die Regierung hat mit Jahresbeginn im Glauben, Omicron sei mild in Bezug auf schwere Akutverläufe, das Virus durchrauschen lassen, die Spätfolgen aber völlig ignoriert. Viele Long Covid-Fälle hätte man verhindern oder abmildern können, wenn der **BA.1-Impfstoff** wie ursprünglich terminlich anvisiert, bereits im **März oder April 2022** zugelassen worden wäre. Schutzmaßnahmen und Risikokommunikation hätte aufrechterhalten sollen bis zum nächsten Impfzeitpunkt. Je mehr man bis zum angepassten Booster „hinübergerettet“ hätte, desto weniger wären noch schwer bzw. chronisch erkrankt.

Meine verbleibenden Masken (die favorisierte FFP3 Rysam wird nicht mehr hergestellt) habe ich inzwischen zu rationieren begonnen. Wer weiß, ob ich sie zur Vogelgrippe-Pandemie nicht noch brauchen werde. Viele Situationen, die vor wenigen Jahren noch Hochrisiko gewesen wären, in dicht besetzten Lokalen, gingen ohne jegliche Ansteckung vorüber –



andere respiratorische Viren sind eben deutlich weniger ansteckend ( [Mikszewski et al. 2022](#)). Deswegen waren die Schutzmaßnahmen gegen Covid auch so effektiv, um andere Erreger erheblich zu reduzieren. Der Backlash der „Nachholeffekte“ war dadurch aber unvermeidlich und wurde auch schon frühzeitig angesprochen ( [Hollingsworth et al. 2020](#), [Baker et al., 2020](#); [Oh et al. 2022](#)). Versäumt hat man es, vorzusorgen – vor der Aufhebung der Maßnahmen impfbare Erreger zu impfen mit entsprechenden Kampagnen – und ausreichend Medikamente zu lagern (man erinnere an den Medikamentenmangel 2022/2023 und 2023/2024).

In Summe habe ich sehr, sehr viel Lebenszeit in diesen Blog und die Aufklärung gesteckt, es sind tausende (!) Seiten Material zusammengekommen. Vorbei ist es für mich nicht. Ich bleibe dran. Es gilt auch die Erkenntnisse zu konservieren, um das faschistische Zeitalter zu überdauern. Vorbei ist es auch für viele Long Covid/MECFS-Betroffene nicht, die um Anerkennung und für Therapien kämpfen, die ihr Befinden verbessern statt dauerhaft zu verschlechtern.

## Tegnells Rolle bei der Great-Barrington-Declaration

[März 4, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



GBD-Vertreter haben der Bevölkerung erfolgreich eingeredet, dass es sich wie im roten Fall verhält.

Im letzten [Faktencheck zum Tegnell-Hype](#) habe ich die zentrale Rolle von Schweden bei der Begründung der **Great-Barrington-Declaration** bereits angedeutet. Ihr Ziel war, dass wirtschaftliche Interessen von Schutzmaßnahmen weitgehend verschont bleiben sollten, während man vulnerable Personengruppe von der Durchseuchung abgeschirmt hätte.

[Gideon M-K: Focused Protection From the Great Barrington Declaration Never Made Sense](#)  
(02.03.2022)

Dass dieser Ansatz nicht funktioniert, wurde auch mathematisch nachgewiesen ([Stoddard et al. 2023 preprint](#)). Diese rechtslibertäre Initiative („Herdenimmunität über Masseninfektion“) hat in Österreich nie die kritische Aufarbeitung erfahren, die sie verdient hätte. Allenfalls war vom „schwedischen Weg“ nach Vorbild Tegnell die Rede.

Dieser wird übrigens fünf Jahre nach Pandemiebeginn [auch in Schweden](#) heftig kritisiert:

„Kommissionen var hård i sin kritik. Sverige hade misslyckats med att skydda de äldre. Ansvarlet vilade tungt på regeringen som i sin tur låtit Folkhälsomyndigheten hålla i taktpinnen.“

*„Die Kommission war hart in ihrer Kritik. Schweden hatte es versäumt, ältere Menschen zu schützen. Die Verantwortung lag stark auf der Regierung, was wiederum der schwedischen Gesundheitsbehörde erlaubte, das Tempo zu halten.“*

## **Kaum einer in Österreich hat je von GBD gehört**

Ich kann mich noch an die deutliche Ablehnung des ZiB2-Anchormans Armin Wolf erinnern, als in den Raum gestellt wurde, dass ein grün besetztes Gesundheitsministerium die Politik eines rechtslibertären Thinktanks in Österreich umsetzen würde.

*“Denn die Forderung nach Herdenimmunität ist eine Randposition. Doch mittels der “GBD” gelang es, diese Sichtweise ein paar Tage zumindest stärker in den Fokus zu rücken.”*

*Ingrid Brodnig, Einspruch! Verschwörungsmythen und Fake News kontern – in der Familie, im Freundeskreis und online, 2020 (Seite 96)*

Brodnig hat ihr Buch im Herbst 2020 geschrieben, als gerade die zweite Welle anrollte, die viele Länder zunächst ungebremsst durchlaufen ließen. Die Relevanz von GBD hat sie damals aber unterschätzt. GBD spielte in Schweden, den USA, UK, Indien und Brasilien eine zentrale Rolle und forderte Millionen Tote. GBD light wurde auch in Österreich umgesetzt, indem über die Kinder und Jugendlichen Durchseuchung der Gesamtbevölkerung stattfand, um eine vermeintliche Herdenimmunität zu erreichen – ohne mögliche Akut- und Langzeitfolgen zu berücksichtigen. Daher sprach Drost in mehreren Interviews von einem „gefährlichen Experiment“, das seiner Meinung nach gut ausging, mit 1% Longcovid bei Kindern mit symptomatischer Infektion in meinen Augen aber sehr viele Betroffene gefordert hat (siehe Polio, 1% paralytische Polio).

Dank des *offentlighetsprincipen* (Freedom of Information Laws) in Schweden wurden die entsprechenden E-Mails innerhalb der Gesundheitsbehörden offengelegt, die die wahren Absichten des laissez-faire-Ansatz gezeigt haben.

## **Vor der Gründung der Great Barrington Declaration**

Beim ersten Krisentreffen des Beraterstabs in Österreich am **28. Februar 2020** ist sich die Runde einig, dass die von der WHO geforderte Eindämmung (Containment) nur in totalitären Systemen möglich sei (Japan, Neuseeland, Australien: Hold my beer!), man visitierte

stattdessen eine **Abmilderung** (später bekannt als „flatten the curve“) an, bis ein Impfstoff entwickelt wurde.

Am **9. März** fallen erstmals Stichworte, die später zum Kern der GBD-Ideologie ernannt wurden: Vulnerable schützen, junge Menschen möglichst wenig behelligen. Die Historikerin und FALTER-Redakteurin Barbara Tóth, die sich später als GBD-Anhängerin outete, kommentiert: *“Sie alle argumentieren mehr oder weniger für das, was später als schwedischer Weg bekannt wird. Kein radikaler Lockdown, sondern kluges Risiko- und Ressourcenmanagement.”*

Tegnell im DerSTANDARD am 22/23.02.25:

"Wir haben zu keinem Zeitpunkt eine Herdenimmunität angestrebt.  
Ja, das wird oft behauptet, aber das ist ein völlig falscher Mythos."

-----Original Message-----

From: Anders Tegnell [<mailto:Anders.Tegnell@folkhalsomyndigheten.se>]

Sent: 14. maaliskuuta 2020 19:28

To: nCOV

Cc: Johan Carlson; Salminen Mika (THL)

Subject: VB: Corona smittan

En poäng skulle tala för att hålla skolorna öppna för att snabbare nå herd immunity

Med vänlig hälsning

---

Anders Tegnell  
Avdelningschef

Tegnell in einer E-Mail am 14. März 2020 an seinen Vorgesetzten Johan Carlson, Generaldirektor der Gesundheitsbehörde:

"Ein Punkt würde dafür sprechen, die Schulen offen zu halten, um schneller eine Herdenimmunität zu erreichen."

Am **14. März** schreibt Tegnell eine E-Mail an Johan Carlson, seinen Vorgesetzten und Generaldirektor der schwedischen Gesundheitsbehörde: *„Ein Punkt würde dafür sprechen, die Schulen offen zu halten, um schneller Herdenimmunität zu erreichen.“* Die [E-Mails](#) wurden nachträglich dank Transparenzgesetz veröffentlicht.

Skickat 15 mars

Hej Anders.

Det finns nu bra data om COVID-19 epidemiologin. Det finns tre strategier för att stoppa epidemin.

Alternativ 1

Stoppa all rörelse och kontakter under en 4-veckors period

Alternativ 2

Hitta så många smittade som möjligt, spåra alla närkontakter och sätt dessa i 2 veckors karantän.

Denna modell har tillämpats i Kina och Syd-Korea framgångsrikt. Alternativ 2 är rekommenderad av WHO

Alternativ 3

Låt smittspridning ske, långsamt eller fort, för att uppnå en hypotetisk "herd immunity".

Det tycks vara den svenska modellen. Man förväntar sig då enligt Jan Albert 6 miljoner insjuknade. Samtidigt tror man att man kan undvika att den äldre befolkningen inte skulle bli berörd. En sak vet man att med Alt. 3 kommer Sverige sannolikt att få tusentals dödsfall. Folkhälsomyndigheten talar också om en ny våg av COVID-19 under hösten.

---

15 mars 2020 kl. 13:36 skrev Anders Tegnell  
<[Anders.Tegnell@folkhalsomyndigheten.se](mailto:Anders.Tegnell@folkhalsomyndigheten.se)>:

Hej

Jo vi har vandrat igenom detta och trots allt landat i tre. Vi har nog en rätt omfattande tyst spridning vilket skulle göra att de två första nog inte skulle funka

Med vänlig hälsning

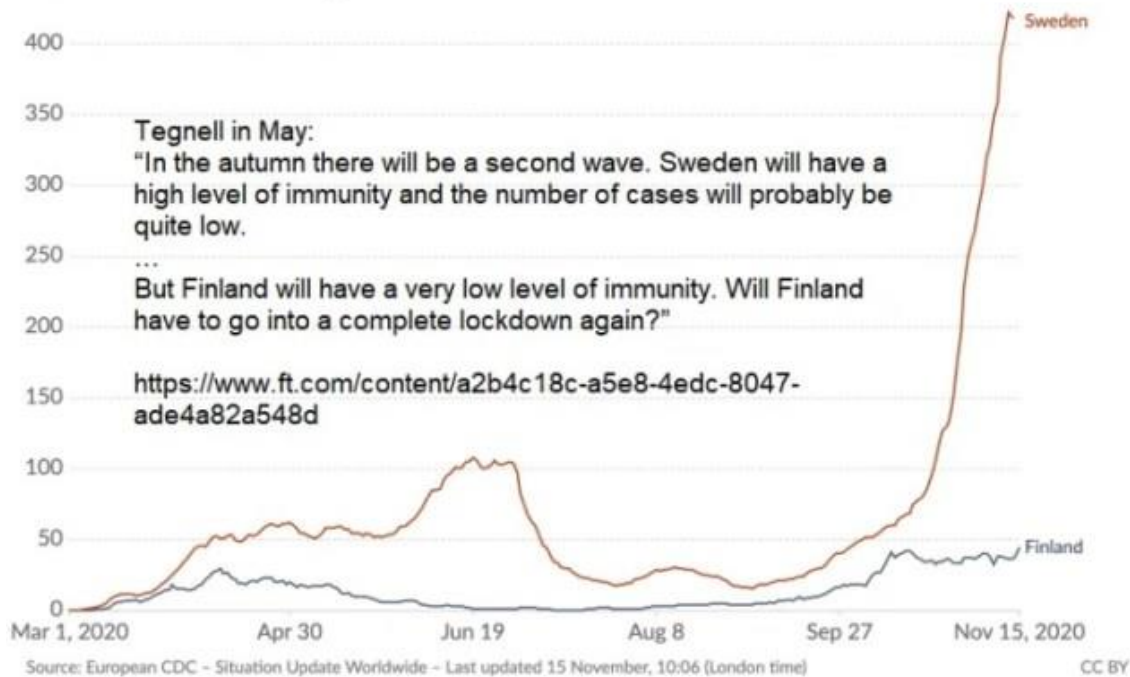
---

Anders Tegnell  
Avdelningschef

Am **15. März** gab Tegnell zu, alle Optionen geprüft und sich schließlich für *Durchseuchung* entschieden zu haben, um eine *hypothetische Herdenimmunität zu erreichen*. In zahlreichen Zeitungsartikeln wiederholte Tegnell die Illusion einer raschen Herdenimmunität ([Zitatsammlung](#)) und behauptete damit später, im Vorteil gegenüber den Nachbarländern zu sein:

## Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

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



Infektionszahlen pro Million Einwohner in Finnland und Schweden, Stand 15. November 2020

Am **16. März** bestätigt der schwedische Epidemiologe Johan Giesecke in einem [TV-Interview](#), dass Herdenimmunität über Durchseuchung die schwedische Strategie sei.





Immunitetsexperimentets offer

@ar\_covid

...

16 mars 2020. Johan Giesecke säger att flockimmunitet är en av Sveriges strategier.



Von Immunitetsexperimentets offer

Am **27. März** schrieb Giesecke eine E-Mail an Preben Aavitsland am Norwegischen Institut für Öffentliche Gesundheit:

*“As I have now said many times: you are doing wrong in Norway.”*

Norwegen hatte bis Mitte 2022 dreieinhalb Mal weniger Todesfälle als Schweden.

Am **30. März** schließt das erste Skigebiet in Schweden freiwillig, um die Ausbreitung des Virus zu verhindern. Das Saisonaus folgt erst am 05. April nach erneuter dringender Empfehlung der Gesundheitsbehörden – bis dahin waren gab es lediglich [Appelle an die Eigenverantwortung](#).

Am **9. April** behauptete Giesecke, dass Schweden bereits ab Mitte Mai Herdenimmunität erreicht habe (Twitter-Quelle nicht mehr vorhanden).

Am **15. April** gab Tegnell dem „German Marshall Fund of the US“ ein Update zur europäischen Antwort auf die Pandemie. Darin sagte er unter anderem:

*“If children don’t go to school their parents need to stay at home and we know of economic calculations that have been given to us that then about 20% of the workforce disappears from the Swedish work market”* ([Minute 42:40](#))



Als ein finnischer Kollege andeutete, dass laut Modelldaten geschlossene Schulen die Infektionsraten bei den Älteren um 10% senken konnten, antwortete Tegnell mit „*Zehn Prozent sind es wert?*“.

Die Gesundheit der Kinder und ihrer Angehörigen wurde also von Beginn an gegen die Wirtschaft ausgespielt.

Im April warnte Tegnell das ECDC vor der Empfehlung von Masken, weil das implizieren würde, dass das Virus über die Luft übertragen würde.

## Brasilien

Am **22. April** gab es einen [„Erfahrungsaustausch“ zwischen Schweden und Brasilien](#). Darin propagierte Tegnell den schwedischen Weg als flatten curve, und behauptete, dass mindestens 20% der Intensivbetten jederzeit frei sein würden.

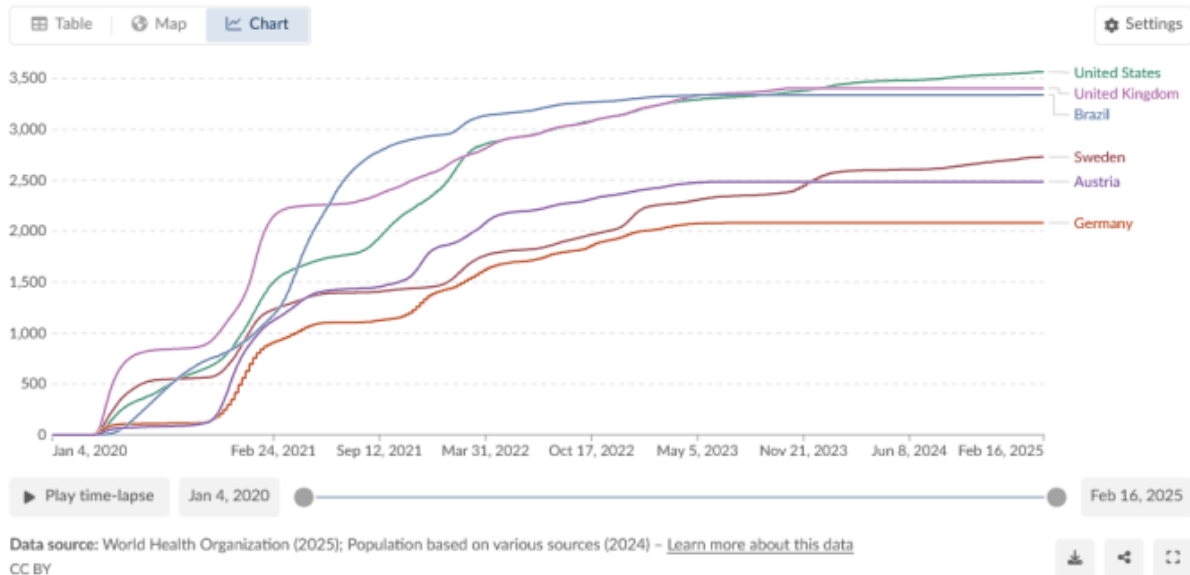
*“Peinlich genau wurde deshalb darauf geachtet, dass auf den Intensivstationen stets genügend freie Betten zur Verfügung standen. Solange dies gegeben war, konnten Behörden und Regierung beschwichtigen und Kritik am schwedischen Sonderweg zurückweisen.“*  
([FOCUS, 11.10.20](#))

Er sagte nicht dazu, dass Altenheimbewohner nie ins Spital kamen und dass das Stockholmer Feldspital mangels Personal nie Patienten hatte. In Stockholm würde die Immunität im April bereits bei 20-30% liegen. Spätere Seroprävalenzstudien weltweit ließen eine erheblich geringere Zahl vermuten. Der schwedische Botschafter Skoog behauptete, dass wissenschaftlich erwiesen sei, dass Kinder nicht groß zur Ausbreitung beitragen würden, sie würden es selbst kaum bekommen und weitergeben können. Beim zweiten [Austausch am 7. Mai](#) behauptete Tegnell, es hätte keine verwehrte Pflege, keine kranken Kinder, keine Reinfektionen gegeben und die Situation sei besser als in Kopenhagen oder NYC. Es würde keine Masken oder Quarantäne brauchen.

Am 14. Mai sagte Bolsonaro gegenüber Wirtschaftsvertretern, wenn es nach ihm gegangen wäre, hätte man nichts geschlossen wie in Schweden.

## Cumulative confirmed COVID-19 deaths per million people

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



Related: Since 8 March, we rely on data from the WHO for confirmed cases and deaths [\[link\]](#)

Akkumulierte Todesfälle bis heute, Ende der Datenerfassung teilweise 2023 ([OWID](#))

Brasilien hatte sehr viele Todesfälle nach den USA, UK und vor Schweden.

In Manaus, wo sich bis Oktober 2020 [76% der Bevölkerung infiziert](#) hatten, war das Ergebnis nicht Herdenimmunität, sondern die neue Variante P.1 ([Faria et al. 2021](#)).

\*

Am **24. April** gab Giesecke der ehemaligen Red-Bull-Zeitschrift „Addendum“ ein [Interview](#), [indem er behauptete](#), dass Lockdowns Tote nur in die Zukunft verschieben würden.

*“It doesn’t work to stop an airborne spread. It only stops when herd immunity is reached. (or with vaccine.)”* (E-Mail an Tegnell und Carlson)

Am **6. Mai** dankte der spätere GBD-Gründer Martin Kulldorff in einer E-Mail an Tegnell (im cc Giesecke), dass dieser das Herdenimmunitäts-Modell in der ganzen Welt verkauft habe:

*„Thank you for your wise epidemiological sane Covid-19 work. Not only important to Sweden, but as a model for the rest of the world.”*

Am **08. Mai** [kritisierte](#) Tegnell, dass Lockdowns die Ausbreitung aufhalten und Länder, die das tun, viele Immun-Naive hinterlassen würden. Beides sei für ihn schlecht.

Dank [Gretchen Vogel von Science \(02.03.2021\)](#) wird der Skandal um Ludvigsson, einem GBD-Unterzeichner, bekannt, der am **19. Mai** aufgrund persönlicher Mitteilung von Tegnell behauptet hatte, es hätte keine großen Schulausbrüche gegeben ([Ludvigsson 2020](#)). Tatsächlich gab es mehrere Ausbrüche, darunter einem mit mindestens 18 infizierten Lehrern, wovon einer starb. In einer E-Mail an Tegnell schrieb Ludvigsson im Juli 2020, dass es unglücklicherweise deutliche Hinweise auf **Übersterblichkeit bei Kindern im Alter von 7-16 Jahren** geben würde, also schulpflichtigen Kindern. Im ersten Pandemiejahr starben in

Schweden 51 Kinder – Ursache offiziell unbekannt. Auf Ludvigsson bezogen sich auch die damaligen SPÖ-Vorsitzende Rendi-Wagner und NEOS-Vorsitzende Meisl-Reisinger, um die Schulen offen zu halten.

Am **17. Mai** gibt Giesecke in **Weißrussland** ein Interview. Er sagte damals sinngemäß, dass jeder das Virus kriegen werde ([der Link geht inzwischen nicht mehr](#)).

## Indien

Zwischen **April und Juni** wandte Tegnell seine Aufmerksamkeit Indien zu. In der [„Times of India“](#) behauptete Tegnell, dass ein Impfstoff weit entfernt sei.

*„It keeps primary schools open since this virus has virtually no effect on little children, and children are therefore the first to help society acquire herd immunity.“*

Im **Mai 2020** behauptete Tegnell bei einem [Webinar der Public Health Foundation von Indien](#), dass mindesten 20% der Stockholmer Bevölkerung bereits immun sein würden. Er behauptete, Covid sei meist sehr mild und kaum bemerkbar, in einer Zeit, wo das Virus durch die Alten- und Pflegeheime fegte und Schweden weltweit eine der höchsten Todesraten pro Kopf hatte.

Im **Juni 2020** wurde Giesecke von Rahul Gandhi, einem Mitglied des indischen Nationalkongresses, [interviewt](#).

RAHUL GANDHI: You've been an infectious disease expert. How are you seeing this from Sweden and Europe?

JOHAN GIESECKE: This is a disease that is spreading across the globe like a wildfire and almost everyone in the world will be infected. But it is a very mild disease. 99% of the people infected will have very little symptoms or no symptoms at all.

RAHUL GANDHI: The perception of the disease even in India is that it is a very dangerous disease. Why this discrepancy in perception? What has created this discrepancy?

JOHAN GIESECKE: Because people are dying, and quite a lot of people are dying... and it is a quick process. But in the end, you will see that it is a very small proportion of old or all who have symptoms of the disease. Most people will be completely symptomless.

...

JOHAN GIESECKE: I think for India you will ruin your economy very quickly if you had a severe lock-down. I think it's better, skip the lock-down, take care of the old and the frail and let the other people have the infection. Most people will not even be sick. They will not even notice they have it. It's a mild disease.

RAHUL GANDHI: Do you have any questions about India on this front?

JOHAN GIESECKE: How are you talking about this balance between disease and economy?

RAHUL GANDHI: Well, we got a full lock-down and I'm skeptical of a full lock-down myself. I do think that one has to move to a partial lock-down. I think the full lock-down is damaging and the damage increases exponentially. The sooner you get out of the lock-down, the better it is.

JOHAN GIESECKE: You may even create more deaths by a severe lock-down than the disease will do.

Giesecke wiederholte die Lügen, wie mild das Virus sei, und dass harte Lockdowns mehr Tote als das Virus selbst verursachen konnten.

Bis Dezember 2021 meldete Indien rund 480 000 offizielle Todesfälle, doch die WHO schätzt ihre Zahl um das Zehnfache höher ein, global könnten es sogar ein Drittel aller Toten gewesen sein.

\*

Am **08. August** kritisiert [Andrew Ewing \(2020\)](#) Gieseckes Aussagen, die klar auf focused protection abzielen:

*„our most important task is not to stop spread, which is all but futile, but to concentrate on giving the unfortunate victims optimal care“*

## USA

Im **Juni, August und Oktober** waren Kulldorff und der spätere GBD-Mitbegründer Jay Bhattacharya bei Präsident Trump. Bhattacharya ist ein [enger Kollege](#) von Dr. Scott Atlas, dem [wahnsinnigen Gesundheitsberater](#) von Trump in dessen erster Amtszeit.

*„Infants, kids, teens, young people, young adults, middle aged with no conditions etc. have zero to little risk....so we use them to develop herd...we want them infected...“* (Paul Alexander, wissenschaftlicher Berater von Trump ([4. Juli 2020](#)))

Am **6. Oktober** haben Bhattacharya, Gupta und Kulldorf den US HHS Alex Azar getroffen, später auch Scott Atlas.

Am **7. Jänner 2025** hat Scott Atlas Anders Tegnell [im Rahmen des rechtslibertären Independent-Instituts](#) interviewt.

## UK

Der Ex-Premierminister von UK, Boris Johnson entschied sich gegen einen Lockdown im **September**, [nachdem](#) er sich mit Kanzler Rishi Sunak und drei GBD-Vertretern getroffen hatte: Sunetra Gupta und Carl Heneghan sowie **Anders Tegnell**. Die Verzögerung von Maßnahmen führte zu geschätzten zusätzlichen 1,3 Millionen Covid-Infektionen.

In der [Covid19 Public Inquiry](#) in UK gab Gupta zu Protokoll, dass die schwedische Strategie **effektiv synonym mit focused protection** gewesen sei (= GBD).

Gupta erhielt von der **Georg and Emily von Opel Foundation** nahezu 90 000 Pfund, um die „Prävalenz von Covid in der Bevölkerung“ im April 2020 zu erforschen. Während David Cameron Premierminister war, [finanzierte die Opel-Foundation die konservative Partei mit mehr als einer halbe Million Pfund](#) (-> Conflict of interests)

Heneghan saß im wissenschaftlichen Beraterstab von „**Collateral Global**“, einem non-profit anti-lockdown Unternehmen, gemeinsam mit Gupta, Kulldorf und Bhattacharya, [und verbreitete Desinformation über Masken und Herdenimmunität](#).

## Irland

Ebenfalls im **September** sagte Giesecke dem [Special Committee on Covid-19-Response in Irland](#), dass die Schwedische Strategie „auch in anderen Ländern effektiv sein könnte“.

*„I believe Ireland should allow a controlled spread of the disease among people below 60 years while concentrating on the old and frail.“*

*„Ireland should keep its schools open. Sweden has done that all the time. It is interesting as an aside that Finland locked its schools when Sweden did not. A comparison was done about a month ago in respect of the number of school children infected in Sweden and Finland. There was no difference at all.“*

Giesecke ließ dabei aus, dass Schweden Kinder nicht getestet hat.

**Table 2, Finland:** Number of reported cases, number admitted in intensive care unit (ICU), number of deaths due to covid-19 and cumulative incidence of reported cases, per June 14, 2020.

Age group (school level)	Number of reported cases	Number admitted in ICU	Number of deaths	Population*	Incidence of reported cases (per 100 000)
1-5 years (day care)	96	0	0	269 246	36
6-15 years (pre- and primary school)	257	0	0	616 516	42
16-19 years (secondary school)	231	1	0	236 199	98
Total 1-19 years	584	1	0	1 121 961	52
Percentage of total number	8.2%	0.3%	0%	20.3%	
Total all ages	7 110	288	320	5 525 292	129

\* Population numbers from Statistics Finland, as reported December 2019

**Table 3, Sweden:** Number of reported cases, number admitted in intensive care unit (ICU), number of deaths due to covid-19 and cumulative incidence of reported cases, per June 14, 2020.

Age group (school level)	Number of reported cases	Number admitted in ICU	Number of deaths	Population*	Incidence of reported cases (per 100 000)
1-5 years (day care)	98	2	0	610 904	16
6 -15 years (pre- and primary school))	370	6	0	1 225 478	30
16-19 years (secondary school)	680	6	0	451 965	150
Total 1-19 years	1124	14	0	2 288 347	49
Percentage of total number	2,1%	0,6%	0%	22.2%	
Total all ages	52 424	2 328	5 051	10 327 589	508

[Covid-19 in schoolchildren, a comparison between Finland and Sweden](#), 14.6.2020

Giesecke behauptete bei diesem Treffen außerdem:

*„Sweden never had herd immunity as a goal. By concentrating on protecting the old and vulnerable, we could allow a tolerable level of spread among the population. We could reach herd immunity even if that was not the goal. It was a by-product of the goal.“*

Der erste Satz ist falsch, wie das Interview Gieseckes vom 16. März belegt. Der zweite Satz beschreibt „focused protection“, die, wie wir wissen, gescheitert ist, weil alte und vulnerable Menschen nicht in Höhlen leben. Der dritte Satz war falsch, wie die weiteren Wellen bewiesen haben.



Giesecke behauptete, Abstand halten sei wichtiger als Maske tragen. Es gab keine Maskenpflicht in Schweden, es wurde in Schulen keine Maske getragen. Er behauptete außerdem, die wissenschaftliche Evidenz für Masken tragen sei sehr dünn.

Nach dem Treffen gab Giesecke dem [Sender RTÈ Radio 1 ein Interview](#), wo er bald zugab, dass er über Irland nicht viel wusste und das schwedische Modell ein Fehler sein konnte.

## Sterblichkeit vs. Übersterblichkeit

*Zwar hätte es anfangs deutlich mehr Tote gegeben als in den Nachbarländern, doch die gesamte Pandemie einbezogen sei die Übersterblichkeit in Schweden niedriger als in anderen Ländern mit vergleichbarem Wohlstand und ähnlich finanziertem Gesundheitssystem gewesen ([Pizzato et al. 2024](#)).*

Auch FALTER-Chefredakteur Florian Klenk verwies auf die Lancet-Studie, wonach die harte Währung die geringere Übersterblichkeit sei, und nicht die höhere Sterblichkeit zu Beginn der Pandemie.

Schweden hat tendenziell eine jüngere Bevölkerung als Österreich, durch höhere Geburtsraten und Zuwanderung. Daher ist die normale Sterblichkeitsrate niedriger. In Österreich ist die Bevölkerung älter und die Baseline entsprechend höher. Da in der Pandemie ältere Bevölkerungsgruppen stärker betroffen waren, kam es zu einer höheren Übersterblichkeit. Schweden hatte entsprechend eine geringere relative Übersterblichkeit.

## Wer steht hinter der GBD?

[The Great Barrington Declaration Network](#) (Stand August 2021)

Hinter der GBD steht das **American Institute for Economic Research** (AIER) – ein rechtslibertärer Thinktank, der 1933 von Edward C. Harwood in Great Barrington, Massachusetts, gegründet wurde. Seit Januar 2022 ist ihr Präsident William P. Ruger, der vorher beim **Charles-Koch-Institut** war. Ruger wurde im **September 2020** von Trump als US-Botschafter für Afghanistan nominiert. Die AIER hat eine lange Vergangenheit, die Klimaveränderung zu leugnen und die CDC als „Schiedsrichter der Öffentlichen Gesundheit“ zu neutralisieren, auch andere Bundesbehörden sollten abgeschafft werden (siehe Trump II).

Während der Pandemie hat das AIER Desinformation verbreitet. 2021 wurde das *Brownstone Institut for Social and Economic Research* gegründet, ein weiterer Thinktank, der von Kulldorf und Bhattacharya geleitet wurde ([Fueled By Mystery Donors, COVID Conspiracy Group Grew Budget Last Year](#) 2023). Schreiber waren auch Gupta und Paul E. Alexander, der bei Trump I für Gesundheitsaufgaben zuständig war und offen die Herdenimmunität propagierte.

Die Charles-Koch-Foundation wurde 2011 geschaffen und unterstützt Programme des Koch-Instituts. Diverse Koch-Institut-finanzierte Thinktanks engagieren sich ebenfalls bei der [Leugnung der Klimaerwärmung](#). Koch unterhielt zumindest mit zum Ausbruch des Ukraine-Kriegs [enge wirtschaftliche Verbindungen](#) zu **Russland**. Russland hat vor Kriegsbeginn bereits Impfgegnerproteste organisiert, um Unruhe zu schüren und die Bevölkerung gegen die Regierung aufzubringen ([Military Times, 21.11.2021](#)). Kurz vor Kriegsbeginn hatte die Ukraine eine Impfquote von lediglich 36%.

Ein weiterer beteiligter rechtslibertärer Thinktank ist das **Cato-Institut**, [das Beiträge der GBD-Vertreter veröffentlicht hat](#), wo mehrfach der schwedische Weg gepriesen wird.

Bhattachayra hatte nicht nur eine „Meinungsverschiedenheit“ mit dem wissenschaftlichen Konsensus in der Pandemie, sondern wird aktiv von rechtsextremen Medien unterstützt. Er schrieb zahlreiche Artikel für „[The Epoch Times](#)“, einer rechtsextremen MAGA-Zeitung.

Er setzte auch die schädlichsten und berüchtigt unreproduzierbaren Studien während der Pandemie um: ein fehlerbehafteter Serosurvey, der behauptet hatte, dass ein bedeutender Anteil der Bevölkerung bereits Covid-19 hatte und es eher harmlos sei ([Bendavid et al. 2020](#)). Seine u.a. mit John Ioannidis durchgeführte Studie bekam über 500 Kommentare auf medRxiv und wurde von dutzenden Wissenschaftlern kritisiert ([Shook-Sa et al. 2020](#), [Offord 2020](#), [Rushton 2020](#)). Was Bhattachayra der Leserschaft vorenthielt: Seine Studie wurde zum Teil finanziert von **David Neeleman**, dem Gründer von JetBlue Airways und Lockdowngegner ([Buzzfeednews 2020](#)), und die [Methodik war zweifelhaft](#) außerdem.

[Bendavid](#) und Bhattachayra schrieben im März 2020 [gemeinsam einen Kommentar](#), wo sie die Gefahr durch SARS-CoV2 in Frage stellten.

Wir erinnern uns, beim Stöckl-Ö3-Interview „Frühstück bei mir“ am 25. Oktober 2020 rühmte **Allerberger** Ioannidis als „meistzitierten Wissenschaftler“. Dort behauptete er ebenfalls, dass bereits die Hälfte der infizierten Bevölkerung Herdenimmunität erreicht hätte.

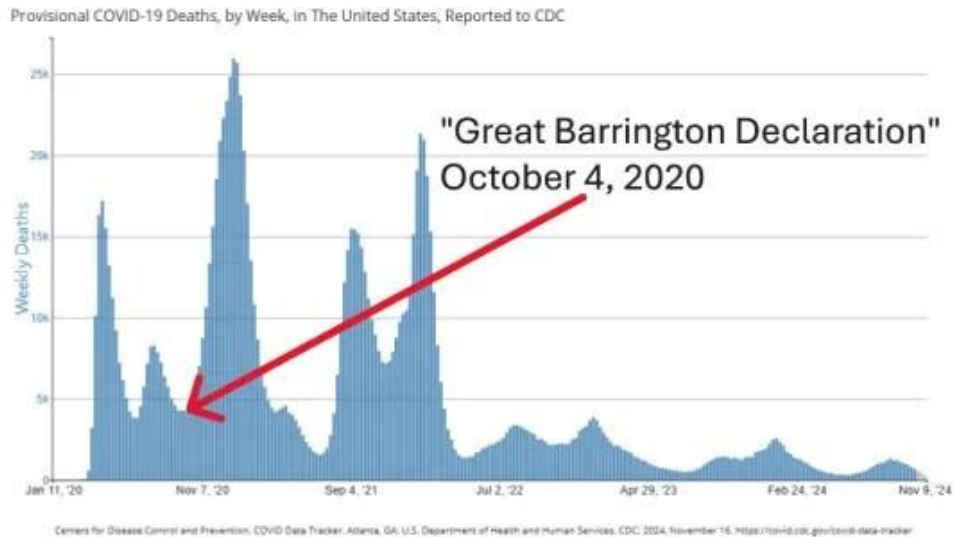
„The ongoing Swedish policy experiment of so-called “herd immunity” is quite unique. Anders Tegnell, Sweden’s chief epidemiologist and architect of the policy, explained that his country’s approach to COVID-19 is “**to let the virus spread as slow as possible, while sheltering the elderly and the vulnerable until much of the population becomes naturally immune or a vaccine becomes available.**”

*Heritage foundation, 22th April 2020*

Oder wie es Johan Giesecke ausgedrückt hat:

„our most important task is not to stop spread, which is all but futile, but to concentrate on giving the unfortunate victims optimal care.“ ([Giesecke 2020](#))

## Weitere Entwicklung



„Those who are not vulnerable should immediately be allowed to resume life as normal“  
(Jay Bhattacharya; 2021: über 510 000 Tote)

Als Gegenbewegung formierten sich am 15. Oktober die Unterzeichner des [John Snow Memorandum](#), siehe [Nisreen Alwan \(2020\)](#).

Am **17. November** riet die Regierung, mRNA-Impfstoffe einzukaufen. Tegnells Gesundheitsbehörde war dagegen, wurde aber überstimmt ([Quelle](#)).

Am **12. Dezember** lädt Ex-Public-Health-Leiter der AGES, Franz Allerberger, Tegnell zu einem „[Lesson Learned](#)“ für den 14. Jänner 2021 ein. ([Presseaussendung](#)).

Am **17. Dezember** kritisierte selbst der schwedische König den von Tegnell gewählten Durchseuchungsansatz als [gescheitert](#).

Am **4. März** 2021 ist Tegnell auf Einladung von Reinhild Strauss Gast bei der österreichischen Coronakommission.

Im **März 2021** hielt der republikanische Governor Ron DeSantis ein Videorundgespräch mit **Atlas, Gupta, Kulldorff und Bhattacharya**, wo sie sich gegen Masken, Testen und Kontaktnachverfolgung, Abstand halten und Impfkampagnen aussprachen. Die GBD-Vertreter wurden später als „Verkäufer von Zweifeln“ bekannt, in Analog zu den Kampagnen für das Zigaretten rauchen durch die Tabakindustrie, um die bekannter werdenden gesundheitlichen Schäden durch Tabakkonsum zu opponieren ([Yamey and Gorski 2021](#)).

Bhattacharya wurde [mehrfach](#) als „Augenzeuge“ geladen, wenn es gegen Maskenpflicht und andere Covid-Maßnahmen ging. Ein Richter in Tennessee nannte seine Zeugenaussage „verstörend und problematisch“ und dass er bei mindestens einer Studie „Schlussfolgerungen grob vereinfacht“ habe.

Bis **Mai 2022** wies Schweden 1851 Tote pro Million Einwohner auf, viel höher als seine Nachbarländer. Schweden inkludiert aber all jene Tote nicht, die 30 Tage nach dem positiven Testergebnis auftraten. Im Frühling und Frühsommer 2020 hatte Schweden die niedrigsten Testraten der OECD und nur schwere Fälle wurden getestet.

Auf die Frage, warum in Schweden im Vergleich zu anderen Ländern so viele Menschen an SARS-CoV2 gestorben sind, antwortete Tegnell im **April 2023** [folgendermaßen](#):

*„Der Impfstoff kam zu früh. Wenn es länger gedauert hätte, hätten die anderen Länder wahrscheinlich aufgeholt“*

**Anfang Mai 2023** warb die Österreichische Apothekerkammer mit Anders Tegnell:

*“Wer den schwedischen Gesundheitsfachmann live erleben möchte, hat am 17. Juni die Gelegenheit. Beim APOtag & APOkongress in Wien wird Tegnell über das Thema “Lessons learnt from the pandemic” referieren.“*

Im **März 2024** führt ein [“Laborjournal“-Artikel](#) als “Gegenposition” zum Ausmaß von Long Covid ein Paper an, das von drei GBD-Unterzeichnern geschrieben wurde ([Høeg et al. 2024](#)).

Am **4. Oktober 2024**, dem 4. Jahrestag der GBD, fand in Stanford eine [Tagung](#) mit zahlreichen GBD-Vertretern statt. Unter den Rednern u.a.: Anders Tegnell:

**Moderator:** [Wilk Wilkinson](#), Derate the Hate Podcast Creator/Host

**Speakers:**

- [Monica Gandhi](#), Professor of Medicine, Division of HIV, Infectious Diseases, and Global Medicine, UCSF
- [Charlotte J. Haug](#), Executive Editor, NEJM AI
- [Marty Makary](#), Professor of Surgery, Johns Hopkins School of Medicine
- [Andrew Noymer](#), Associate Professor of Population Health & Disease Prevention, UC Irvine
- [Douglas K. Owens](#), Professor of Health Policy, Stanford School of Medicine
- [Josh Salomon](#), Professor of Health Policy, Stanford School of Medicine
- [Anders Tegnell](#), Senior Expert, former State Epidemiologist of Sweden, Public Health Agency Sweden

[Bericht dazu in der LA Times 2024](#)

## **Einflussnahme der GBD auf europäische Institutionen**

**Johan Giesecke**, bei der **WHO** Teil der „Strategic and Technical Advisory Group for Infectious Hazards“, bis 1995 Senior Lecturer an der London School of Hygiene and Tropical Medicine, sein Nachfolger in London war **Chris Whitty**, Berater von Boris Johnson und anfangs Befürworter des „Schwedischen Wegs“.

Unter Whitty machte Reinhild Strauss, Abteilungsleiterin für Public Health im Gesundheitsministerium, Krankenhaushygiene (Türkis-Grün 2019-2024), ihr Diplom. Rendi-Wagner machte ihren Public-Health-Abschluss.

Tegnell machte dort seinen Master in den Jahren 2000-2004 und durfte dabei Daniela Schmid (AGES) und Petra Apfalter (Infektiologin, Beraterin von Ex-Bildungsminister Faßmann,

ÖVP) über dem Weg gelaufen sein, die beide ihre Ausbildung in diesem Zeitraum dort gemacht haben. Apfalter wurde **2017** unter der damaligen **Gesundheitsministerin Rendi-Wagner** Vizepräsidentin im Obersten Sanitätsrat, Präsident wurde Sylvia Schwarz ([Energetiker-Auftrag für KH Nord](#)).

**Johan Carlson**, Vorsitz des **ECDC** – seine Karriere wurde von Giesecke gefördert.

## Einflussnahme der GBD auf Trump II

Mit dem klaren Wahlsieg von Trump bei den Präsidentschaftswahlen im November 2024 und der Mehrheit im Senat und Repräsentantenhaus sowie im Supreme Court wurden die Minimierer der Pandemie in die Regierungsverantwortung geholt, u.a.

- Jay Bhattachayra als neuer Chef für das National Institut for Health (NIH) will [False Balance normalisieren](#)
- Vinay Prasad wird als Surgeon General gehandelt
- Robert F. Kennedy Jr., ein Impfgegner und Verschwörungsideologe, wurde Sekretär für Health and Human Services (HHS)

Mit der Entkernung der amerikanischen Gesundheitsbehörden unter Trump II, Teil des sogenannten „Projekts 2025“ wird die Impfstoff-Forschung de facto eingestellt, ebenso die Erforschung zahlreicher schwerer Erkrankungen – eine Katastrophe nicht nur für die USA, sondern für die ganze Welt.

Mein [Medienblog](#) hält den Untergang der Demokratie in den USA und die Beendigung des wissenschaftlichen Fortschritts fest.

## Referenzen

[Brusselaers et al., Evaluation of science advice during the COVID-19 pandemic in Sweden](#) (22.03.22)

[Keith Begg and Virpi Flyg, How Swedish authorities worked to export “herd immunity” to other countries](#) (05.06.22)

[Sweden’s Pandemic Experiment -Buch von Sigurd Bergmann, Martin Lindström](#) (19.12.22)

## Zusammenfassung

Viele Interviews zu Anders Tegnell laufen nach dem immer gleichen „he said, she said“-Muster ab. Insbesondere wenn der Interviewpartner gerade ein Buch geschrieben hat und das verkaufen will. Im deutschsprachigen Raum ist das **Präventionsparadoxon** ein Schlüsselphänomen für die gewachsene Beliebtheit von Verschwörungsideologen. In der ersten Welle wurde insbesondere in Deutschland und Österreich frühzeitig und hart reagiert. Dadurch gab es verhältnismäßig geringe Infektionszahlen und die erwartete Katastrophe ist ausgeblieben. Die Pandemie begann über den Wintertourismus bei Bevölkerungsgruppen mittleren Alters. Kinder waren anfangs kaum betroffen, wodurch der Anschein erweckt wurde, sie wären kein relevanter Teil des Pandemiegeschehens. Von rechtsextremen Parteien bis in die gesellschaftliche Mitte hinein wurden Zweifel an der Strenge der Schutzmaßnahmen laut, die bis heute vielfach als überzogen bewertet werden. In Ländern mit schwerer erster

Welle wie in Spanien, Portugal, Frankreich, Italien, aber auch UK fehlen diese signifikanten Anti-Covidmaßnahmen-Gruppierungen bis heute. Lesson learned, möchte man sagen: Wenn man das Sterben und schwere Krankheitsverläufe im direkten Umfeld zigfach miterlebt, prägt es das Bewusstsein für Prävention nachhaltig. Und im ersten Pandemiejahr gab es keine Impfung und keine Gewissheit für Immunität gegen schwere Verläufe, auch nicht bei jungen Menschen.

Die rechtslibertären Kräfte haben schon vor der Pandemie bestanden. Liberale Organisationen sind ihnen verhasst. Gesundheit soll weitgehend privatisiert werden, der Staat soll sich heraushalten. Die oft zitierte Eigenverantwortung reflektiert das Wesen einer Zweiklassengesellschaft – wohlhabende Menschen können sich Schutz oder bessere Arbeits/Wohnbedingungen leisten. Prekär lebende Menschen, darunter viele mit Migrationshintergrund, sind auf staatliche Unterstützung angewiesen. Der mehrfach ausgezeichnete PRESSE-Journalist Köksal Baltaci gab in einem [Interview mit dem Verband der Privatkrankenanstalten vor der Pandemie](#) (24.07.19) Einblick in sein neoliberale Weltbild – demzufolge Versicherte mehr bezahlen sollen, wenn sie einen ungesunden Lebensstil pflegen. Diese Ideologie kam auch im [Interview mit dem Intensivmediziner Burkhard Gustorff](#) (01.12.20) zum Ausdruck, wo Baltaci insinuierte, dass der überproportional hohe Migrantenanteil auf den Intensivstationen an deren ungesunden Lebensstil liegen würde. Rudolf Likar, Primarius und Intensivbettenkoordinator für Kärnten, blies kürzlich bei einem Interview mit der „Kleinen Zeitung“ ins gleiche Horn:

*„Die Bevölkerung wurde mit Verboten überhäuft. Auf die Eigenverantwortung mit gesunder Ernährung, Bewegung an der frischen Luft wurde nie hingewiesen.“ (25.02.25)*

Was hätte ein gesunder Lebensstil gegen ein neuartiges Virus gebracht, das auf eine immun-naive Bevölkerung trifft? Jeder Ernährungsberater, jeder Sportmediziner wird vor überzogenen Erwartungen warnen, dass Verhaltensumstellungen Zeit brauchen, und äußere Zwänge wie prekäre Arbeit- und Wohnbedingungen, Armut und chronische Erkrankungen diese erschweren. Es sind auch gesunde Menschen schwer akut und chronisch erkrankt. Erst die Impfung brachte eine deutliche Risikoreduktion. Bis dahin war Eigenverantwortung mangels Informationsangebot nicht realistisch umsetzbar.

Wir sehen im Rückspiegel, wie sehr die Pandemie-Entwicklung verklärt und Zeiträume durcheinandergeworfen werden. Die Great-Barrington-Declaration zielte auf das Narrativ der funktionierenden „focused protection“ ab. Altenheime und alte Menschen, die zuhause leben, abschirmen hätte aber bedeutet, sie isoliert von der Außenwelt sterben zu lassen – wie es gerade in Schweden nach allem, was wir heute wissen, passiert ist. Es gibt genügend Studien zu Schutzmasken, die belegen, dass Pflege und Besuche trotzdem möglich gewesen wären. In Österreich infizierten sich die meisten Ärzte und Pflegekräfte nach Aufhebung der Schutzmaßnahmen in den Kindergärten und Schulen, nicht aber an ihrem Arbeitsplatz. Erst mit dem Wegfall der Schutzmaßnahmen im Gesundheitswesen (Testpflicht, Masken, Isolationspflicht) nahmen auch nosokomiale Infektionen deutlich zu, die gleichermaßen Mitarbeiter und Patienten betrafen.

Der GBD-Ansatz hat nie vorgesehen, Minderheiten zu schützen. Viele Regierungen haben ihre Narrative übernommen, dass „Vulnerable“ nur in Alten- und Pflegeheimen leben würden, oder regelmäßig ins Spital gehen. Über Jahre hinweg haben Betroffene und engagierte Mitstreiter versucht, den Verantwortlichen klarzumachen, dass vulnerable Menschen Teil der Gesellschaft sind. Das Schulkind mit Down-Syndrom, die Lehrerin mit Immundefekt, die Verkäuferin nach Leukämie-Erkrankung, die Studentin nach überstandener



Organtransplantation. Dazu kommen weitere, vielfach unsichtbare Autoimmunerkrankungen ebenso wie Betroffene von chronischen Atemwegserkrankungen oder neurologischen Erkrankungen, die die Atemmuskulatur betreffen. Die Mehrzahl von ihnen lebt selbstständig, nimmt am Leben teil. Viele Menschen wissen zudem nichts von ihrem Immundefekt, bis Virusinfekte zu chronifizierter Erkrankung führen.

GBD-Vertreter hielten aber selbst das große Sterben bei den alten Menschen für unausweichlich, statt auf gelinde Schutzmaßnahmen wie Maske tragen, Testpflicht bei Besuchen zu setzen, bis eine Impfung verfügbar war. Auch die Qualität der Masken spielte eine entscheidende Rolle – bis heute fehlt ein klares Bekenntnis der Verantwortlichen, dass FFP2-Masken den „medizinischen“ Masken bei weitem überlegen sind, wenn es um Aerosol-Übertragungen geht. Von der Pandemie geblieben sind aber in zahlreichen öffentlichen und privaten Einrichtungen die „Desinfektionsspender der Nächstenliebe“ (Ex-Gesundheitsminister Mückstein), von denen wir längst wissen, dass sie zwar bei sehr gründlicher Anwendung gegen Magen-Darm-Viren effekt sind, nicht aber gegen respiratorische Viren. Desinfektion und Abstand halten schob die Verantwortung auf das Individuum. Saubere Luft hätte Mehrausgaben für den Staat und die Betriebe bedeutet, etwas, das GBD-Vertreter vielfach verhindern konnten – im deutschsprachigen Raum mehr als in anderen Ländern, wo mehr für Luftreinigungsmaßnahmen getan wurde.

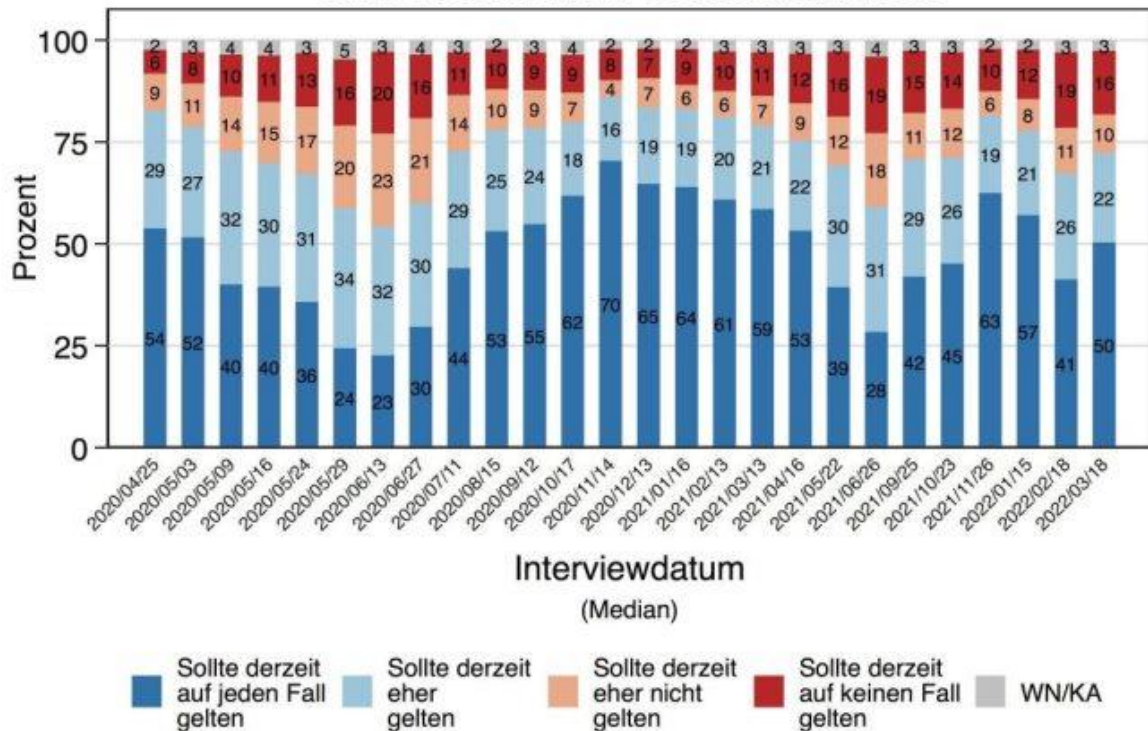
Die Chronologie der Ereignisse zeigt klar, dass Tegnell und seine Gesinnungsideologen (*Giesecke, Kulldorff, Bhattacharya, etc.*) erfolgreich in anderen Ländern Durchseuchung propagiert haben. Sie sind damit für Millionen Tote verantwortlich durch das Einpflanzen falscher Narrative. Sie haben öffentlich behauptet, es würde rasch sterile Herdenimmunität erreicht werden und hielten eine [schnelle Impfstoffentwicklung](#) für abwegig. Marginalisierte Gruppen in unserer Gesellschaft waren von Beginn an überproportional betroffen – von den negativen Auswirkungen der Schutzmaßnahmen ebenso wie von den medizinischen Folgen. Für chronisch Kranke und behinderte Menschen war die Aufhebung der Schutzmaßnahmen mit der Omicron-Durchseuchung eine Katastrophe. Zudem sind viele Long Covid-Fälle in dieser Zeit entstanden.

Die Gesundheitsfaschisten haben fürs Erste gewonnen. In den USA werden Minderheiten aus der Öffentlichkeit getilgt, die genderorientierte Gesundheitsforschung wurde gestoppt. Es handelt sich um lupenreine Eugenik. Die USA entwickeln sich zum Flaggschiff rechtslibertärer Gesundheitsideologie, in der chronische Erkrankung, Behinderung, Gender- und Neurodiversität keinen Platz mehr haben. Ein nicht vernachlässigbarer Teil der Bevölkerung sympathisiert mit diesem Gedankengut – auch bei uns. Der Journalismus hierzulande half und hilft dabei, Neoliberalismus und Faschismus zu normalisieren, indem die Hintergrundrecherche nicht stattfindet – nicht hinterfragt wird.

## **ORF Niederösterreich lädt Verschwörungsideologen ein und verbreitet Falschaussagen in der Ankündigung**

[März 9, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)

## Maskenpflicht in Geschäften und öffentlichen Verkehrsmitteln



Quelle: Austrian Corona Panel Project

Entgegen der öffentlichen Narrative gab es eine breite Zustimmung zu den Schutzmaßnahmen (hier: Maskenpflicht) während der Pandemie (Quelle: Jakob-Moritz Eberl, ehemals ACPP)

Nach meinen beiden Faktenchecks zum [Schwedischen Weg](#) (Buchvermarktung Tegnell) und den [Verbindungen Tegnells zur Great-Barrington-Declaration](#) und zum aktuellen Trump-Regime, reißen die journalistischen Tiefpunkte zum fünften Jahr der Corona-Pandemie nicht ab.

Es ist ein neuer Tiefpunkt im österreichischen Journalismus – speziell des *unabhängigen* Rundfunks, die [Ankündigung des Diskussionsformats „Ein Ort am Wort“](#), das am 13. März in Zwettl stattfinden soll.

### Update, 11. März:

Nowotny hat seine [Teilnahme wegen Rutter](#) abgesagt. Auch Hörmann hat abgesagt. Der ORF NÖ hat die Veranstaltung nun insgesamt abgesagt, [nicht aber, weil man zur Vernunft gekommen wäre](#), sondern weil man kurzfristig keinen Ersatz für Nowotny und Hörmann gefunden habe. Null Einsicht also.

Insgesamt zeigt die Berichterstattung übrigens schon, wie weit nach Rechts der Diskurs verschoben wurde, dass es offenbar kein Aufreger ist, einen FPÖ-Politiker einzuladen, der Fake News verbreitet, aber nur Rutter alleine als Scharfmacher dargestellt wird. Bezeichnend auch, dass Nowotny und Hörmann erst nach medialem Druck ihre Teilnahme zurückgenommen haben.

### Update, 12. März:

Sigrid Pilz, die im Publikumsrat des ORF Mitglied ist, hat im Programmausschuss die Einladung des Rechtsextremen scharf kritisiert. Die Reaktion war:

*Der Generaldirektor verwies in seiner Antwort auf die Freiheit der Redaktion bei der Einladung der Gäste.*

Mein persönliches Schreiben an das Publikumsservice NÖ wurde nicht kommentiert, sondern lediglich auf die Absage verwiesen.

Thomas Zimmer (Historiker und US-Experte) über die US-Demokraten, die den rechtsextremen Steve Bannon eingeladen haben, auf Bluesky:

**„Mainstream actors and institutions should not platform or “debate” far-right politicians and activists who are never arguing in good faith and only seek to establish an aura of “respectability” for their extremist ideas. It can only ever help the extremists.“**

Faktencheck

*Die Pandemie brachte nicht nur die Intensivstationen an die Grenzen, sie verlangte allen Menschen in Österreich auch viel ab – von zahlreichen Einschränkungen wie Maskenpflicht und 3G-Regeln bis hin zu mehreren harten Lockdowns.*

Es gab nur einen harten Lockdown – das war der erste Lockdown von Mitte März bis Ende April 2020. In dieser Zeit gab es Ausgangsbeschränkungen, aber keine -verbote. In dieser Zeit war ich selbst viel draußen und hab täglich so viele Menschen gesehen wie sonst nur an Feiertagen. Auch später, als die Ausgangsregeln deutlich gelockert wurden, strömten Massen ins Freie und in die Berge. Wirklich spürbar waren die Beschränkungen offenbar nur in den größeren Städten, während am Land mit dem eigenen Garten, dem Feld oder dem Wald dahinter, kaum einer wirklich *eingesperrt* war. Der zweite und die nachfolgenden Lockdowns sahen zahlreiche Ausnahmestimmungen vor, sogar Skifahren war im Lockdown erlaubt und für die Vorweihnachtsaison war das Einkaufen ebenso erlaubt worden. Wirklich an die Grenzen gebracht wurden prekär arbeitende Menschen, für die es sehr, sehr schwierig war, ihre Kinder zuhause zu lassen, ebenso Pflegekräfte und Ärzte im Dauereinsatz und vor allem aber all jene Menschen, die durch die Pandemie Angehörige und Freunde verloren haben oder selbst schwer erkrankt sind mit bleibenden Schäden.

Echte „harte“ Lockdowns mit Ausgangssperren (sic!) gab es in den schwer betroffenen Ländern wie Italien oder Spanien, sowie in China.

*Als die Impfpflicht schließlich verkündet wurde, setzte sich gleichzeitig die Omikron-Variante durch. Diese Variante hatte nur noch milde Verläufe zur Folge.*

Das ist falsch. 2020 gab es 7859, im Omicron-Jahr 2022 waren es 8055 Todesfälle laut Statistik Austria. Mildere Verläufe gab es vor allem **durch die Impfung** und vorhergehende Infektionen, wie eine Studie zur Übersterblichkeit bei Delta und Omicron gezeigt hat ([Faust et al. 2022](#)).

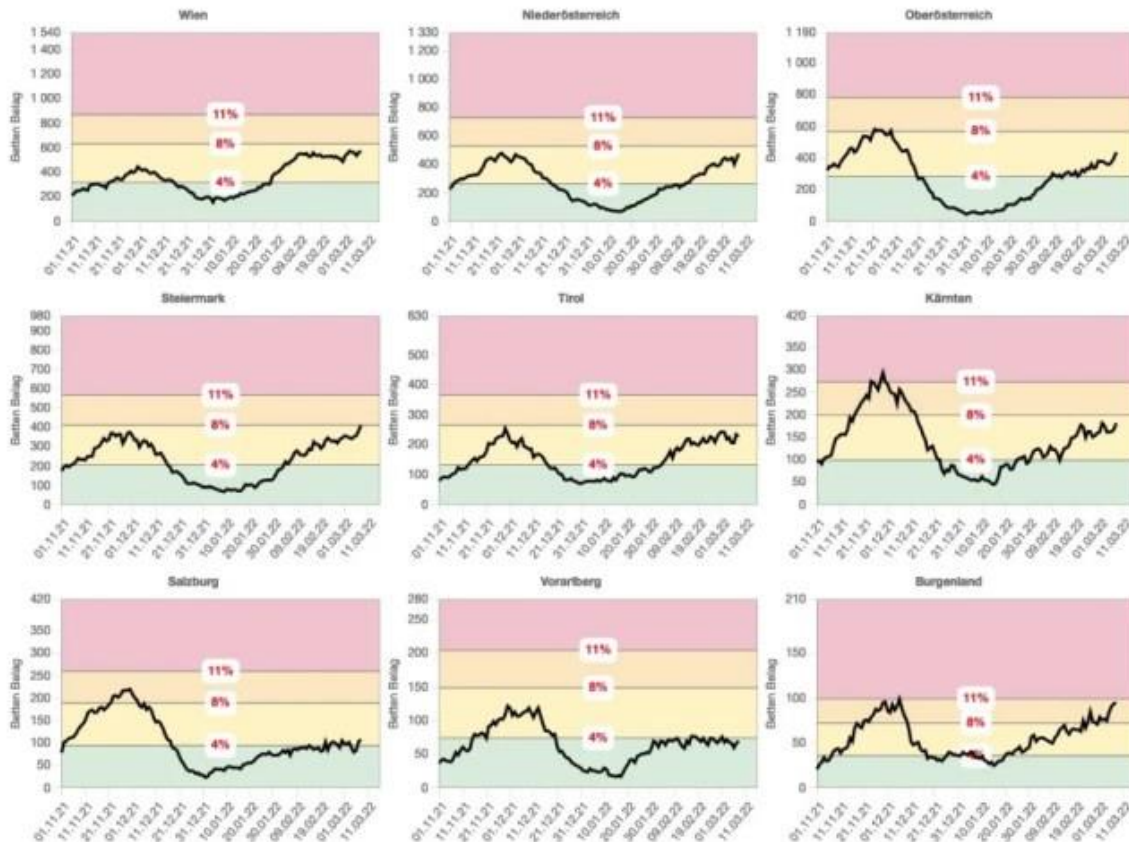
## Hospitalisierung Normalbetten

**4%: erste Einschränkungen der Regelversorgung**  
**8%: in vielen Bundesländern nur noch reiner Akutbetrieb der Spitäler gewährleistet**  
**(keine elektiven Eingriffe, Routineuntersuchungen etc.)**  
**11%: Akutversorgung in einzelnen Bundesländern gefährdet**

Schwellenwerte laut Corona Kommission vom 27.01.2022

Quelle Belegzahlen: AGES - Hospitalisierung.csv, aktuelle Prognose in Grau laut Prognose-Konsortium (68% CI, Quelle: BMSGPK)

Skalierung der y-Achse nach Einwohner pro Bundesland. Grafik: @brosch\_alex



Belegung der Normalbetten mit Schwellenwerten in den einzelnen Bundesländern, Stand 08.03.22

Mit der Durchseuchung im Spätwinter 2022 kollabierten die Normalstationen, in mehreren Bundesländern kam es zu Einschränkungen in der Regelversorgung, in der Steiermark war nurmehr Akutbetrieb gewährleistet und im Burgenland war man nahe Triage. Hinzu kamen die Ausfälle beim Personal selbst, nachdem die Schulen offen waren und sich viele über ihre Kinder infiziert haben.

## Daily new confirmed COVID-19 cases & deaths per million people

7-day rolling average. Limited testing and challenges in the attribution of cause of death means the cases and deaths counts may not be accurate.



### Inzidenz und Todesfälle von März 2020 bis März 2022

In Neuseeland gab es dank hoher Impfquote kaum Todesfälle durch Omicron (BA.2), in Hong Kong stieg die Zahl der Todesfälle vor allem unter ungeimpften älteren Menschen dramatisch an.

*Darüber hinaus diskutieren mit Werner Fetz unter anderem Virologe **Norbert Nowotny**, der Leiter der Intensivmedizin am Universitätsklinikum St. Pölten sowie Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin Christoph Hörmann, Aktivist und Gründer des Vereins für Impfpflicht **Martin Rutter** sowie Rechtsanwalt **Gottfried Forsthuber**.*

[Rutter](#) hat fünf Anti-Impfvereine gegründet, denen die NÖ-Landesregierung durch den Corona-Fonds Steuergeld hinterwirft, [was auch der Rechnungshof kürzlich kritisiert hat](#).

Forsthuber ist 2022 aus der ÖVP ausgetreten (2024 in die FPÖ Baden eingetreten), nachdem er sämtliche Maßnahmen vor dem Verfassungsgerichtshof bekämpft hatte. In der Dok1 von Settele (2023) vertrat Forsthuber einen angeblichen Impfschaden ([Faktencheck](#)), der aber nach den Schilderungen in der Reportage höchstwahrscheinlich auf die Infektion selbst zurückführbar war. Sein Blog zur Pandemie bewegt sich außerhalb der wissenschaftlichen Realität.

Rechtsanwalt Forsthuber behauptete [öffentlich](#), dass die Impfstoffe nicht klinisch (am Menschen) getestet worden wären und die Zulassung auf Labordaten beruhen würden. [Baden et al. 2020](#) widerlegt diese Aussage für Moderna, [Polack et al. 2020](#) für Pfizer. Es hat [Phase I,II,III-Studien vor der Zulassung](#) gegeben.

Nowotny wird allen Bloglesern noch ein Begriff sein.





## Virologe Nowotnys Fehleinschätzungen in der Pandemie

Neben den leidlich treffsicheren Einschätzungen zur Pandemieentwicklung selbst war Nowotny ein klassischer „flatten the curve“-Vertreter, der im „Wien-Heute“-Interview im März 2021, sobald die 75+ (nicht 65+) Altersgruppe durchgeimpft wurde, höhere Infektionszahlen zulassen wollte – das erklärte er dem Moderator gut gelaunt mit einem Grinsen und Lachen. Wir wissen, dass die Pandemie zu diesem Zeitpunkt auch für ungeimpfte Menschen unter 75 Jahren noch gefährlich war.

Nowotny wird sicherlich (berechtigt) die Impfung verteidigen und wahrscheinlich vom milden Omicron reden, weswegen die Impfpflicht ein Fehler gewesen sein soll. Der Intensivmediziner wird die Impfung ebenfalls verteidigen, aber wer fehlt in dieser Runde? Pflegekräfte, LongCovid-Betroffene und -Spezialisten, und etwa Lehrer/Schülervertreter aus den Schulen. Wirklich unabhängig ist in Österreich ja niemand, hier aber stehen zwei Impfgegner und mutmaßliche Pandemieverharmloser gegen einen Veterinärarzt und einen Intensivarzt. Wer die Pandemie nicht so intensiv wie ich verfolgt hat (= die meisten anderen), wird nicht wissen, wie viel Blödsinn Nowotny in den Jahren verzapft hat.

## Wie hat das Landesstudio Niederösterreich auf die Kritik an der Gästerauswahl reagiert?



Auf STANDARD-Anfrage erklärte das Landesstudio Niederösterreich die Einladung so: "Auch nach fünf Jahren Ausbruch der Corona-Pandemie stehen einander Befürworter und Gegner von Impfung und damaligen Maßnahmen oft unversöhnlich gegenüber. Mit der Diskussionssendung *Ein Ort am Wort* holt der ORF Niederösterreich alle Standpunkte an einen Tisch und will sie hören."

Das Format sei "eine Einladung an alle Interessierten, zu diesem Thema ins Gespräch zu kommen, mit Virologen und Intensivmedizinerinnen sowie mit Vertreterinnen und Vertretern all jener, die damals wie heute anderer Ansicht sind. Der ORF Niederösterreich macht damit ein Angebot, um für sein Publikum und mit seinem Publikum eine möglichst breite Diskussion zu ermöglichen." (Harald Fidler, 9.3.2025)

[Der Standard, 09. März 2025](#)

Selbstkritik gibt es beim ORF nicht. Sämtliche wissenschaftliche Evidenz spricht gegen diese Vorgehensweise: Mit Verschwörungsideologen diskutiert man nicht, sondern man redet höchstens über sie mit Faktenchecks und Stärkung der wissenschaftsbasierten Standpunkte. Man redet ja auch nicht darüber, ob der Holocaust wirklich stattgefunden hat, mit Holocaustleugnern, oder mit Flat-Earthern darüber, ob die Erde wirklich rund ist.

Am 18. März findet bereits die [nächste Corona-Verharmlosungsrunde](#) statt, dieses Mal mit **Franz** „*Ohne PCR-Tests hätte es nach meinem Dafürhalten keine Pandemie gegeben*“ **Allerberger** ([Faktencheck 2020](#)) und **Eva** „*Vielen Danke, dass Sie das Leben in unserem schönen Land Österreich so wertschätzen*“ **Schernhammer** (das war die Antwort auf eine sachliche E-Mail-Kritik nach einem ZiB2-Interview).

„*Ich glaube, dass wir schon mit Ende dieses Jahres Herdenimmunität erreichen werden und die Pandemie zur Endemie mit bewältigbaren Infektionswellen wird – wie bei der Grippe*“ (Presse, 14.08.21)

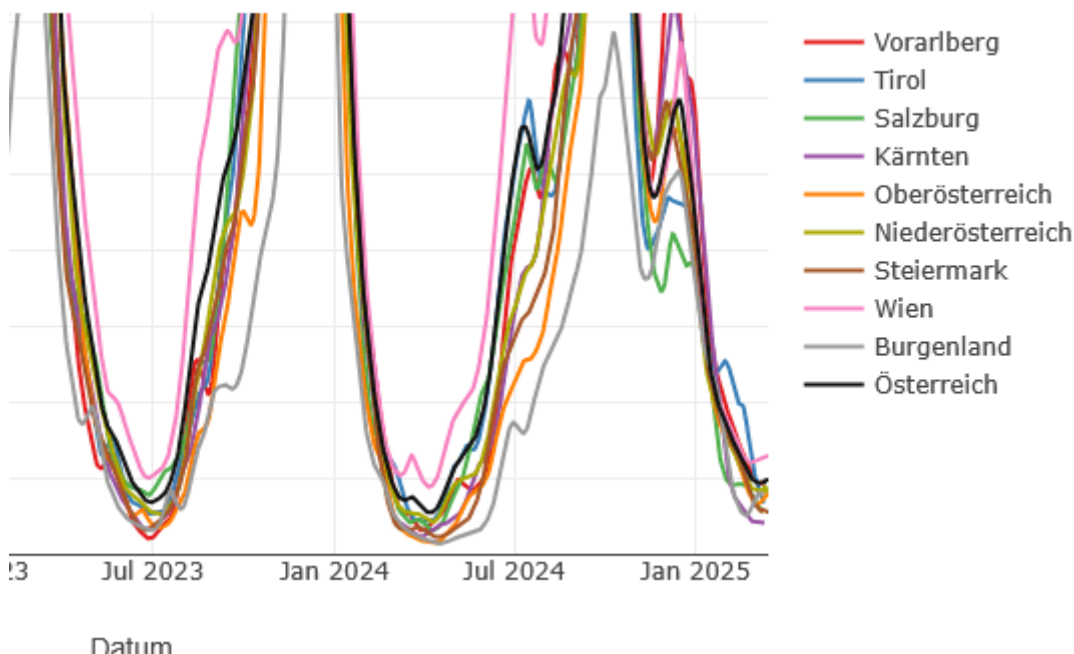
„*Daran, dass die Intensivstationen in Österreichs Spitälern in den kommenden Wochen und Monaten an ihre Grenzen stoßen könnten, glaubt sie aus verschiedenen Gründen nicht mehr. Selbst dann, wenn es in der kalten Jahreszeit noch einmal zu einem Aufwärtstrend kommen sollte.*“ (Presse, 17.10.21)

Dagegen halten dürfen also TV-Arzt Meryn, der zumindest ein Interesse an LongCovid vorweisen kann und die Verschwörungsexpertin Brodnig aus nicht-medizinischer Perspektive.

Eine kluge Pandemie-Aufarbeitung findet so nicht statt – im Gegenteil: Falschaussagen werden wiederholt und in den Köpfen gefestigt. Nicht vergessen: Wir leben in einem Zeitalter, wo Fakten nichts mehr zählen und mit Meinung gleichgesetzt werden.

# (Kleine) Frühlingswelle nicht ausgeschlossen

[März 19, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



[Abwasserkurven in österreichischen Bundesländern seit Jänner 2023, Stand 19.03.25](#)

Im [aktuellen Trend](#) ist die Influenza glücklicherweise rückläufig, im näheren und weiteren Umfeld erkranken derzeit aber immer noch viele Menschen an Influenza A oder B. Zwischen beiden Genotypen besteht übrigens keine Kreuzimmunität. Wer am Beginn der Influenzasaison A hatte, kann sich jetzt noch mit B anstecken. Auch wer früh impfen kann, kann sich jetzt leichter anstecken, weil die Impfwirkung nach ein paar Monaten nachlässt. Humane Metapneumoviren, Rhinoviren und RSV sind sonst noch etwas aktiver, SARS-CoV2 wird in den Sentinelproben und auch im Abwasser weiterhin kaum nachgewiesen.

In den Abwasserdaten für Österreich ist der R-Wert knapp über 1, auch der Unsicherheitsbereich ist angestiegen, das heißt, eine Trendumkehr erscheint möglich. Das zeigen auch die Bundesländerdaten, wo die Talsohle aktuell erreicht zu sein scheint (siehe oben).

Der wahrscheinlichste Kandidat für eine kleinere Frühlingswelle scheint derzeit die Variante **LP.8.1** (.1). Sie kann der Immunantwort etwas besser entkommen und hat wahrscheinlich eine deutlich stärkere ACE2-Bindung als bisherige Varianten – das heißt, sie ist infektiöser und kann sich dadurch einen Fitnessvorteil erarbeiten. [Die gute Nachricht](#): LP.8.1. hat die sogenannten **FLiRT**-Mutationen – **F456L** und **R346T**, die auch im **KP.2-Impfstoff von Pfizer** enthalten sind – also ist das wahrscheinlich der passendste Impfstoff derzeit. Sollte man nur JN.1-Impfstoffe (Pfizer und Novavax) bekommen, ist das aber auch kein Fehler.

Was eine kleine Frühlingswelle stützt:

- nachlassende Interferenz durch Influenza

- nachlassende Immunität durch die allgemein geringere Viruszirkulation seit der großen JN.1-Welle im Herbst 2023
- saisonale Effekte – in den kommenden Wochen wird es wiederholt Kaltlufteinbrüche geben, der Frühlingsmotor stottert noch
- viele Influenza-geschädigte, deren Immunsystem jetzt anfälliger für Folgeinfekte sein kann

Was gegen eine große Welle spricht:

- LP.8.1. hat nur etwas mehr Immun Escape, wer gegen JN.1 geimpft ist oder sich die letzten 1-2 Jahre mit JN.1-Varianten infiziert hat, besitzt eine gewisse T-Zellen-Immunität gegen neue Varianten
- keine neue Variante in Sicht, die auf absehbare Zeit große Welle auslösen könnte. Zwar wurde vor kurzem BA.3.2 entdeckt, das 57 Mutationen aufweist, aber es kann sich offenbar noch nicht gut in der Bevölkerung verbreiten und es ist fraglich, ob und wann das passiert

Eine gute Einschätzung gibt es im [kürzlichen Blogtext von Christina Pagel](#)

Herbstimpfung 2024*			Altersgruppe 60+			Dänemark*		
Alter	Covid	Grippe		Covid	Grippe		Covid	Grippe
0-4	0,2%	12,7%	B	12,7%	21,4%	65+	74,6%	75,3%
5-14	0,3%	7,3%	K	8,4%	16,2%	Schweden*		
15-29	0,8%	2,3%	NÖ	12,6%	18,1%		Covid	Grippe
30-44	2,1%	5,7%	OÖ	10,5%	17,0%	65+	63,5%	69%**
45-59	3,4%	6,9%	S	10,6%	17,2%	Niederlande*		
60-69	9,1%	14,0%	Stmk	11,8%	20,7%		Covid	Grippe
70-79	12,9%	20,6%	T	7,0%	16,9%	60+	46,6%	55%**
80+	16,2%	25,6%	V	6,3%	13,0%	England*		
Ö	4,5%	9,3%	W	17,5%	22,0%		Covid	Grippe
			Ö	11,9%	18,6%	65+	58,6%	73,0%

\*Quelle: Österreich: Impfdaten.at, Datenstand: 16.12.2024; Dänemark, Schweden, Niederlande und England: Dashboards Mitte Dezember 2024

\*\*Saison 2023/2024

Zusammenstellung von Epidemiologe Robert Zangerle

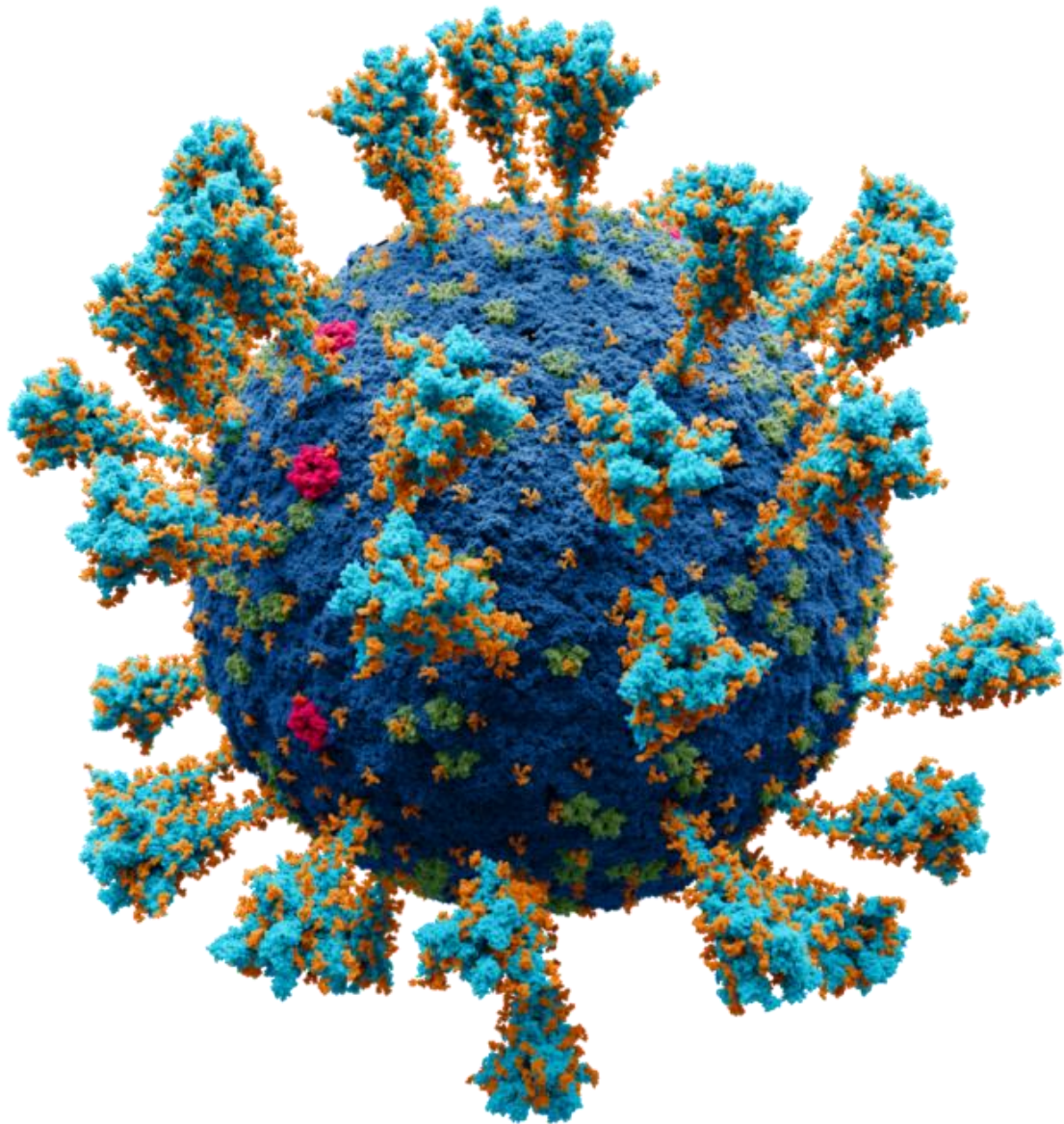
Die wachsende Impfskepsis mahnt jedenfalls zur Wachsamkeit, nicht nur bei Covid und Grippe. Ich kann es nicht nachvollziehen, warum sich so viele Menschen nicht gegen beides impfen lassen, auch die jährliche Grippeimpfung wird ausgelassen – obwohl es mancherorts auch Aktionen in den Betrieben gibt. Regelmäßig liegen ganze Familien, die halbe Schulklasse flach. Ja, die Impfung kann auch zu einem Tag Krankenstand führen, ja, man kann trotz Impfung erkranken, aber man muss das immer in Relation zum möglichen Krankheitsverlauf sehen, den man durch die Impfung verhindern kann. Long Influenza existiert, Influenza kann die Herzmuskeln ebenso schädigen wie die Insulinproduktion



beeinflussen (Diabetes-Risiko). Nach der Influenza ist man anfälliger für Folgeinfekte wie bei (fast) jedem Virusinfekt. Dieses Risiko kann man sich durch eine allgemein gut verträgliche Impfung ersparen, die es für Kinder sogar als Nasenspray gibt! Keine Spritzen!

## 5 Jahre Pandemiebeginn: Teil 1 – Der Ablauf der Pandemie

[März 29, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



Vor fünf Jahren erklärte die WHO den Ausbruch des neuartigen Coronavirus zur globalen Pandemie ([Cucinotta and Vanelli 2020](#)). Nachdem ich die letzten Tage und Wochen wieder einmal damit verbracht habe, Verklärungen und Falschaussagen zur Pandemie richtigzustellen, möchte ich es heute mit Faktenchecks belassen und stattdessen in Erinnerung rufen, wie die Pandemie tatsächlich abgelaufen ist, welche Fehler in der Kommunikation gemacht wurden, aber auch viele Menschenleben die Maßnahmen gerettet haben – worauf kaum eingegangen wird. Es wird auch nie die Frage gestellt, ob man weitere Todesfälle und

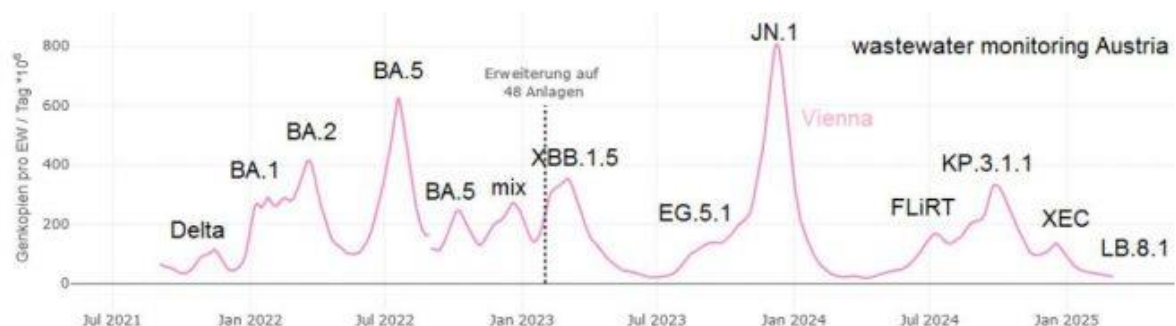
schwere akute und chronische Krankheitsverläufe hätte vermeiden können. Spätfolgen wie Long Covid und MECFS werden immer losgelöst von der Maßnahmenpolitik betrachtet, als hätte das eine mit dem anderen nichts zu tun.

Im ersten Teil möchte ich auf den **Verlauf der Pandemie** mit Schwerpunkt Österreich eingehen. Im zweiten Teil spreche ich über **Versäumnisse in der Gesundheitskommunikation**, im dritten Teil geht es über **Spätfolgen von Virusinfektionen** und im vierten Teil über **Lehren für die Zukunft**.

**Vorab:** Ein solcher Rückblick kann niemals vollständig sein. Es werden mehr oder weniger wichtige Details und Ereignisse zwangsläufig ausgelassen. Ich würde es aber als Leitfaden sehen, entlang dem sich die Pandemie entwickelt hat.

## Teil 1 – Der Ablauf der Pandemie

### Übersicht Virusentwicklung ab Herbst 2021 bis März 2025



Virusvarianten im Abwassermonitoring von Wien (Stand, 10.03.25)

Das Um und Auf für seriöse Lehren ist eine faktengetreue Erinnerung an den Ablauf der Geschehnisse. Am **30. Dezember 2019** meldete das öffentlich zugängliche Überwachungssystem ProMED ein neuartiges Virus, das mit schweren Lungenentzündungen einherging.

Am Anfang der Pandemie wussten chinesische Wissenschaftler bereits sehr viel über die Eigenschaften des Virus. Warum? SARS-CoV2 war zu 96% identisch mit SARS, dem epidemischen Virus von 2002/2003, das zum Glück rasch eingedämmt werden konnte. So wusste man, dass nach 15 Jahren immer noch 30% der SARS-Erkrankten unter Spätfolgen litten. Das chinesische Gesundheitssystem ist auf Vorsorge ausgerichtet, nicht auf Akutmedizin – deswegen wählte man den ZeroCovid-Ansatz. Die chinesischen Wissenschaftler wussten früh, dass das Virus **präsymptomatisch** übertragen wird und **Luftübertragung** möglich ist. Ebenso wusste man, dass **Kinder das Virus übertragen** können und in wenigen Fällen (11. März 2020: 6 von 366 Kindern) auch **schwer erkranken**, selbst ohne bekannte Grunderkrankungen. Zur multisystemischen Eigenschaft und Spätfolgen hatte man ebenfalls ab März schon erste Studienergebnisse. In Österreich sollten die Erkenntnisse erst Wochen bis Monate später bekannt werden.

Am **9. Jänner** hat das Early Warning and Response System der EU (EWRS) erstmals gewarnt – die Meldungen dazu erhielten abwechselnd Bernhard Benka und Franz Allerberger.

Am **23. Jänner** wurde ein Bauunternehmen mit dem Projekt beauftragt, zwei Notkrankenhäuser innerhalb von zwei Wochen in Wuhan aus dem Boden zu stampfen –

„Huoshenshan“ und „Leishenshan“, mit jeweils rund 1000 Betten. Spätestens jetzt war klar: Das Virus infizierte zehntausende Menschen und verbreitete sich weiter. Die WHO rief den Internationalen Gesundheitsnotstand aus (PHEIC).

## 2020

In Deutschland war der Patient Null ein Mitarbeiter bei einem Autozulieferer, der sich bei einer Kollegin aus China angesteckt hatte, die im Rahmen einer Dienstreise vom **19.-22. Jänner 2020** nach Bayern kam.

In Italien soll es die ersten infizierten Personen laut einer Seroprävalenzstudie bereits im **September 2019** gegeben haben. Sie lebten in Regionen, wo die Pandemie begann. Offiziell wurden die ersten Fälle am **30. Jänner 2020** identifiziert: Es handelte sich um zwei Touristen aus China. ([Apolone et al. 2020](#)).

Das Epizentrum des Ausbruchs in Italien war die Lombardei. Der erste Fall wurde am **18. Februar** in Codogno registriert. Bis Mitte Mai stieg die Zahl der Fälle auf über 220 000 an, davon stammten 37% aus dieser Region. Das Champions-League-Fußballspiel am 19. Februar zwischen Atalanta und Valencia war als Superspreading-Event entscheidend ([Sassano et al. 2020](#)).

Am **28. Februar 2020** traf sich der Beraterstab der österreichischen Bundesregierung das erste Mal und war sich rasch einig, dass ein striktes Containment (ZeroCovid) nur in totalitären Regimen möglich war. Sie entschieden sich für eine Strategie, die später weltweit unter „**flatten the curve**“ bekannt werden sollte: Das Infektionsgeschehen soweit einzudämmen, dass die Spitäler nicht überlastet werden, bis ein Impfstoff zur Verfügung steht. Entgegen der öffentlichen Wahrnehmung ging auch Wien diesen Weg. Er war nicht so *streng*, weil sie auf Vermeidung von Infektionen oder Longcovid gesetzt hätten, sondern weil Wien als 2-Millionen-Stadt viele große Spitäler konzentriert und sich das Virus schneller ausgebreitet hätte.

## Superspreading-Ereignis in Ischgl

Beim Pandemierückblick geflissentlich übersehen wird der unrühmliche Anteil Österreichs in der Beschleunigung der Pandemie. Der ÖVP-Gesundheitslandesrat Bernhard Tilg wies jede Kritik von sich: „*Die Behörden haben alles richtig gemacht*“ war seine wiederholte Antwort [damals in der ZiB2](#) (16.03.20).

*„At the local level—eg, in a small village that relies on tourism as the main source of income—conflicts of interest could represent an insurmountable barrier for implementing appropriate outbreak controls.“*

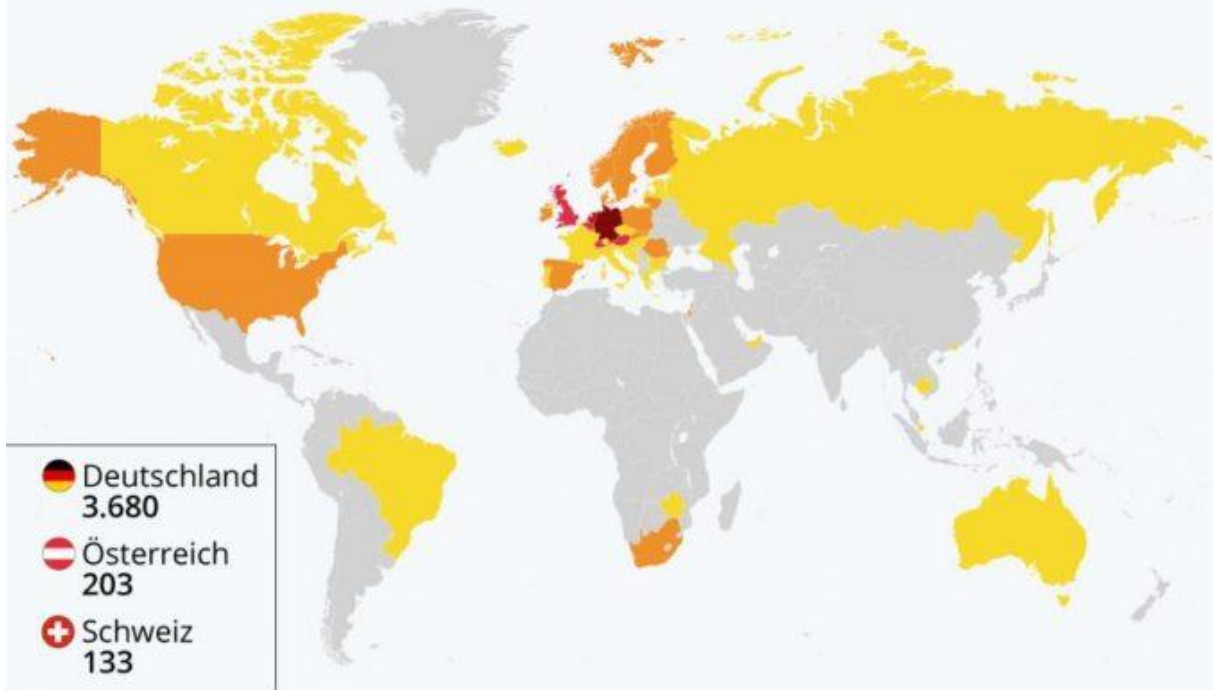
([Schmid et al. 2004](#) in Zusammenhang mit einem Legionellenausbruch in Österreich)



# Coronaherd Ischgl

Anzahl der Menschen, die sich nach eigenen Angaben in Ischgl mit Covid-19 angesteckt haben

■ 1-10 ■ 11-100 ■ 101-500 ■ 500-1.000 ■ 1.001+



Basis: 5.384 Personen, die sich beim Verbraucherschutzverein (VSV) gemeldet haben; 04. Mai 2020

Quelle: Profil



statista

## [Verbreitung des Coronavirus in die Welt – 03.05.2020](#)

Von den 16000 bestätigten Fällen bis Mitte Mai stammte ein Fünftel aus Tirol. Der erste Fall wurde am **25. Februar** in Innsbruck registriert. Am **5. März** wurde Ischgl von Island zum Risikogebiet erklärt. Bis **8. März** ergaben Norwegens Testergebnisse, dass 491 seiner 1198 Fälle aus Tirol stammten. Trotz der frühen Warnungen ging der Skibetrieb in Ischgl für neun Tage weiter. Seilbahner und ÖVP-Landeshauptmann Platter argumentierten am **10. März** gegen ein vorzeitiges Saison-Aus. Erst am **13. März** wurde Ischgl unter Quarantäne gestellt. Es brach ein Abreisechaos aus und viele Urlauber flohen ohne Kontrolle in ihre Heimatländer. Am gleichen Tag erklärte das RKI Ischgl als Hochrisikogebiet. Eine Studie ergab, dass Ischgl zwar das Epizentrum für die Infektionsketten war, nicht aber über die Sterblichkeitsraten. Der Lockdown in Deutschland hatte die weitere Ausbreitung des Virus gestoppt ([Felbermayr et al. 2021](#)).

Für Deutschland war der unglückliche Zufall das gleichzeitige Karnvealstreiben (Stichwort: Heinsberg) in den westdeutschen Bundesländern. Dicht besetzte Après-Ski-Bars, Lokale und geteilte Unterkünfte waren ebenso ideale Verbreitungsorte wie die Faschingsanlässe – an beiden Orten wird viel Alkohol getrunken, die Lautstärke ist erhöht, die Aussprache feucht, die Hemmungen, dicht aneinander zu rücken, fallen. Ideal für Aerosol-Übertragung. In Ischgl kam erschwerend hinzu, dass die Kellner Trillerpfeifen verwendeten, um sich Platz zu verschaffen. Intensiver infektiöser Aerosol-Ausstoß also, der die Ausstoßgeschwindigkeit einer FFP2-Maske mit Ventil noch einmal übertraf.

Am 24. August 2023 wurden alle Klagen gegen Ischgl eingestellt.

Aufgrund der Bilder aus der Lombardo (Bergamo) änderte sich in Österreich bereits das Verhalten in der Bevölkerung. Man hielt mehr Abstand und desinfizierte sich häufiger die Hände. Viele Expertinnen und Experten hielten zu diesem Zeitpunkt die Influenza für gefährlicher als Corona (Allerberger, Apfalter, Graninger, Weiss, Greil, Steininger) und warnten vor *überschießenden Ängsten*.

Der erste Lockdown (16. März bis 01. Mai 2020)



*Menschenleerer Michaelerplatz, Innere Stadt vor der Hofburg, im ersten Lockdown im April 2020*

Nachdem erste Großveranstaltungen bereits abgesagt wurden, wuchs der Druck aus den skandinavischen Ländern für einen strengen Lockdown in Tirol. Am **16. März** wurde in ganz Österreich ein Lockdown ausgerufen. Die FPÖ wollte damals ähnlich strenge Regeln wie in Italien mit echten Ausgangssperren ([Presseaussendung, 13.03.20](#)). Die Grünen reklamierten die Ausnahmegründe hinein („*Es gibt nur vier Gründe, das Haus zu verlassen*„), um das psychische Befinden miteinzubeziehen. Flüchtlingen wurde allerdings suggeriert, es würde

eine Ausgangssperre geben. Ich arbeitete in der Schicht – wir stellten auf feste Teams um, um Kontakte zu reduzieren. Ich musste weiterhin in die Arbeit fahren, durfte öffentliche Verkehrsmittel aber nicht für die Freizeit benutzen. Alle mit Auto und (Zweit-) Wohnung mit Grün in der Nähe waren im Vorteil. Es hat länger gedauert, bis ich über diese Ungerechtigkeit hinwegkam.



19. März 2020 – Prater

Meine eindrücklichste Erinnerung war eine Radfahrt ein paar Tage später auf die Praterallee. Polizeiautos trieben die Gruppen auseinander. Über dem Prater kreisten Hubschrauber. Ich brettete mit dem Rad den Reitweg entlang, was eine Frau mit „He! Das ist der Reitweg!“ erboast quittierte. Ich wollte nur weg von dem Lärm und den kriegsähnlichen Szenen und fuhr so tief in den Auenwald hinein, bis ich ein paar Minuten lang alleine war.

Wir lernten uns im Lockdown rasch zu organisieren. Die ersten Bestellservices wuchsen aus dem Boden. Homeoffice und Kinderbetreuung wurden für viele zu einer Belastungsprobe. Gleichzeitig lernten manche schätzen, ihre Kinder so häufig zu sehen wie nie zuvor. Besonders belastet waren finanziell prekär lebende Großfamilien, auf engem Raum, oft ohne eigenes Arbeitszimmer, oft ohne die nötige technische Ausrüstung. Schulkinder mussten dem Unterricht am Handy folgen, weil sie kein Tablet oder Laptop hatten. Es gab die ersten Hauspartys von Jugendlichen, die so den Lockdown umgingen, aber auch die Garagen- und Hinterzimmerpartys von Erwachsenen, die damit ein schlechtes Vorbild abgaben. Am Land fiel das zentrale Gasthaus im Ort als sozialer Klebstoff weg, wohl auch daher die Versuche, die Lockdownregeln zu umgehen bzw. die Kritik an den Maßnahmen. Zudem hatten viele Dorfbewohner den Eindruck, das Virus wäre nur in der Stadt und das Land sei gefälligst sicher gewesen.



Im April kam die Maskenpflicht, anfangs wurden Stoff- und OP-Masken getragen, die weit weniger wirksam sind als FFP2-Masken, aber letztere wurden für das Gesundheitspersonal gebraucht und außerdem herrschte die irreführende Vorstellung, dass das Virus über große Spucktropfen übertragen werde.

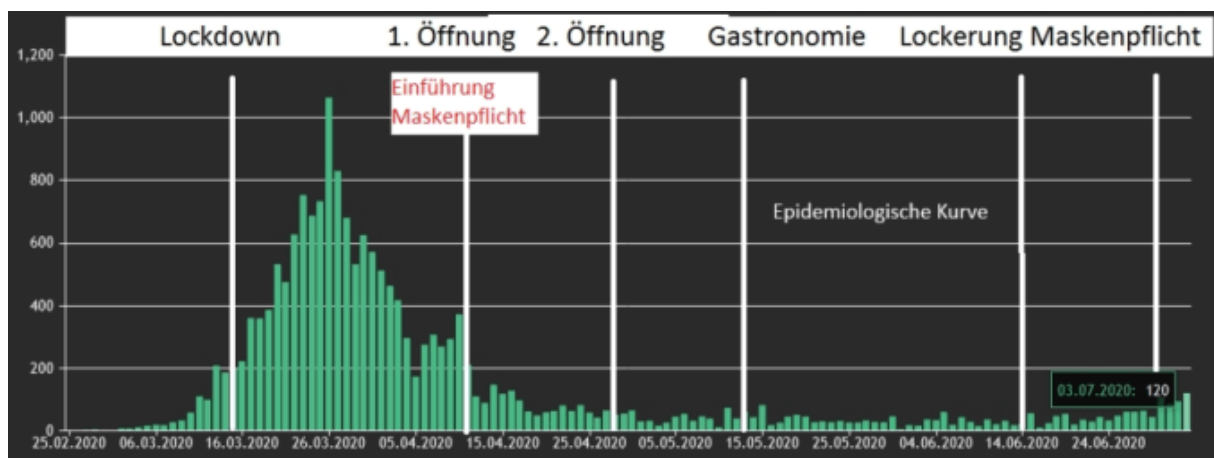
Ende April, kurz vor Ende des Lockdowns, warnt Virologe Drosten in der ZfB2 vor einer Winterwelle und erneutem Lockdown. Auch Krammer warnt im Kurier vor einer zweiten Welle mit „großer Wucht“, die zu einer größeren Verteilung führt und schlechter einzudämmen sei als in den Skigebieten im März. Im Mai werden die ersten Rufe laut, die Maskenpflicht wieder zu lockern. Gleichzeitig gab es weitere Warnungen vor einer zweiten Welle (Infektiologe Burgmann, 08.05., Drosten und Popper, 08.05., WHO 18.05., Greil 22.05.). Sie alle weisen daraufhin, dass die Immunität in der Bevölkerung nach der ersten Welle zu gering sei, um weitere Wellen zu verhindern. Infektiologe Wenisch forderte die komplette Öffnung der Schulen, weil Kinder für die Übertragung vermutlich nur eine geringe Bedeutung haben würden. Eine Studie der Berliner Charité kam hingegen zum Schluss, dass Kinder genauso ansteckend wie Erwachsene sein könnten. AGES-Epidemiologin Schmid hatte bereits Anfang Mai eingeräumt, dass viele infizierte Kinder übersehen werden könnten, weil die Infektion bei ihnen häufig asymptomatisch verlaufe.

#### Das Präventionsparadoxon

Am 13. Juni teilte Bundeskanzler Kurz via Facebook mit:

*„Nachdem wir die gesundheitlichen Folgen der Krise überstanden haben, müssen wir jetzt angesichts der Weltwirtschaftskrise die Konjunktur in Österreich wieder ankurbeln [...]“*

In der Folge wurde am 15. Juni die Maskenpflicht aufgehoben – ein verhängnisvoller Fehler, suggerierte er doch, dass die Gefahr überstanden sei.

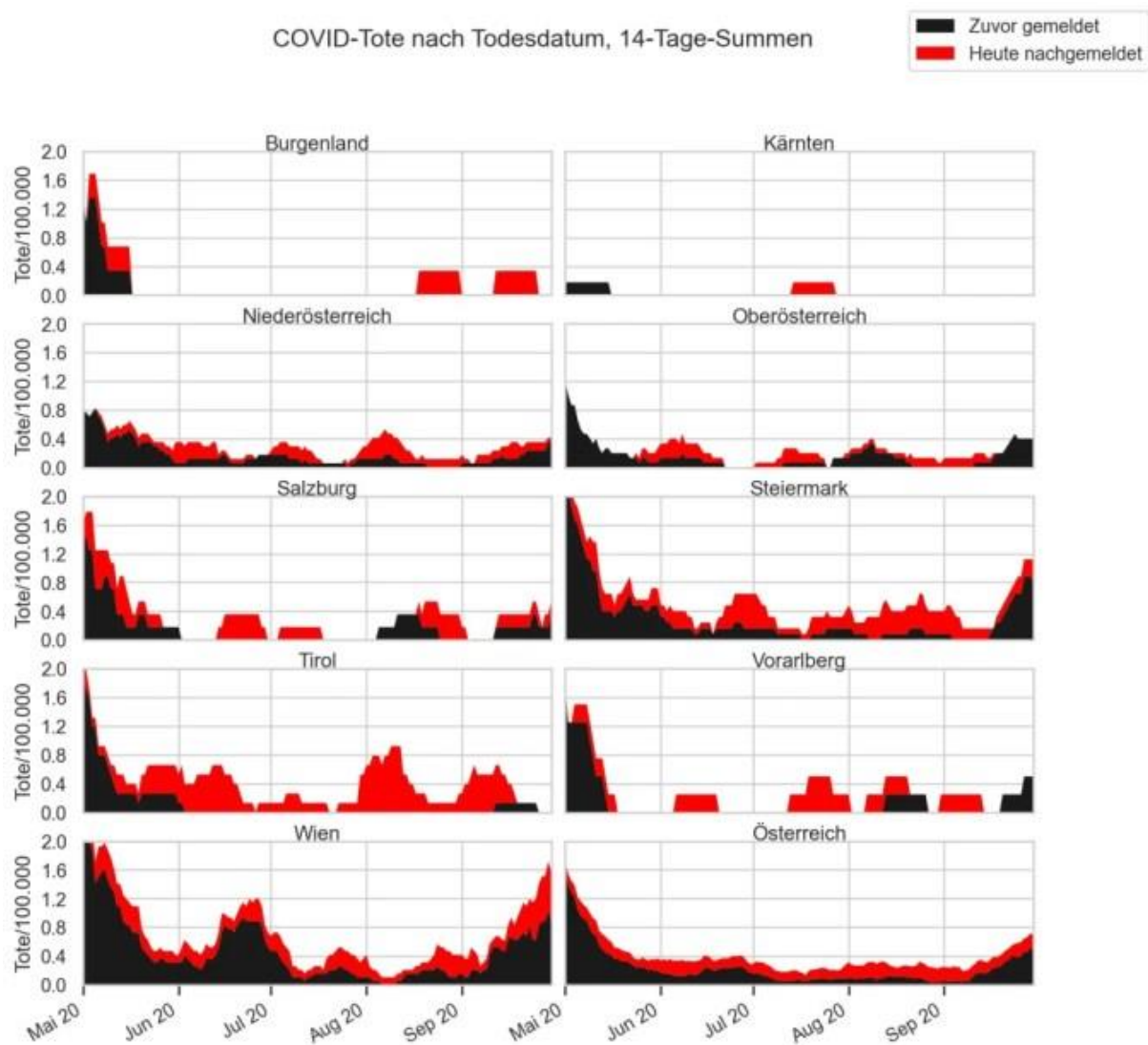


Epidemiologische Kurve, Stand 04.07.2020 (Info Gesundheitsministerium, Link nicht mehr aktiv)

Mir fiel damals auf, dass die das exponentielle Wachstum auf zunächst niedrigem Niveau gerade da begann, wo die Maskenpflicht gelockert wurde (Blogeintrag am 04. Juli: [„Die letzten Öffnungsschritte waren ein Topfen“](#))

Nachdem vielfach nur symptomatische Personen getestet wurden, gab es eine *hohe Dunkelziffer an unerkannten Infektionen* im ersten Pandemiesommer. Wie hoch, lassen die

nachgemeldeten Todesfälle vom 20. April 2022, bezogen auf den Zeitraum Sommer 2020, erahnen:



**Grafikquelle:** @zeitferne (Twitter), [Blogtext vom 22. April 2022](#)

Insbesondere in Wien und Vorarlberg schienen etliche Todesfälle nicht auf. Mit der damaligen Sterblichkeitsrate kann man auf die tatsächliche Inzidenz zurückrechnen, die entsprechend deutlich über den registrierten Fällen lag – der ruhige Sommer 2020 war also offenbar gar nicht so ruhig wie gedacht.

In Salzburg gab es im Juni das [Rotaryclub-Superspreading-Ereignis](#). Dabei hatte sich auch eine Person infiziert, die zehn Meter von der Index-Person entfernt stand. Zahlreiche ExpertInnen warnten vor zu sorglosem Umgang mit dem Virus. Wenn die Fallzahlen mit Beginn des Herbsts zu hoch waren, bestand die Gefahr, mit dem Contact Tracing nicht mehr nachzukommen und die Kontrolle zu verlieren. Im Juli erschütterte der [Coronacluster in St. Wolfgang](#) erneut den naiven Glauben der Politiker, dass die Pandemie bereits überstanden sei. Selbstverständlich hätte man da nicht einmal auf die heimischen Fallzahlen schauen müssen, es genügte ein Blick in die Nachbarländer, wo die Fallzahlen teilweise im Sommer stark anstiegen. Im August warnte die Deutsche Gesellschaft für Virologie in einer Stellungnahme davor zu glauben, „dass Kinder keine Rolle in der Pandemie und in der Übertragung spielen. Solche Vorstellungen stehen nicht im Einklang mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen.“



Bürgermeister Ludwig (Wien) sammelte Pluspunkte bei der Bevölkerung durch die Verteilung von Essensgutscheinen, um die Gasthäuser zu unterstützen. In Großbritannien gab es eine ähnliche Aktion, die Wissenschaftler später als fatal kritisierten – dadurch seien 45000 Personen gestorben. Das Programm hätte die Öffentlichkeit dazu angeleitet, ein epidemiologisches Risiko einzugehen. Besser wäre es gewesen, man hätte der Branche einfach das Geld überwiesen.

In seltener, einzigartiger Klarheit wies Infektiologe Allerberger beim ZiB2-Interview am 19. August auf die Spätfolgen von Covid19-Infektionen hin. Sie könnten sehr viel schwerer und wesentlich öfter als bei Grippe auftreten, auch mildere Verläufe könnten Dauerschäden an den Organen verursachen, die mitunter jahrelang anhalten könnten. Im gleichen Interview stritt er jedoch den Nutzen der Maskenpflicht ab. Public-Health-Mediziner Sprenger war sich im Ö1-Journal vom 22. August sicher, *zu einer Überforderung der Krankenversorgung wird es mit hundertprozentiger Sicherheit nicht kommen.*

Ich war im gleichen Zeitraum für zwei Nächte in einem Zimmer der Edelrautehütte einquartiert. Die Wirtin hatte es bis ins Fernsehen geschafft für ihre vorbildlichen Sicherheitsvorkehrungen – mit niedrigen Holztrennwänden in den Lagerplätzen. Zu dem Zeitpunkt wusste ich bereits, dass das Virus über Aerosole übertragen wird. In einem Schlafzimmer herrschte oft stickige Luft, da brachten Trennwände herzlich wenig. Maske trug drinnen keiner mehr. Ich frühstückte am zweiten Tag draußen und aß dort auch zu Abend.

Ende August verkündete Bundeskanzler Kurz in einer Rede an die Bevölkerung: *„Es gibt schön langsam Licht am Ende des Tunnels“* und glaubte, dass bereits im folgenden Sommer die Bevölkerung *„zurück zur Normalität“* könnte.

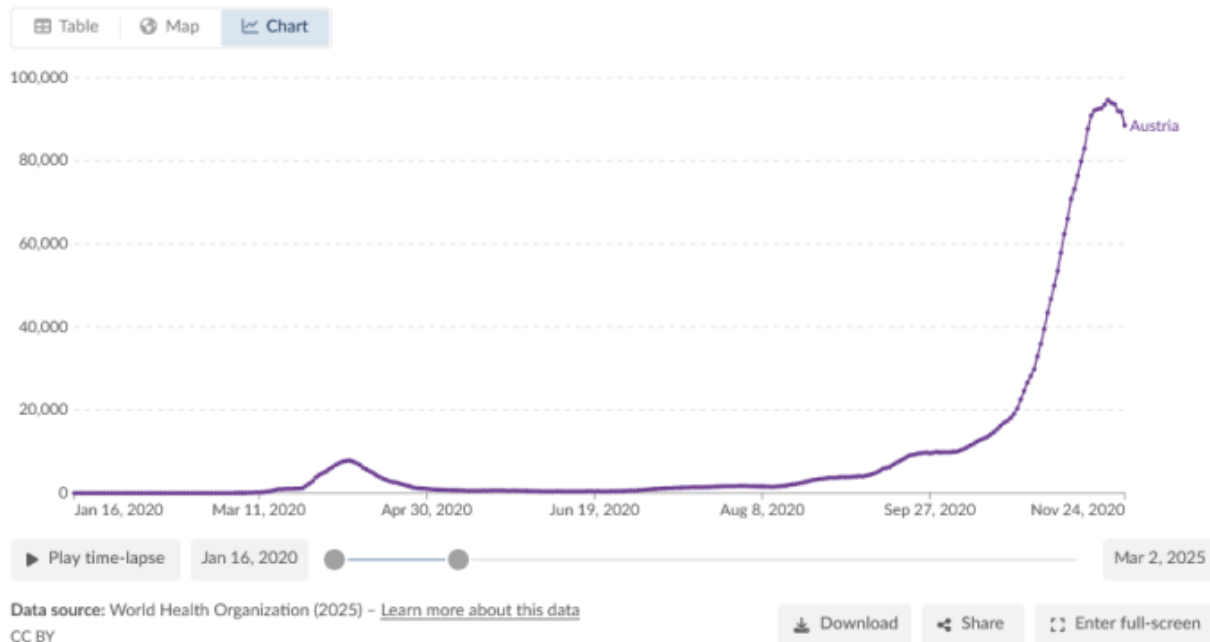
Im September stiegen die Infektionszahlen mit den Reiserückkehrern und Schulbeginn deutlich an. Während die Pseudoexperten weiterhin das Narrativ von Kindern, die keine Rolle im Infektionsgeschehen spielen würden, verbreiteten, sagte der Chefberater von Trump I, der Immunologe Anthony Fauci am 18.09. in einem Tweet, dass Kinder laut einer südkoreanischen Studie das Virus so leicht an Erwachsene weitergeben konnten wie Erwachsene untereinander.

Am 18. September kam die [berüchtigte Pressekonferenz](#) der „Labor-Tsunami“-Experten, darunter Apfalter, Allerberger, Sprenger, Weiss, Niedermoser und Gattringer. Kinder unter 10 Jahren sollten nicht getestet werden. Sie wollten weg vom anlasslosen Testen und nur symptomatische Patienten beim Hausarzt testen.

## Biweekly confirmed COVID-19 cases

Cumulative number of confirmed cases of COVID-19 over the previous two weeks.

Our World  
in Data



### Bestätigte Fälle bis zum Höhepunkt der zweiten Welle am 20. November 2020, OWID

Während Kanzler Kurz bereits am 13. September davon sprach, dass Österreich „*definitiv*“ am Beginn einer zweiten Welle stehe, war Gesundheitsminister Anschober noch am 21. September „*zuversichtlich*“, nicht in eine zweite Welle zu kippen. Fakt ist, dass das exponentielle Wachstum da bereits bestanden hatte, und mit Verzögerung machte sich dann der Schulbeginn bemerkbar.

Epidemiologe Lauterbach warnte mit Verweis auf die katastrophalen Folgen der Durchseuchung in Brasilien in einem Tweet davor, Herdenimmunität über diesen Weg erreichen zu wollen. „*Der Ansatz wäre unethischer Darwinismus. Neben den Toten gäbe es ein Volk voller Longcovid Dauergeschädigter.*“ Brasiliens rechtsextremer Präsident Bolsonaro war im April und Mai vom schwedischen Epidemiologen Tegnell beraten worden. Die Folge der Durchseuchung war aber nicht die versprochene Herdenimmunität, sondern die pathogenere Immunflucht-Variante **Gamma** gegen Jahresende, neben Delta eine der gefährlichsten „Variants of Concerns“ der Pandemie ([Zimmerman et al. 2022](#)).

Am **25. September** kam es zu einer Änderung im Epidemiegesetz, demnach wurde als **Zusatzkriterium** die aktuelle Auslastung der Normal- und Intensivstationen eingefügt. Sie waren zu diesem Zeitpunkt bereits mehr Haupt- als Nebenkriterium. Die Regierung unterlag dabei aber einem folgeschweren Irrtum und sollte diesen noch mehrfach wiederholen. Virologin Eckerle fasste das bei Maybrit Illner am 9. Oktober treffend zusammen:

*„Wenn ich nach den Intensivbetten-Zahlen schaue und dann Maßnahmen treffe, treffe ich die Maßnahmen, die ich vor einem Monat hätte treffen müssen.“*

Deswegen lag das Hauptkriterium in Ländern mit vorausschauender Pandemiestrategie bei den Infektionszahlen und nicht bei den Intensivbettenbelegungen.

Anfang Oktober antwortete Intensivmediziner Gustorff mit einem Leserbrief auf einen Presse-Artikel von Köksal Baltaci, der behauptet hatte, dass das Virus für den Großteil der Bevölkerung relativ harmlos sein dürfte und bei jungen gesunden Personen würde die Impfung nicht eilen. Er berichtete hingegen von jungen, gesunden schwangeren Frauen, die tagelang künstlich beatmet werden mussten, auch viele gesunde junge Männer würden auf die Intensivstation kommen.

*„Wir sollten die Bevölkerung warnen und endlich die Wahrheit über diese Krankheit erzählen“*

In der Erinnerung gerne verdrängt wird der enorme Einfluss der politischen Wahlen auf das Pandemiemanagement. Einer der wesentlichen Gründe für die Verzögerung des zweiten Lockdowns war die Wien-Wahl am 11. Oktober. In der Elefantenrunde davor haben alle Spitzenkandidaten einen zweiten Lockdown ausgeschlossen, nur Birgit Hebein von den Grünen nicht. Das Ergebnis: Ludwig entschied sich gegen eine Fortsetzung der Koalition mit den Grünen und für die NEOS. Im Laufe des Oktobers behauptete Epidemiologin Schmid, dass man mit dutzenden Haushaltsclustern zu tun habe, aber nicht wissen würde, wie das Virus in den Haushalt hineinkäme.

**Parlamentarische Anfrage:** Wenn eine Person im Umfeld ARBEIT infiziert wird und daraufhin im HAUSHALT weitere Personen infiziert, werden letztere als Ansteckungen im HAUSHALT geführt?

**Das Gesundheitsministerium:** Ja.

So konnte man Ansteckungen im Schul- oder Gastronomiebereich natürlich verschleiern. Am **Montag, 2. November**, dem letzten Abend vor dem zweiten Lockdown nutzten zahlreiche Menschen noch einmal die Gelegenheit zu einem letzten Lokalabend – und sorgten damit zynischerweise erst recht für weitere Infektionsketten. In einer obrigkeitshörigen Gesellschaft war es nicht begreiflich zu machen, dass man sich auch vorausschauend vernünftig verhalten konnte. Die mangelnde Vernunft nutzte ein Attentäter aus – der Terroranschlag in Wien forderte vier Menschenleben. Im Umkreis des Anschlags saßen die Lokalbesucher teils für Stunden noch in den Lokalen fest. Auch dabei dürften sich weitere Menschen angesteckt haben. Der Anschlag hat damit wahrscheinlich mehr Opfer gefordert als durch die Hand des Attentäters selbst.

Der zweite Lockdown: 03.11. bis 6.12.20

Der zweite Lockdown gliedert sich in zwei Abschnitte: Einem „Lockdown light“ bis 16.11. und einem strengeren Lockdown bis zum Nikolaustag. Verglichen mit dem ersten Lockdown gab es nun aber viele Ausnahmen, in den Schulen wurde Notbetreuung angeboten. Für mich war die wichtigste Ausnahme, dass ich zu Freizeit Zwecken die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen durfte. Der Fehler war zu glauben, ein schwächerer Lockdown würde ausreichen, doch zeigten die Modellberechnungen bald, dass die Spitäler mit den vorhandenen Maßnahmen überlastet werden.

Die NEOS starteten eine Petition für offene Schulen, verwiesen dabei auch auf Tegnell und das Paper von Ludvigsson (Mai 2020), wonach Schulen keine Rolle spielen würden. Ludvigsson war Great-Barrington-Unterzeichner und hatte gelogen, [es gab tatsächlich mehrere Schulausbrüche in Schweden](#). Auch die Epidemiologin und SPÖ-Vorsitzende Rendi-Wagner verwies auf Ludvigsson.

Mitte November kündigte Kurz plötzlich einmalige Massentests an in ganz Österreich an. Ohne unmittelbar nachfolgende Wiederholung blieben sie aber nutzlos. Anfang Dezember wurde erneut gelockert, um das Weihnachtsgeschäft zu ermöglichen. Gleichzeitig gab es [anonyme Berichte an TV-Sender](#) über die Dramatik in den Spitälern:

*„Die Wahrheit ist: Wir sind seit Wochen in der vollen Triage, und es wird jeden Tag enger. Jeder kann sich das selbst ausrechnen: Ein Drittel der Intensivbetten im Land sind nun mit Covid-Patienten belegt. Intensivbetten sind auch sonst zu bis zu 80 Prozent ausgelastet. Jeder kann erkennen, dass sich das nicht ausgeht. Trotzdem wird da draußen gesprochen, als wären wir gerade erst am Limit, und nicht schon lange darüber hinaus.“*

Entgegen den offiziellen Beteuerungen kam es also zur Überlastung in den Spitälern – die Regierung hatte zu spät gehandelt. Abzulesen ist das auch an der hohen Übersterblichkeit.

Anschöber hatte Anfang Dezember ein Spital besucht und mit Personal gesprochen. Davon zeigte er sich später laut eigener Aussage tief betroffen – daraus resultierte sein paradox wirkender Appell am 7. Dezember:

*„Jetzt kommt es auf jeden Einzelnen von uns an, damit die aktuellen Öffnungsschritte nicht zu neuerlichen Verschärfungen der Covid-Krise führen,“*

Er argumentiert später damit, dass die Akzeptanz für einen Lockdown als Präventivmaßnahme gefehlt hätte. Der österreichische Weg war also, Maßnahmen erst dann zu setzen, wenn es bereits zu spät war.

Zweiter Lockdown: 26. Dezember 2020 bis 7. Februar 2021

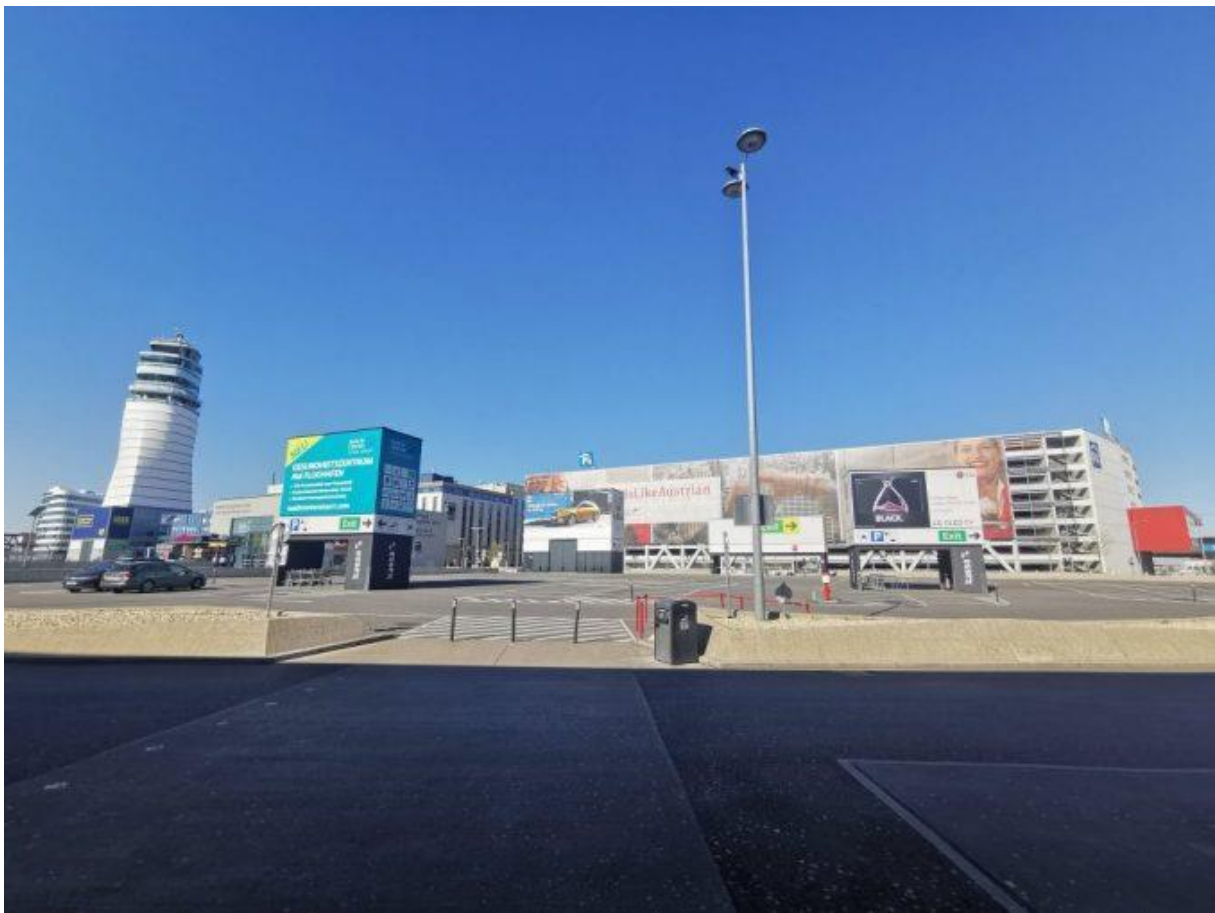
In meiner eigenen Statistik wird er als Fortsetzung des zweiten Lockdowns geführt, weil er die zweite Welle betrifft (und bis dahin mehrheitlich noch den Wildtyp). Wieder gab es viele Ausnahmen, darunter auch den Skitourismus. Schulen mussten geschlossen bleiben, aber Skifahren war erlaubt – ich denke, wenig belegte stärker den Stellenwert der Kinder und Jugendlichen in der Pandemie und darüber hinaus. Schulen waren dem Bund unterstellt, Skigebiete waren Privatwirtschaft, aber mit engen Verknüpfungen zu (schwarzen) Politikern, allen voran die mächtigen „Tiroler Adler“, deren Vertreter in einer „Im Zentrum“-Runde sogar einen strengen Lockdown gefordert hatte, um den Wintertourismus zu retten.

Ende Dezember wurde der mRNA-Impfstoff von Pfizer zugelassen. Das Bild mit der erhobenen Faust von Infektiologe Wenisch ging um die Welt. Die Regierung und ihre Experten machten der Bevölkerung Hoffnung, dass die Maßnahmen bald gelockert werden konnten, *sobald die älteren und vulnerablen Menschen geimpft sein würden.*

## 2021

Anfang Jänner sollten die Volksschulen zuerst öffnen. Das ging auf eine Initiative von Bildungsminister Faßmann und sein Berater, Kinderarzt Reinhold Kerbl zurück. Der Schlüssel zur Öffnung sollte Allerbergers Nasenabstrichtest sein, mit denen die Kinder alle zwei Tage getestet werden sollten. Nur: Allerberger hatte gelogen. Er gab eine weit höhere Sensitivität an als seine eigenen AGES-Studien belegen konnten. Vier von fünf Infektionen gingen dem Test durch die Lappen. Faßmann musste später zugeben, dass die Genauigkeit der Tests lausig war. Mit den offenen Volksschulen ging die Durchseuchung der Kinder weiter.

Die Impfkampagne lief anfangs schleppend an – es gab zu wenig Impfstoff und ältere und Hochrisikopersonen wurden priorisiert. Die Sektkorken bei den Landes- und Bundesregierungen knallten längst schon, als die Alpha-Variante (B.1.1.7) bekannt wurde, eine neue Virusvariante aus Großbritannien, die sich später als ansteckender und auch etwas pathogener herausstellte. Mit Alpha wurde dann auch begründet, die Abstandsregeln von einem auf zwei Meter zu erhöhen und FFP2-Masken zu tragen. Aus virologischer Sicht war das Bullshit – Aerosol-Übertragung hätte *schon immer* größere Abstände und bessere Masken verlangt. Heute schmunzeln viele über den Babyelefanten, aber wenn man den Drogen-Podcast verfolgt hatte, war es spätestens ab April, Mai nurmehr peinlich. Der wahre Grund für den Abstandsmeter war, in den Lokalen und Geschäften mehr Kunden pro Verkaufsfläche zulassen zu können.



Februar 2021: Ankunftsbereich am Flughafen Wien

Am **17. Jänner 2021** sah es kurzzeitig nach einer Kehrtwende der Pandemiestrategie aus („No Covid“)

„*Erstmals ist davon die Rede, dass die Inzidenz „deutlich unter 50“ gesenkt werden müsse.*“ ([Christian Nusser 2021](#))

Bei der anschließenden Pressekonferenz wurde verkündet, dass man bis 8. Februar 2021 eine Inzidenz von 50 annähernd erreichen wollte, bevor geöffnet wird. Zu diesem Zeitpunkt lag die Inzidenz bei 130.

„*Wir gehen ins Risiko.*“ (Bürgermeister Ludwig, SPÖ, 01. Februar 2021)



Am **1. Februar** wurden erste Öffnungsschritte verkündet, mit der gleichzeitigen Warnung, dass „*ab einer Inzidenz von 200 eine massive Alarmstimmung gegeben sei*“, bei einem 7-Tages-Wert von 200 in einem Bundesland würden die Alarmglocken schrillen. Am **8. Februar** wurde dann bei einer Inzidenz von 104 geöffnet. Am **26. Februar** behauptete Gesundheitsminister Anschober im Ö1-Mittagsjournal, dass Österreich noch „ein gehöriges Stück weit weg“ von einer Inzidenz von 200 sein würde. Am **01. März** wurden weitere Lockerungen angekündigt. Der Schwellenwert lag in den Bundesländern jetzt bei 400. Am **3. März** wurde bundesweit eine 7-Tages-Inzidenz von 169 erreicht. Die Zielinzidenzen wurden dem Erwartungsdruck der Wirtschaft angepasst (PLURV: „Torpfofen verschieben“).

In Tirol breitete sich schon ab Jänner eine Kombination aus Alpha und der Fluchtmutation E484K aus, die deutlich schwerere Krankheitsverläufe zur Folge hatte. Sie ähnelte damit der Beta-Variante, die ebenfalls E484K enthielt, und ebenfalls vermehrt in Tirol aufgetreten ist. Die Virologin Dorothee von Laer forderte am **3. Februar** einen tirolweiten Lockdown für einen Monat und erntete dafür einen Shitstorm und Drohungen, was sie veranlasste, nurmehr mit Perücke außer Haus zu gehen und schließlich ins Burgenland zu übersiedeln. Stattdessen entschied man sich für eine **Ringimpfung** im Bezirk Schwaz Mitte März und Mitte April und konnte somit die Variante erfolgreich eindämmen. Es handelte sich entgegen öffentlicher Aussagen aber nicht um ein zusätzliches Kontingent an Impfdosen, sondern sie wurden aus der EU-Bestellung vorgezogen.

Im März wurde das Zusatzkriterium Intensivstationen im Epidemiegesetz auch offiziell zum Hauptkriterium erklärt und damit der Fehler, grundsätzlich zu spät zu reagieren, einzementiert. Gesundheitsstadtrat von Wien, Peter Hacker, nährte die Hoffnung auf die Schanigarten-Öffnung ab Ende März.

Im Spätwinter 2021 kamen auch erstmals die „Wohnzimmertests“ zum Einsatz, Schnelltests (Antigentests) für zuhause, die später als Eintrittstests zweckentfremdet wurden, dabei waren sie nur zuverlässig bei positiven Ergebnissen und nicht zum Ausschluss einer Infektion.

Am **ersten März** wurden weitere Lockerungen verkündet, wenngleich Kurz auf einer Pressekonferenz zugab, dass Kinder und Jugendliche derzeit die höchsten Ansteckungszahlen aufwiesen. Die „*Modellregion*“ Vorarlberg lockerte in die Alpha-Welle hinein, dort stiegen die Infektionszahlen noch wochenlang deutlich an.

Im Laufe des März wurde immer deutlicher, dass die Alpha-Variante sich rasch ausbreitete und dabei zu schwereren Verläufen auch bei jüngeren Menschen führte. Klimek warnte vor weiteren Lockerungsdiskussionen, während die Kapazitäten auf den Intensivstationen bereits am Anschlag waren. Anschober verhandelte mit den Landeshauptleuten von Wien, Niederösterreich und dem Burgenland, um einen neuerlichen Lockdown durchzusetzen.

Dritter Lockdown: 1. April bis 2. Mai 2021

Gesundheits- und Sozialminister Anschober erlitt die Quittung für die durchgehend hohe Belastung und kam wegen Überlastungssymptome ins Spital. Selbst dort wurde er noch von Bundeskanzler Kurz attackiert. Am 13. April trat Anschober zurück und machte Platz für den TCM-praktizierenden Allgemeinarzt Wolfgang Mückstein, der vom politischen Geschäft von Beginn an überfordert war.

Der dritte Lockdown fand nur in Wien und Niederösterreich in voller Länge statt. Das Burgenland öffnete bereits ab 18. April. In den anderen Bundesländern blieb man bei

sogenannten **Ausreisetests**, also Schnelltests, wenn man einen Bezirk mit Hochinzidenz verlassen wollte.



Anzahl der Intensivpatienten (**blau**) und Kapazität freier Betten laut AGES-Dashboard (**grau**), farbig unterlegt das Systemrisiko laut Coronakommission (kritisch ab 33%, [Kritik von Epidemiologe Zangerle](#)), [Quelle](#)

Ludwigs „*Wir gehen ins Risiko*“ vom 1. Februar 2021 sollte letztendlich Menschenleben kosten. Die Überlastung der Wiener Spitalsbetten ging in den roten Bereich, es kam zu Triage-Situationen. Der „strenge Wienerweg“ hatte Risse bekommen. Der Schlandrian machte sich auch bei den schleppenden Impfbemühungen bemerkbar. Die Impfquote bei der älteren Bevölkerung stieg zu langsam, um eine weitere Infektionswelle entscheidend abzumildern.

Im März und April rollte Wien das „Allesgurgelt“-PCR-System von den Schulen auf die ganze Stadtbevölkerung auf. Gratis PCR-Tests zum Gurgeln und Spülen, das war nicht nur niederschwellig, sondern auch für Personen wie mich geeignet, die beim Rachenabstrich einen kaum aushaltbaren Würgereiz bekamen. Ein berechtigter Vorwurf lautete aber, dass in Wien Sekundärinfektionen zwar sehr gut dokumentiert wurden, aber Indexfälle trotzdem nicht vermieden wurden. Zudem waren die Tests überwiegend auf freiwilliger Basis, bis auf bestimmte Zugangstests, sodass die Coronaleugner damit nicht erreicht wurden. Als das Testsystem 2022 und 2023 unter Gesundheitsminister Rauch zunehmend filetiert wurde, testeten sich zunehmend nurmehr jene, die ohnehin weiterhin sehr vorsichtig waren (Selection Bias).

Die sogenannte „Oster-Ruhe“ war erfolgreich, aber wiederholt beging man den Fehler, an einem fixen Tag zu öffnen statt zu warten, bis eine Inzidenzschwelle unterschritten war („Get-There-Itis“). Der Hauptgrund für den Inzidenzrückgang in ganz Österreich war nun die **Impfkampagne**, denn die beiden Wildtyp-Impfdosen wirkten auch gegen die Alpha-Welle weiterhin sehr gut, es gab entgegen späteren Narrativen einen hohen Übertragungsschutz.

## Bunt gemischte Viruspopulation

Laut dem Berliner lasse sich anhand der sehr kleinen verfügbaren Datenbasis schließen, dass die Mutante nicht allein die heftige Infektionswelle in dem Land verursache. "Das ist mehr eine bunt gemischte Viruspopulation", sagte Drosten im NDR-Podcast "Coronavirus-Update". So sei die ebenfalls ansteckendere Variante B.1.1.7, also die britische Virusvariante, in Indien ebenfalls sehr stark vertreten.

Hinzu komme laut Drosten, dass die Herdenimmunität in Indien laut Studien noch nicht erreicht gewesen sei. So werde nun ein Teil der Bevölkerung durchseucht, der bereits anfangs, seine Immunität aus den ersten Wellen zu verlieren. Gleichzeitig sei die indische Mutation etwas verbreitungsfähiger und robuster gegen die Immunität. Hierbei spricht man von sogenanntem Immun-Escape. Dies sei aber "nichts, das einen wirklich groß beunruhigt".

Schlecht gealtert: Drostens frühe Einschätzung der Gefährlichkeit durch die Delta-Variante ([Kurier, 28.04.21](#))

Im Frühling tauchte in Indien die Delta-Variante auf – sie hatte eine 1000x höhere Viruslast als der Wildtyp, war deutlich ansteckender und konnte die Immunantwort besser umgehen. Zwei entscheidende Fluchtmutationen waren L452R und E484Q. Reinfektionen häuften sich erstmals und auch zweifach Geimpfte konnten sich infizieren und ordentlich krank werden, wenn auch meist ohne Hospitalisierung. Sie konnten aber auch wieder ansteckend sein und damit reichten zwei Impfdosen nicht mehr für eine solide Grundimmunisierung aus. Am **30. April** wurde der erste Verdachtsfall mit der „Indischen Variante“ in der Stadt Salzburg gemeldet.

Im folgenden Sommer sind mehrere gravierende Fehler passiert, die allesamt mitverantwortlich dafür waren, dass im Herbst 2021 wieder viele Menschen verstorben und chronisch erkrankt sind. Der Lockdown war die Folge dieses Clusterfucks.

Es begann damit, dass man im Juni die PCR-Kapazitäten außerhalb von Wien zurückgefahren hat und auf die weniger sensitiven Schnelltests umstieg. Vom 11. Juni bis 11. Juli fand dann die nachgeholten Europameisterschaft statt. Mehrere Studien konnten inzwischen belegen, dass die Delta-Variante durch diese Großveranstaltungen an Fahrt aufgenommen hat – die EM 2021 hat rund 840 000 zusätzliche Infektionen verursacht ([Dehning et al. 2023](#)), die meisten Ansteckungen gab es am Tag des Finalspiels ([Kendall et al. 2024](#)).

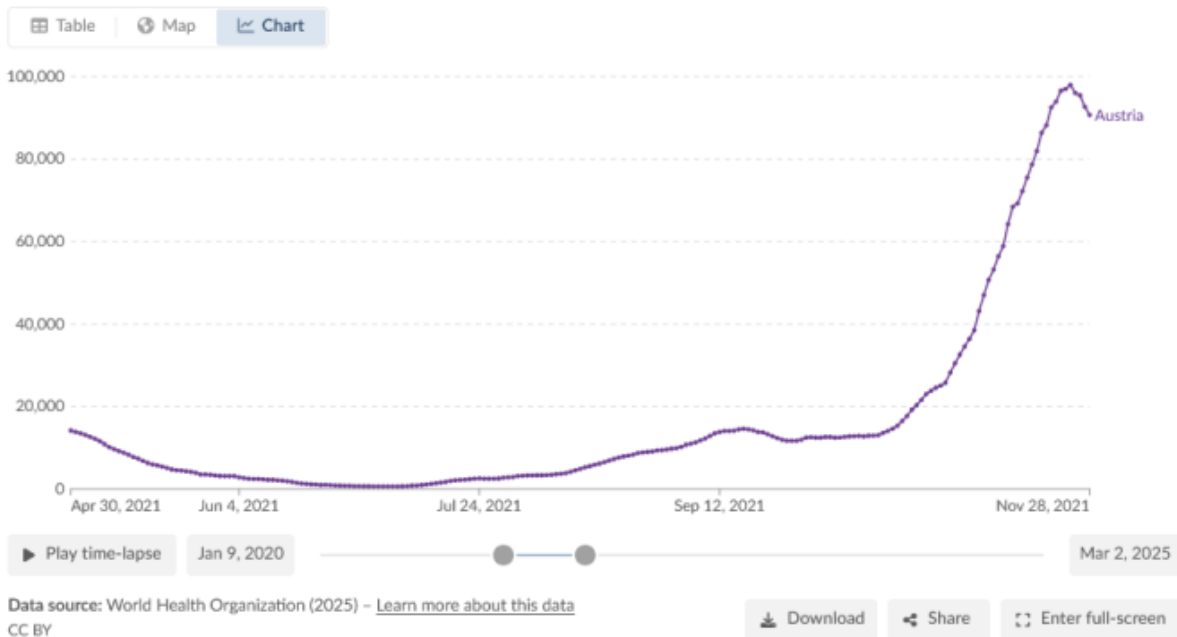
Für Juli wurden massive Lockerungen angekündigt. Die 3G-Regeln wurden eingeführt („geimpft“, „genesen“, „getestet“). Die Regierung verkündete vollmundig, dass die *Pandemie für Geimpfte vorbei* sein würde. Ihre wissenschaftlichen Berater haben offenbar geschlafen und die Ausbreitung der Delta-Welle unterschätzt. Delta konnte wie gesagt die Immunität durch Erstinfektion und zweifacher Impfung unterlaufen. Geimpfte und Genese wurden so wieder zum Teil des Infektionsgeschehens. Als „getestet“ galt man auch mit einem negativen Schnelltest, der aber keine Aussagekraft über infiziert ja/nein hatte. Bereits 24 Stunden nach einem negativen PCR-Test konnte man mit Delta ansteckend sein. Kinder waren von den 3G-Regeln teilweise ausgenommen worden und konnten somit als Überträger fungieren.

Das Aufkommen neuer Varianten interessierte damals weder die Bundesregierung, die ihnen unterstellte AGES noch die Opposition, geschweige denn den Großteil der Medien. Im Fokus lag damals die Chat-Affäre von Kanzler Kurz. Im Sommer blieb die Impfkampagne im Kanzleramt liegen. Experten warnten davor, dass die Impfrate im Herbst zu gering war, um eine weitere Welle zu verhindern. Währenddessen kündigten Tourismusministerin Köstinger (ÖVP) und Gesundheitsminister Mückstein einen „*Sommer der Lebensfreude*“ an. Ich besuchte Ende Juni den Grünen See am Hochschwab, der damals touristisch völlig überlaufen war. Das Hotelpersonal sagte mir mehrmals, dass ich meine Maske absetzen könnte, was ich aber ignorierte. Etwa ab Anfang Juli stiegen die Fallzahlen wieder kontinuierlich an. In Israel hatten Forscher bereits erkannt, dass man gegen Delta **drei Impfdosen** brauchte, um den hohen Erkrankungs- und Infektionsschutz wiederherzustellen.

Im Sommer gab die Bundesregierung der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) den [Auftrag](#) zu modellieren, wie viele Infektionen zugelassen werden konnten, bis die Spitäler kollabierten. Damals errechnete man eine Zahl von 10 900 Neuinfektionen pro Tag, bei der die Grenze von 33% Auslastung (da befand man sich in Wahrheit schon längst in der vollen Triage) erreicht werden sollte – bereits bei wenigen Wochen 1500-2000 Neuinfektionen pro Tag würden 10% Auslastung erreicht (= Regelversorgung eingeschränkt). Hintergrund für diese Berechnungen war die Annahme, dass jüngere Menschen seltener schwer erkranken und somit in dieser Alterskohorte eine höhere Durchseuchungsrate zugelassen werden konnte. Nun kann man diese Frage wohlwollend oder skrupellos interpretieren: Wollte man warten, bis die Auslastungsgrenze erreicht war, bis man die Interventionsmaßnahmen wieder verschärfte, oder wollte man Interventionsmaßnahmen verschärfen, bevor die Auslastungsgrenze erreicht wird?

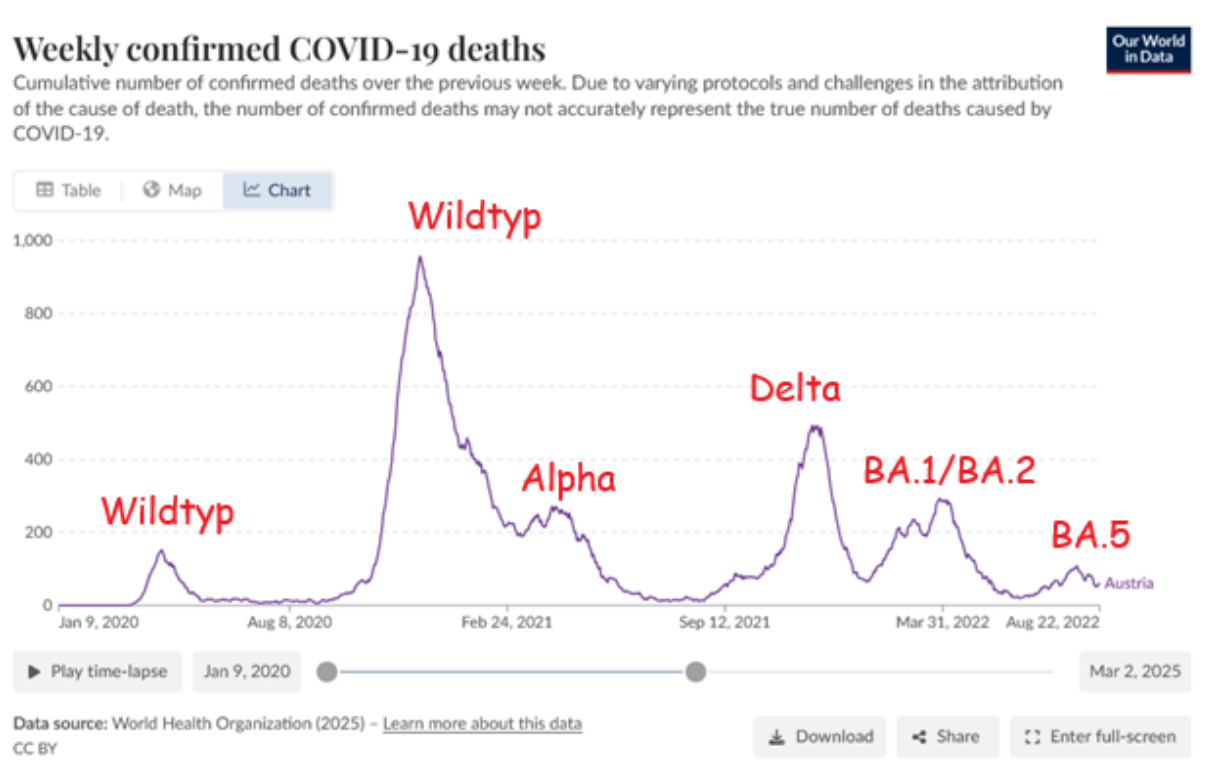
### Weekly confirmed COVID-19 cases

Cumulative number of confirmed cases of COVID-19 over the previous week.



Am **17. September** wurde klar, dass ersteres der Fall war. Der Stufenplan für die Schulen wurde [entscheidend](#) geändert: Schulmaßnahmen wie FFP2-Maske im Unterricht wurden nun an die Auslastung der Intensivbetten gekoppelt. Das hatte zur Folge, dass erst mit dem Erreichen der Auslastung der Spitäler die Durchseuchung der Kinder und Jugendlichen gestoppt wurde. Die Entscheidung fiel just auf den Höhepunkt des primären Peaks der Delta-

Welle (siehe Grafik), diesen Höcker sollten wir jeden Spätsommer sehen – wahrscheinlich auf den Höhepunkt der Reiserückkehrerwelle zurückzuführen. Danach setzte aber verzögert erst das Infektionsgeschehen durch die Virendrehscheibe Schulen und Kindergärten ein – nun mit einer hochansteckenden Variante.



Bin nur ich das, oder ist diese Strategie an Zynismus nicht zu überbieten gewesen? Kinder und Jugendliche wurden bewusst als Überträger herangezogen, um gemeinsam mit den Geimpften im Herbst Herdenimmunität zu erreichen. Dabei wurde übersehen, dass die Impfquote nicht ausreichte, um eine Überlastung der Spitäler zu verhindern. Viele, auch zuvor gesunde Kinder sind am schweren Multientzündungssyndrom MISC erkrankt (Auslöser ist eine Reaktivierung des Epstein-Barr-Virus, ähnlich wie bei manchen Erwachsenen bei Longcovid, [Goetzke et al. 2025](#)). Zudem war die Delta-Welle höchstwahrscheinlich der Auslöser für schwere Hepatitis-Erkrankungen bei Kindern ([Li et al. 2023](#)), mehrere brauchten eine Lebertransplantation. Über die Kinder gelangte das Virus in die Haushalte, sorgte für schwere Verläufe, Tod und Longcovid bei Angehörigen.

Am **26. September** erreichte die Impfgegnerpartei MFG in Oberösterreich aus dem Stand heraus 6%, was alle Parteien zu noch mehr Feigheit veranlasste, Maßnahmen zu fordern, aus Angst davor, ihre Wähler zu verprellen. Die NEOS und Virologin von Laer forderten weitere 10% Erhöhung der Impfquote mit Vorbild Dänemark (75%). Dort hatte man aber zu früh gelockert – die Inzidenzen stiegen um 40% an.

Am **9. Oktober** trat Bundeskanzler Kurz wegen der Chat-Affäre zurück und Alexander Schallenberg (ÖVP) wurde Interims-Bundeskanzler. Der Skandal verstellte noch für viele Wochen und Monate den Blick auf die Pandemiebekämpfung.

Am **8. November** redete Politikberater Thomas Hofer Klartext: Die Regierung habe bewusst die Unwahrheit gesagt. „*Schon zu Beginn des Sommers war klar, dass mit Ende November mit einer Vollausslastung der Intensivstationen zu rechnen ist.*“ ([Puls24](#)) Sogenannte



Wächterschulen hätten als Frühwarnsystem dienen sollen, das Alarmsystem war aber ausgeschaltet ([Recherche von Semiosis](#)).

Am **12. November** wurde die Impfung für Kinder unter 12 Jahren offiziell zugelassen. Im Zuge der Pressekonferenz sprach Mückstein erstmals über das Longcovid-Risiko bei Kindern, was wohl als Versuch gedacht war, die Impfraten zu steigern. Die Wiener Stadtregierung hatte die Impfung angesichts der steigenden Infektionszahlen bereits Wochen zuvor offlabel freigegeben. Eine große Impfkampagne in den Schulen blieb aber aus und die Impfraten bei Kindern blieben ewig niedrig. Dass einzelne Kinder schwer erkrankten, wurde in Kauf genommen – die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen sollte nicht (mehr) mit Maske tragen und Kontaktbeschränkungen belastet werden. Was hätten sich die Kinder und Jugendlichen selbst gewünscht? Wie hätten sie mit vorerkrankten MitschülerInnen umgehen wollen? Wir werden es nie erfahren.

## Vierter Lockdown

Mit dem Narrativ „*Pandemie für Geimpfte vorbei*“ war man in den Sommer hineingegangen. Mit dem Narrativ „*Pandemie der Ungeimpften*“ kam man in die Delta-Welle hinein. Was richtig war: In den Spitälern lagen nun mehrheitlich Ungeimpfte. Coronaleugner deuteten die Fakten um, es würden mehrheitlich Geimpfte darin liegen. Militante Coronaleugner stürmten die Spitäler, um ihr Narrativ bestätigt zu sehen. Zwar strengte sich die Bundesregierung für eine neuerliche Impfkampagne an, die eine dritte Impfdosis zum Abschluss der Grundimmunisierung vorsah, aber die 35% Ungeimpften erreichte man damit natürlich nicht mehr. Es war also folgerichtig, dass ein Lockdown unvermeidbar war. Die Regierung hatte ihre ganze Strategie darauf aufgesetzt, dass die Pandemie mit der Impfung vorbei war. Escape-Varianten kamen in dieser Strategie nicht vor. Deswegen musste man zuerst den **Lockdown für Ungeimpfte** verhängen, um die Geimpften nicht vor den Kopf zu stoßen. Dieser begann am **15. November**. Eine Woche später musste die Regierung nachschärfen und den Lockdown noch einmal auf die Gesamtbevölkerung ausdehnen – mit den bekannten Ausnahmeregeln bei offenen Schulen (es galt FFP2-Maskenpflicht). Volksschulkinder konnten bei Stoffmasken bleiben, die lungengängige Aerosole allerdings nicht aufhielten. Über Klein- und Volksschulkinder verbreitete sich das Virus weiter, weswegen der Lockdown nur mäßig effektiv blieb. Auch die ungeimpften Coronaleugner hielten sich natürlich am wenigsten an die Schutzmaßnahmen. Der erste Lockdown hatte die Inzidenz von 50 auf 2 gedrückt, der zweite Lockdown von 500 auf 100, der Ost-Lockdown mit Impfunterstützung von 200 auf 7 und der vierte Lockdown von 1000 auf etwa 150 – zu hoch für eine Entspannung der Lage.

Der Lockdown für alle dauerte vom **22. November bis 11. Dezember**, der Lockdown für Ungeimpfte von **15. November bis 31. Jänner**. Ich habe kein schlechtes Gewissen, denn ich hab den Lockdown für Ungeimpfte immer kritisch gesehen ([siehe Blogtext vom 12. November 2021](#)). Auch viele Geimpfte fühlte sich durch den Lockdown betrogen. Sie hatten bis dahin alle Maßnahmen mitgetragen, waren drei Mal geimpft und mussten sich erneut einschränken. Der Solidaritätsgedanke aus der ersten Welle hatte spürbare Risse bekommen.

Etwa Mitte November begannen die öffentlichen Überlegungen für eine **geplante Impfpflicht**, zunächst nur für Medizinberufe, später für die Gesamtbevölkerung. Für die FPÖ, die MFG, die rechtsextremistische „Grünen gegen die Impfung“ und andere Impfgegner- und Coronaleugnergruppen war diese „Drohung“ Wasser auf den Mühlen. Experten warnten auch hier vor einer möglichen Spaltung der Gesellschaft. Impfraten über Aufklärung und Kampagnen erhöhen sollte Priorität haben. Die Bundesregierung dachte, nur mit einer

höheren Impfquote weitere Lockdowns verhindern zu können – als *ultima ratio* eben über die Pflicht.

## Omicron

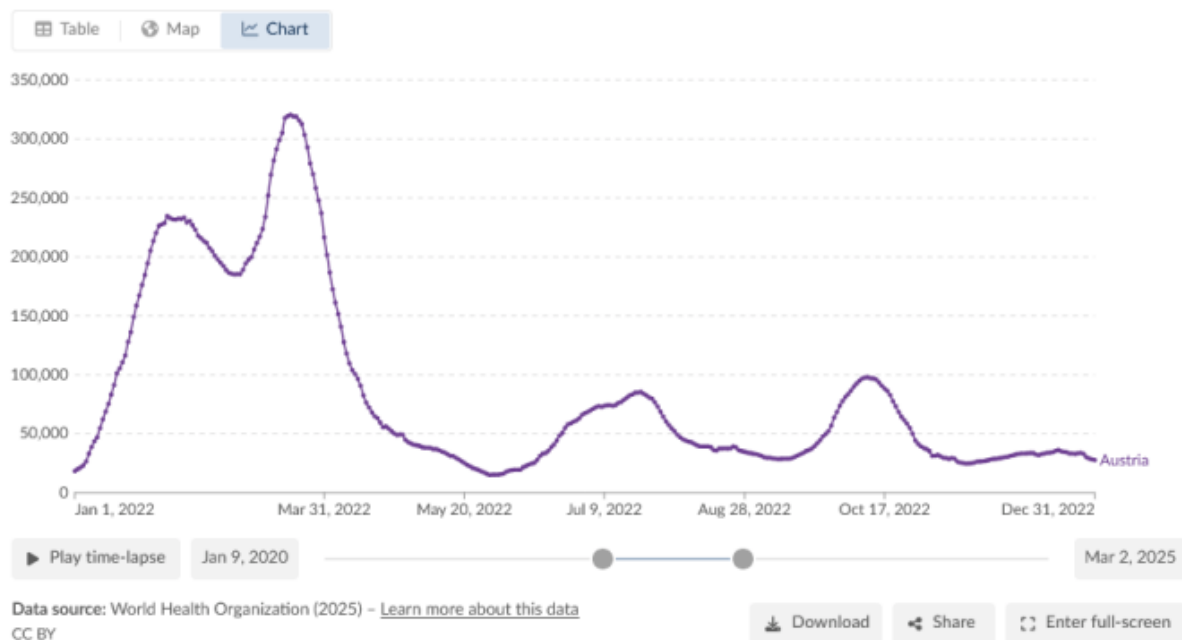
Am **21. November** [warnte](#) Ravi Gupta, Professor für klinische Mikrobiologie an der Universität Cambridge vor dem plötzlichen Auftauchen eines komplett neuen Virusstrangs, der Übertragbarkeit, Virulenz oder Immunfluchteigenschaften entscheidend verändern könnte. Er sei sich zu 80% sicher, dass Delta nicht die letzte Supervariante war. Drei Tage später war es soweit:

Am **24. November** erschien im „The Guardian“ [ein Artikel](#) über eine neue B.1.1.529-Variante, die erstmals in Botswana entdeckt wurde. Sie besaß 32 Mutationen im Spike-Protein, unterschied sich also deutlich von allen vorherigen Varianten. Virologen wie Krammer oder Drosten sprachen später von einem neuen Serotyp. Er konnte der bisher aufgebauten Immunantwort durch Infektion oder Impfung effektiv entkommen. Die Reinfektionsrate stieg von rund 20 auf über 80% an. Ich hab Omicron erstmals am 28. November [in meinem Blog erwähnt](#). Bis Omicron im Bewusstsein der Entscheidungsträger ankam, sollte es aber noch ein paar Wochen dauern. Am **25. Dezember** gab es den berühmten Ausspruch von Infektiologe Wenisch: „*Omicron ist ein Weihnachtsgeschenk*„. Er war davon überzeugt, dass ein leichter übertragbares Virus weniger virulent sein würde. Wenisch hat seine Aussage ein paar Monate später teilweise bereut.

## 2022

### Weekly confirmed COVID-19 cases

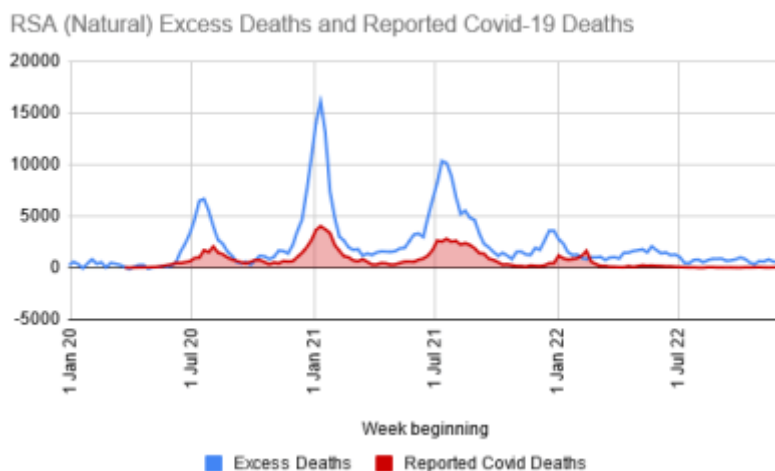
Cumulative number of confirmed cases of COVID-19 over the previous week.



Die Omicron-Wellen des Jahres 2022 in Österreich: BA.1, BA.2, zwei Mal BA.5 und eine flache Welle durch gemischte Varianten, von denen keine dominant wurde.

Die Omicron-Variante unterlief den Übertragungsschutz selbst nach drei Wildtyp-Impfungen. Darauf deuteten große Cluster bei Feierlichkeiten in Norwegen hin. Die Impfung schützte

aber weiterhin vor schweren Verläufen. Nun hätte es zwei Incentives für die Impfpflicht gegeben: Wollte man den Übertragungsschutz innerhalb der Bevölkerung erhöhen (= Inzidenzen runter, exponentielles Wachstum, das außer Kontrolle gerät verhindern), dann war die Impfpflicht nun zahlos geworden. Wollte man schwere Verläufe verhindern und damit die Überlastung der Spitäler, hätte die Impfpflicht weiterhin einen Nutzen gehabt.



Quelle: [samrc.ac.za, weekly](https://samrc.ac.za/weekly)

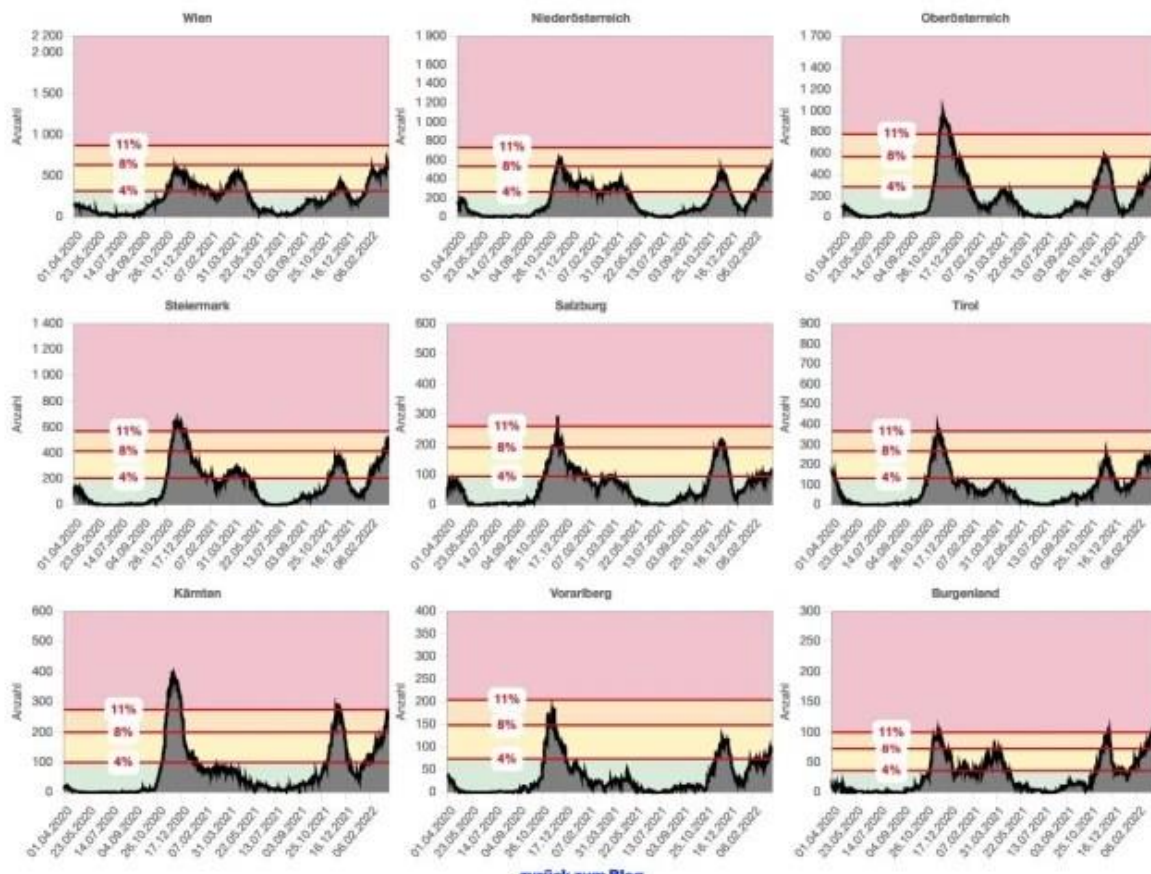
#### deaths in South Africa

Erste Daten aus Südafrika zeigten aber deutlich weniger schwere Verläufe. Das war aber ein Trugschluss: Die Bevölkerung ist deutlich jünger als in Europa, das Risiko schwerer Verläufe grundsätzlich niedriger bei gesunden Menschen. Zudem hatte Südafrika bis zum Auftreten der Omicron-Variante mehrere tödliche Infektionswellen mit hoher Übersterblichkeit gehabt. Spekulativ sind viele vulnerable Personen dabei schon gestorben, weswegen die Sterblichkeitsrate mit Omicron geringer ausfiel. Tatsächlich war Omicron in der Tat weniger lungengängig als die vorherigen Varianten und befiel stärker die oberen Atemwege, wodurch es sich leichter verbreiten konnte. Um zum Schluss zu kommen, dass die Variante damit für alle milder war, hätte man aber Monate warten müssen, um Longcovid zu berücksichtigen – ein Umstand, der in der gesamten Pandemie nie passiert ist.

Mit dem Eindruck einer vermeintlich harmloseren, aber weit ansteckenderen Virusvariante starteten wir also ins dritte Pandemiejahr. „*Das Virus kommt wie eine Wand*“ prophezeite Komplexitätsforscher Klimek und war sich zugleich sicher, dass nach einem steilen Anstieg auch wieder ein steiler Abfall kam. Er hatte die Rechnung ohne den chronisch kranken Wirt gemacht, der nicht nur „Omicron“ ausbrütete, sondern einen ganzen Variantenstrauß (BA.1 bis BA.5), sodass die Welle immer länger wurde (damals korrekt von Genetiker Ulrich Elling prognostiziert!). Ein weiterer Punkt, der übersehen wurde: Der kleine Anteil einer großen Zahl ist immer noch eine große Zahl. Selbst mit weniger schweren Verläufen steckten die Omicron-Varianten so viele Menschen in kurzer Zeit an, dass die absolute Zahl der schweren Verläufe kritische Schwellen überschritt.

## Hospitalisierung Normalbetten

Quelle: ages - CovidFallzahlen.csv



**Normalbettenbelegung seit Pandemiebeginn/1. April 2020 – im Burgenland und Wien bereits Rekordzahlen, in Niederösterreich knapp davor, eingezeichnet die Eskalation des Systemrisikos**  
 Visualisierung: Alex Brosch, Daten: AGES ([siehe Faktencheck Rauch-Interview 2022](#))

Mit anderen Worten: Infolge der umgebremsten Durchseuchung mit BA.1 und BA.2 kam es in allen Bundesländern erneut zur Einschränkung der Regelversorgung bis hin zum Notbetrieb, weil nun die Normalbetten überlastet waren. Es war aber nicht nur die schiere Anzahl der Patienten, die nun zum Problem wurde, sondern auch der Personalmangel selbst. Wie kam es dazu?

Wollte man zu Jahresbeginn noch das PCR-Gurgelsystem von Wien auf ganz Österreich ausdehnen, vollzog sich im Laufe des Jänners und Februars bereits eine Kehrtwende: Die Quarantäneregeln in Kindergärten wurden gelockert, die Maskenpflicht an den Volksschulen fiel. Die damalige Sektionsschefin für Öffentliche Gesundheit im Gesundheitsministerium, Katharina Reich, gab im Ö1-Interview offen zu, dass es zur Durchseuchung [mit Omicron] kommen würde. Ihre Berater versuchten diese der Bevölkerung als gewünscht zu verkaufen „Das ist keine Durchseuchung, sondern eine Immunisierung,,“, stellte etwa der Simulationsforscher Niki Popper klar. Im Schatten des Überfalls Russlands auf die Ukraine Ende Februar schafften zahlreiche westliche Regierungen ihre Schutzmaßnahmen ab. In Österreich war es am **5. März** soweit: Ausgerechnet am Tag mit 40 000 Neuinfektionen wurden weitreichende Lockerungen verkündet. Es war die letzte Amtshandlung von Mückstein, der danach zurücktrat.

Die Regierungsvertreter und ihre Experten ignorierten die BA.1/BA.2-Welle völlig und sprachen gebetsmühlenartig von „*wir müssen uns auf den Herbst*“ vorbereiten. Ungefähr so, wie wenn Feuerwehrleute einen brennenden Wald ignorieren und davon sprechen, genügend Löschwasser für den nächsten Brand zu speichern. Mit den offenen Schulen schritt die Durchseuchung der Kinder schnell voran. Bis dahin kam das Gesundheitspersonal dank FFP2-Maske gut durch alle Wellen – nun wurden die Väter und Mütter der Reihe nach selbst krank. Daher rührte der Personalmangel in den Spitälern. Auch in den vorherigen Wellen sind mehr Patienten auf den Normal- und nicht auf den Intensivstationen gestorben.

Die am **20. Jänner** in Kraft getretene, aber nie exekutierte Impfpflicht wurde am **09. März** ausgesetzt und am **23. Juni** wieder abgeschafft. Bis heute sollte sie die Gemüter heftig erhitzen. Viele Experten und Mediziner bereuten öffentlich ihr Inkrafttreten und führten die falschen Narrative an, um die Abschaffung zu rechtfertigen (mehr dazu im zweiten Teil der Nachbetrachtung).

Im Laufe des Mais entwickelten Wissenschaftler verschiedener Fachrichtungen das [FutureOperations-Szenarienpapiers](#), aus dem später der offizielle [Variantenmanagementplan](#) (NOCH offiziell verfügbar!) wurde. Ich habe diesen ausschweifend kritisiert ([siehe Faktencheck](#)). Mit Verweis auf das milde Omicron als *best case scenario* hat man im Laufe des Jahres die Testsysteme, Quarantäne, Contact Tracing, Maskenpflicht in öffentlichen Verkehrsmitteln weitgehend eingestellt. Die Pandemie sollte nun **politisch beendet** werden und der neue Gesundheitsminister und Berufspolitiker Rauch war dafür der geeignete Feuerlöscher.

*„Ja, die psychische Situation von Kindern und Jugendlichen ist schlecht. Und ja, die Versorgungssituation kann man in weiten Teilen des Landes nur mehr als erbärmlich bezeichnen. Aber das alles auf Corona zu schieben, ist ein Versuch, jahrelanges Ignorieren der Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen in Österreich zu verschleiern.“* ([Kritik der Ärztekammer Wien an Äußerungen von Rauch über Kinder](#), 23.07.22)

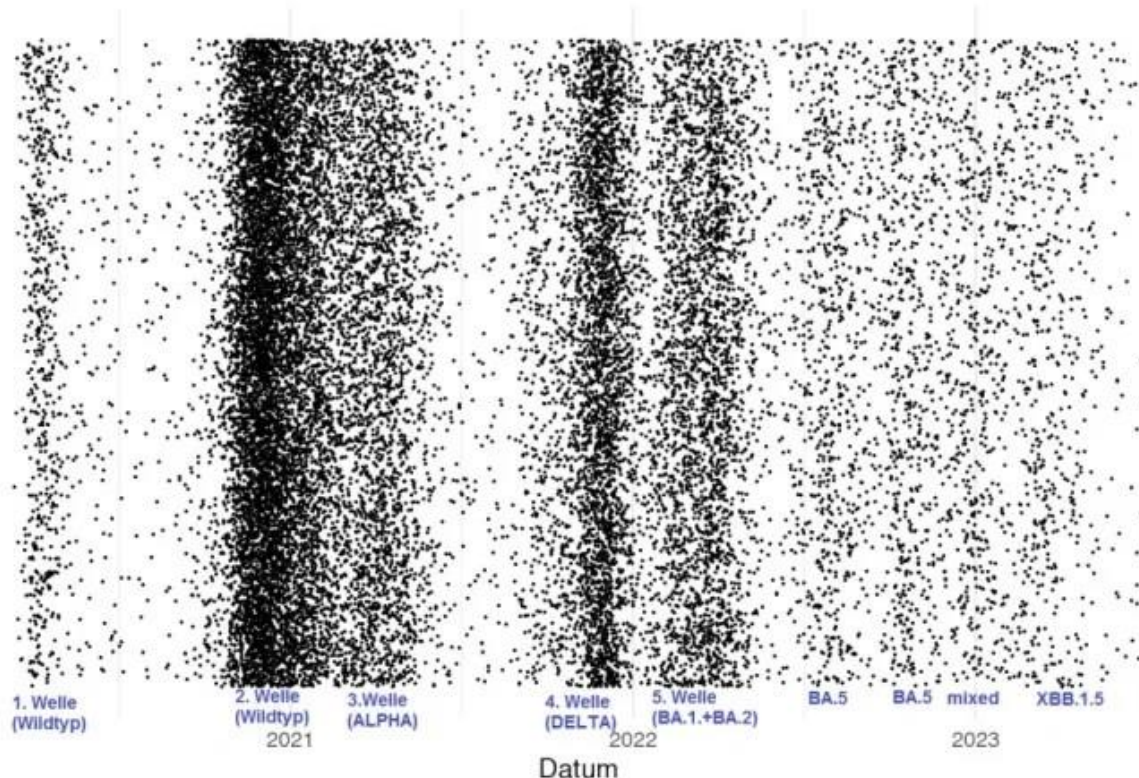
Rauch vollzog etwa um den Jahreswechsel herum eine Kehrtwende seiner bis dahin vorsichtigen Sichtweise und kündigte Ende Jänner [auf seinem persönlichen Blog](#) bereits das Programm an, das er später als Gesundheitsminister durchzog. Darin sprach er von den Masken als demokratische Zumutung und der Rückkehr in den Normalbetrieb ([Porträt zu Johannes Rauch, 18.10.2023](#)).

Am **29. Juli** beging die Haus- und Impfärztin Lisa-Maria Kellermayr nach monatelanger Bedrohung durch Rechtsextreme Suizid. Die Regierung setzte nach kurzer heuchlerischer Betroffenheit ihren Appeasementkurs gegenüber Wissenschaftsleugnern fort.

Am **8. August** erschien eine SPIEGEL-Recherche, die hierzulande wenig Beachtung fand: Die Impfstoffhersteller hatten schon kurz nach dem Auftreten von Omicron angekündigt, dass sie innerhalb weniger Monate eine angepasste Impfung herstellen konnten. Der BA.1-Impfstoff hätte im Frühjahr im Eilverfahren zugelassen werden können. Nachdem die Intensivstationen aber nicht überlaufen waren, baten die Zulassungsbehörden in Europa (EMA) und in den USA (FDA) die Hersteller, weitere klinische Studien durchzuführen. Daher fand die Zulassung von BA.1 erst im Herbst statt, kurz darauf wurde BA.5 zugelassen. Zu diesem Zeitpunkt hatte das Virus längst neue Varianten gebildet. Wie viele Menschenleben hätten wohl gerettet werden können, wenn man im Frühjahr in allen Altersgruppen eine BA.1-Impfkampagne gefahren hätte?



Im Sommer und Herbst wütete BA.5 gleich zwei Mal, erst während den Ferien, dann mit Schulbeginn. Rauch berief sich auf die Verfassung, keine Maskenpflicht mehr einzuführen – [Rechtsprofessor Forgó sah Fake Law](#). Die Winterwelle durch SARS-CoV2 blieb aufgrund der starken Sommerwelle gering. Die Auffrischraten durch die angepassten Booster BA.1 und BA.5 blieben niedrig, die Impfbereitschaft sollte in den Folgejahren weiter abnehmen. Fatalerweise wurde auch die Influenza-Impfung kaum angenommen – die 2022/2023-Welle kam früh und heftig. Wer nicht an Covid starb, tat das zur Abwechslung an Influenza. Dabei hätte die Impfung und Maske tragen hier viel bewirkt. Weitere Landtagswahlen und die Bundespräsidentenwahl im Herbst 2022 und im Folgejahr sorgten für eine Fortsetzung des Verharmlosungskurses aller Parteien.



Todesfälle in Österreich: Jeder Punkt ist ein Todesfall auf der Zeitachse. Grafik: Erich Neuwirth (12.07.23)

Letztendlich sind im Omicron-Jahr **ähnlich viele Todesfälle** registriert worden wie 2020 durch den Wildtyp. Omicron war also mitnichten *milder* als vorhergehende Varianten. Streng genommen war Omicron eine ganze Variantenfamilie, die bis heute andauert, während es sich vorher um klar abgrenzbare Varianten ohne fittere Nachkommen gehandelt hat. Doch es waren und sind Politiker und Wissenschaftler, die ständig von Omicron sprachen (auch das fällt in den Teil 2 zur Risikokommunikation).

Im Jahr 2021 sind noch etwas mehr durch Alpha und Delta gestorben. Die Sterblichkeitsanalyse zeigt auch, dass die Fallsterblichkeit (CFR) für BA.1 am geringsten war (0,08%), dann aber wieder gestiegen ist. In der Delta-Welle lag die IFR in Österreich um 0,4% – mehr als doppelt so hoch wie in England, ein Beleg für die schlechte Impfquote in Österreich ([Riedmann et al. 2025](#))

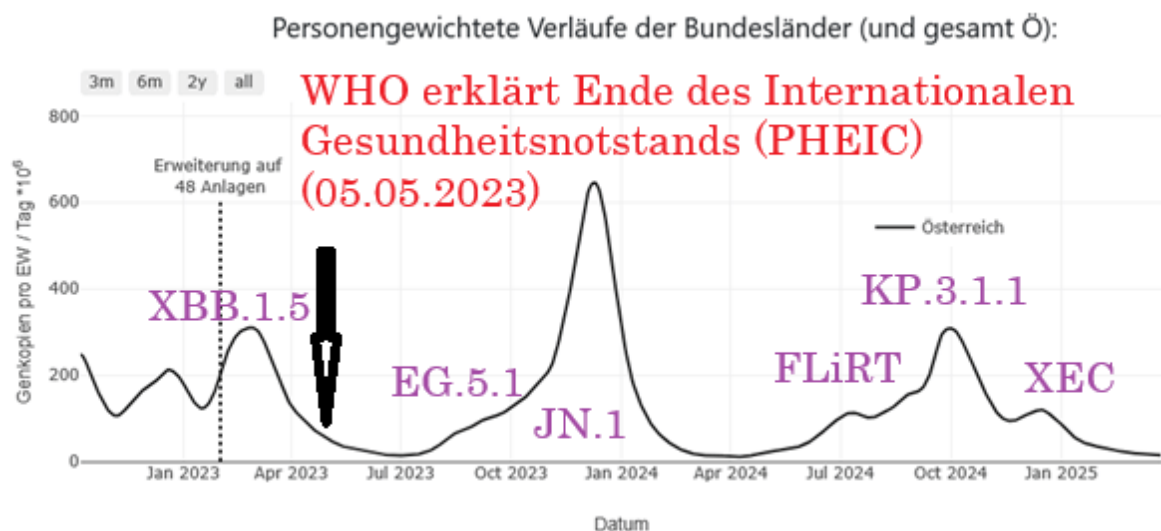
## Das Pandemieende 2023

Virologe Drosten hatte bereits im Juni 2022 das Ende der Pandemie am Horizont gesehen, musste sich aber noch einmal korrigieren. Ende Dezember verkündete er erneut das Ende der Pandemie, korrigierte sich kurz darauf, dass man das erst nachträglich sehen könne. Es war zu spät – in Österreich brach Jubel aus unter Politiker, Journalisten und auch in staatsnahen Betrieben, die bis dahin strengere Maßnahmen als der Durchschnitt festlegten, schaffte man mit Jahresbeginn Masken- und Testpflicht ab. Wien schaffte Ende Februar die Maskenpflicht in den Öffis ab, während die XBB.1.5-Variante auf den Höhepunkt zusteuerte. Ende April fiel die Maskenpflicht im Gesundheitswesen. Für klare Empfehlungen, weiterhin Maske zu tragen konnte sich niemand durchringen. Von einem Tag auf den anderen wurde klar, dass die Bevölkerung aus Obrigkeitshörigkeit Maske getragen, aber nie den Sinn dahinter verstanden hatte. Es ging nicht nur um die Intensivstationen, sondern um Eigen- und Fremdschutz – der Person, **die am nächsten war**, etwa die schwangere Frau im Bus zu schützen, nicht die unbekannte Person aus Schasklappersdorf.

Mit Juli fiel die Meldepflicht in Österreich, während sie im Nachbarland Österreich und in anderen Ländern aufrechtblieb. Im Herbst kam die große JN.1-Welle, aber man konnte sich nicht mal zu einer offiziellen Maskenempfehlung durchringen. Kurz vor Weihnachten erschien am Höhepunkt der Infektionswelle die „Nach Corona“-Aufarbeitung des ÖAW, die von einem schwer hustenden Bundeskanzler Nehammer vorgestellt wurde.

[Den weiteren Verlauf hab ich ausführlich dokumentiert](#) – die Maßnahmen wurde weiter aufgehoben, die Pandemieaufarbeitung setzte ein und verbreitete falsche Narrative bis hin zu Geschichtsrevisionismus ([eine gute Stellungnahme dazu hat vor kurzem die Gesellschaft für Virologie verfasst](#) – man mag nicht mit allem darin übereinstimmen, aber viele Narrative werden dennoch entkräftet).

## Ist die Pandemie vorbei, und wenn ja, seit wann?



Das Virus mutiert weiter und bildet neue Infektionswellen, aber damit unterscheidet es sich nicht von anderen endemischen Viren. Der Umstand, dass es immer neue Infektionswellen gibt, spricht alleine **nicht** für eine Fortsetzung der Pandemie. Ich hab mich mit der Frage, wie eine Pandemie definiert und wann sie zu Ende ist, sehr ausführlich beschäftigt ([siehe WHO und die Pandemie 2024](#)).

Obwohl die Pandemie erst nach dem PHEIC ausgerufen wurde, wurde das Ende des PHEIC von der Mehrheit der Regierungsvertreter weltweit mit dem Ende der Pandemie gleichgesetzt. Die WHO betont bis heute, dass die Pandemie weiterhin andauert. Seit **01. Juni 2024** gibt es eine [neue Definition](#) für einen „pandemischen Notfall“. Auf SARS-CoV2 angewendet trifft allerdings nurmehr das erste Kriterium zu (geographisch weit verbreitet). Pandemien gehen allerdings nicht nur medizinisch, sondern auch sozial oder gesellschaftlich zu Ende. Das bedeutet leider nicht, dass sie mit Vernunft und Lernbereitschaft zu Ende gehen, sondern dass die *Furcht vor der Krankheit* abnimmt, sie damit *leben lernen* – selbst wenn, wie wir wissen, Erkrankungsrisiken weiterhin bestehen bleiben – auch wenn sie in der Gesamtzahl abnehmen.

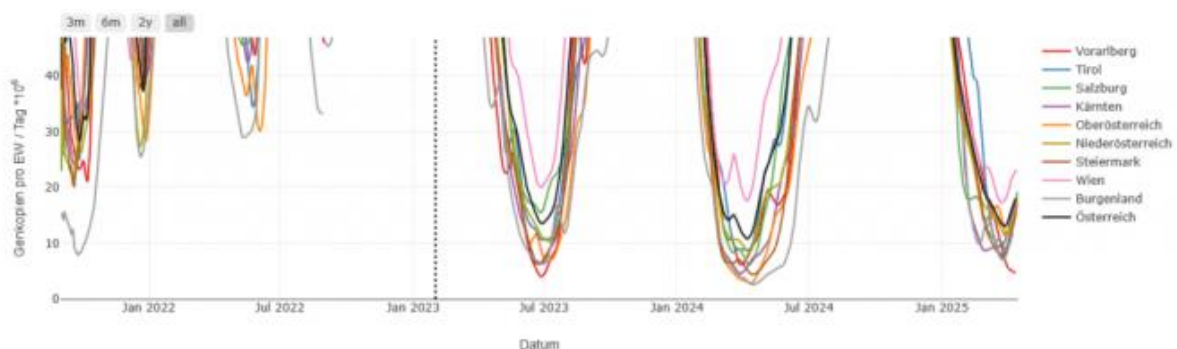
Ich kann und möchte mich dazu nicht festlegen, ab wann die Pandemie zur Endemie wurde. Zu bedenken gebe ich aber, wenn man die Aufrechterhaltung oder Forderung nach Wiedereinführung von Schutzmaßnahmen immer nur darauf aufbaut, dass einzelne WHO-FunktionärInnen sagen, wir hätten weiterhin eine Pandemie, man in Erklärungsnot kommt, wenn diese FunktionärInnen nicht mehr da sind oder plötzlich zum Schluss kommen, dass die Kriterien für eine Pandemie nicht mehr vorhanden sind. Schutzmaßnahmen wie saubere Luft im öffentlichen Raum und vor allem Masken im Gesundheitswesen oder höherer Kündigungsschutz im Krankheitsfall und telefonische Krankmeldung sind unabhängig davon sinnvoll, ob Pandemie herrscht oder nicht. Also sollte man nach Gründen suchen, diese ohne den Rückhalt der WHO zu argumentieren.

Zusammengefasst wurde die Pandemiepolitik in Österreich sehr stark von Parteipolitik, Wahlen, Interessenskonflikten und Föderalismus bestimmt. Ich habe mehrfach dazu angeregt, auch die Positionen der beteiligten WissenschaftlerInnen zu hinterfragen und nach möglichen Interessenskonflikten Ausschau zu halten. Das traf genauso auf etliche JournalistInnen zu. Österreich ist in Wahrheit ein einziger freunderlwirtschaftlicher Interessenskonflikt. Unabhängigkeit gibt es hier nicht. Die vielen (Fehl-) Entscheidungen zu hinterfragen, bedeutet, das Wesen von Österreich zu hinterfragen – damit wird man schnell zum Nestbeschmutzer. Rückblickend ist es daher viel leichter, die Schuld Einzelpersonen in die Schuhe zu schieben, und es mit den Fakten und vor allem dem damaligen Wissensstand nicht so genau zu nehmen.

Im zweiten Teil möchte ich auf die Versäumnisse in der Risikokommunikation eingehen.

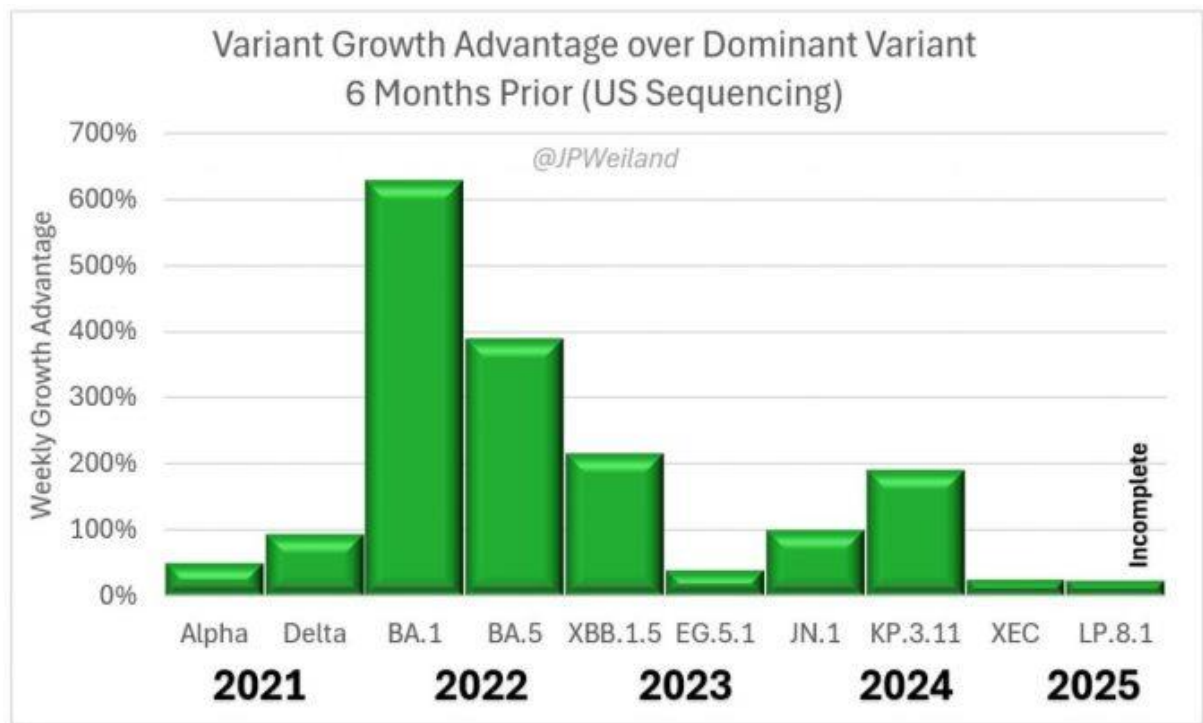
## Trendwende im Abwasser: LP.8.1.-Welle?

[April 18, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



Stand 18. April 2025 – [Abwassertrends Österreich](#)

Meine anderen Beiträge über die Pandemie stocken gerade mangels Zeit und Muße, dafür stundenlang am Computer zu recherchieren. Das wird eine Weile dauern. Daher wieder einmal zu aktuellen Themen, namentlich die [bereits am 19. März](#) prognostizierte Frühlingswelle. Die Trendwende scheint sich nun zu verfestigen. R liegt über 1, wenn auch mit großer Streubreite, aber tendenziell steigend, und bis auf Vorarlberg zeigt der Abwassertrend überall steil nach oben – aber auf niedrigem Niveau. Die aktuellen Werte sind dennoch bereits höher als die letzten Talsohlen im Frühling 2024 (nach JN.1) und im Juli 2023 (nach XBB.1.5).

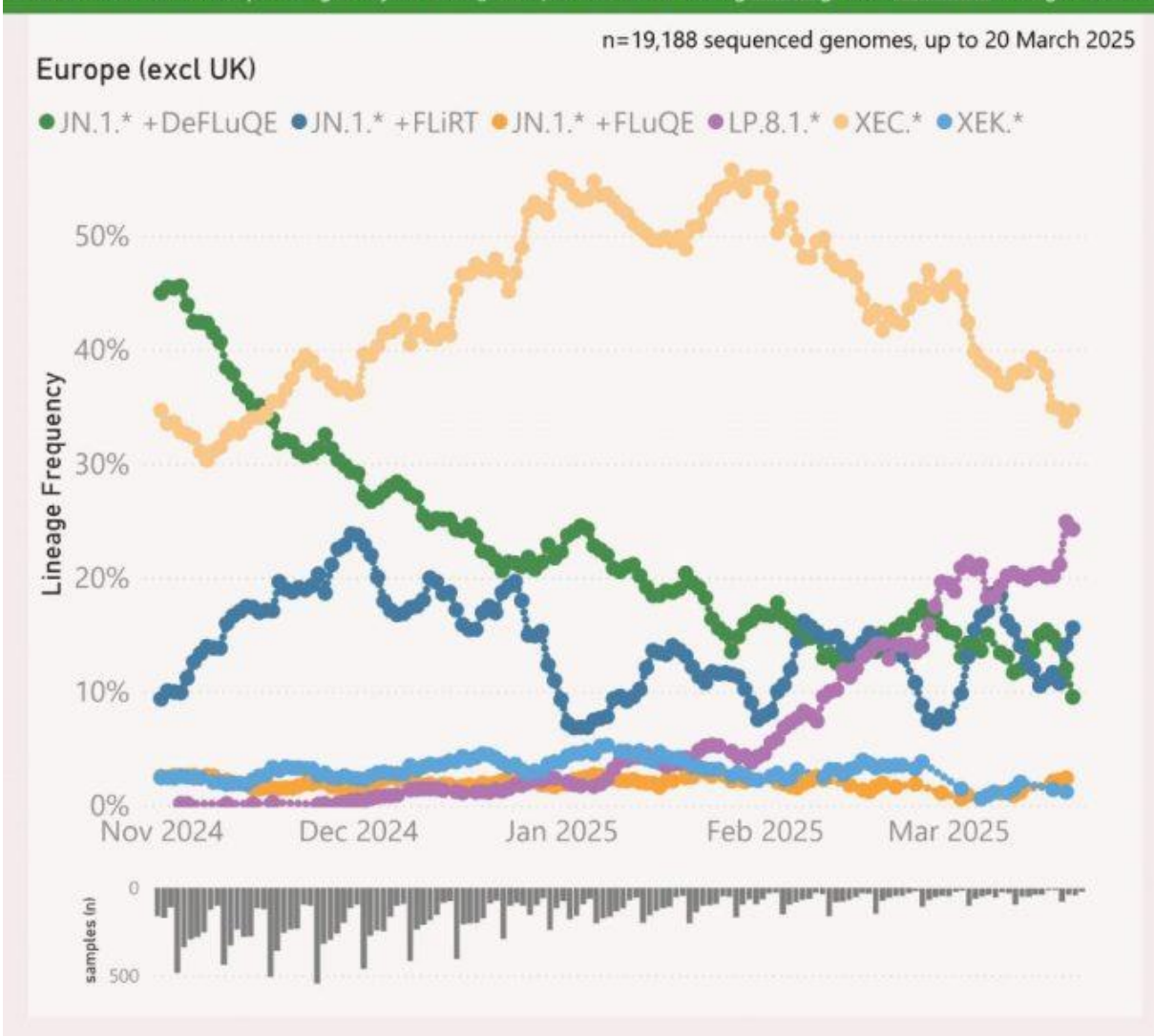


Wachstumsvorteile über Varianten, die sechs Monate davor dominant waren, Bezug: USA, Visualisierung: JP Weiland

Demnach war der letzte nennenswerte Impact durch KP.3.1.1, das gilt auch für Österreich. Auf welchen Zeitraum legt man nun das Pandemie-Ende? Aus den Wachstumsvorteilen heraus kann man es jedenfalls nicht ablesen.

**Treibende Kraft vermutlich LP.8.1.**





#### Genomsequenzanalysen für Europa (ohne UK), Stand 20. März 2025

Leider sind die „aktuellen“ Daten zu den Variantenanalysen 3-4 Wochen alt, deswegen bewege ich mich im Reich der Spekulation. Dank Variantentracker Mike Honey (Australien) wissen wir, dass LP.8.1. stetig relative Anteile gewinnt und die Rekombinanten XEC und XEK überflügelt hat. XEK wurde z.B. im März noch in Vorarlberg detektiert.

Wie bereits im früheren Beitrag geschrieben: LP.8.1. hat ähnlich viel Immun Escape wie XEC und frühere Varianten, aber erhöhte ACE2-Bindung. LP.8.1 wird also keinen neuen Pool aufmachen (keine signifikant neue Mutationen, um der Immunantwort von weiten Teilen der Bevölkerung zu entkommen), sondern den bestehenden Pool (wir) schneller leerfischen. Gegen LP.8.1. wirken die derzeit noch erhältlichen Impfstoffe (Pfizer JN.1 und KP.2, Novavax JN.1) weiterhin sehr gut, wobei ich auf KP.2 gesetzt habe, weil der KP.2-Impfstoff ebenso wie LP.8.1 die Spike-Mutation F456L enthält und noch ein Ätzerl besser wirken sollte, auch wenn man das schwer quantifizieren kann.

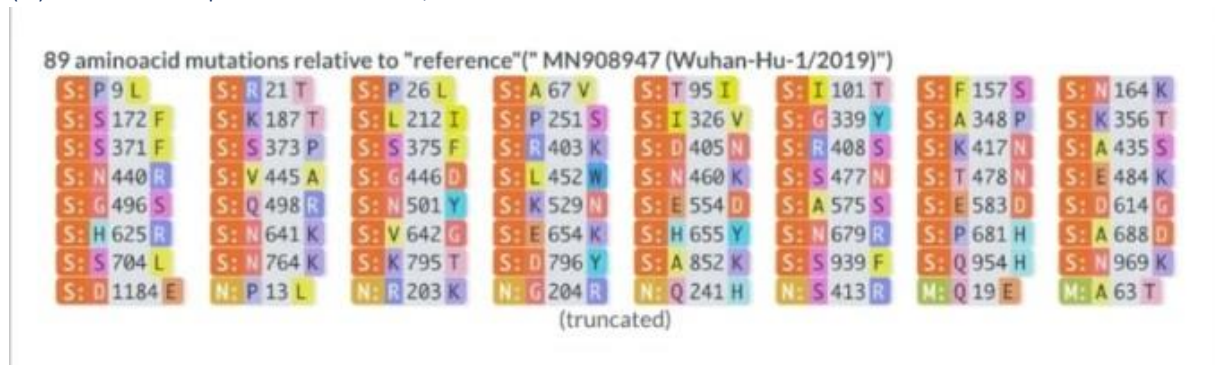
Im Sentinelsystem wird SARS-CoV2 derzeit [gar nicht mehr](#) detektiert, [insgesamt](#) ist die Influenzawelle durch, RSV weiter am Zurückgehen und dafür dominieren jetzt wieder Rhinoviren, die wahrscheinlich auch für die jüngste Zunahme an Krankenständen sind, meist aber nur Husten und Schnupfen verursachen und nach wenigen Tagen von der Akutphase her



meist ausgestanden sind. Rhinoviren sind sehr ansteckend (airborne!), es gibt über 100 Subtypen und keine anhaltende Immunität. Laut [SARI-Dashboard](#), das jetzt auch Pneumokokken-Daten enthält, lagen die letzten Wochen ein paar dutzend Patienten wegen SARS-CoV2 im Krankenhaus. Nicht sehr viele, aber daraus kann man auf ein paar hundert (eher tausend) Fälle schließen, die weiterhin zirkulieren. Das deckt sich also mit dem Abwasser-Anstieg.

## Weitere neue Varianten?

(A) BA.3.2: 41 Spike-Mutationen, 14 Aminosäure-Deletionen



Source: JP Weiland, 13.03.25

Ebenfalls kurz erwähnt hab ich im letzten Beitrag BA.3.2. Bei BA.3 handelte es sich um eine Kombination aus BA.1 und BA.2, die sich wegen schlechter ACE2-Bindung aber nicht durchsetzen konnte. Eine mutierte Variante, BA.3.2., wurde [Anfang März 2025 in Südafrika](#) entdeckt. Sie besitzt 41 Spike-Mutationen und 14 Aminosäure-Deletionen. BA.3.2 hat die N-terminale Domain neu organisiert, aber ihr fehlen 455/456-Mutationen wie die JN.1-Varianten der letzten 1,5 Jahre – die entscheidend für Immun Escape waren („neuer Pool“).

Heute, 18. April 2025, wurde ein weiterer Fall von BA.3.2. in den Niederlanden gesichtet. Sie unterscheidet sich von den bisherigen BA.3.2-Sequenzen durch eine Spike-Einfügung (Insertion) **ins214:ASDT** – im ins214-Gebiet kommt es immer wieder zu Insertionen. Hier handelt es sich um ins22204:GCTTCAGACACT.

Dabei könnte es sich laut Ryan Hisner, ohne den ich hier hoffnungslos verloren wäre, um eine Mutation handeln, die die Variante **übertragbarer** macht. BA.3.2. weist viele NTD-Deletionen auf, die man häufig bei chronischen Infektionen findet, selten aber bei zirkulierenden Varianten – möglicherweise machen sie das Virus instabiler, bevor es übertragen werden kann. Die jetzige Insertion könnte die Spike-Stabilität und Überlebensdauer in Aerosolen erhöhen ([Qing et al. 2021](#) – ich verlinke hier nur, was Hisner verlinkt). Hisner geht derzeit davon aus, dass BA.3.2. noch nicht zukunftsfit ist, aber es genügen vielleicht ein bis zwei weitere Mutationen, die die Übertragbarkeit erhöhen und es sieht ganz anders aus.

(B) BQ.1.1.1: 50 Spike-Mutationen, 70 Aminosäure Mutationen

Diese Variante ist mir leider durchgerutscht. Sie wurde [Ende Februar](#) in Kanada detektiert und besitzt eine **ins214:TQAG-Insertion**. Insgesamt sind drei Sequenzen zwischen 5. Februar und 11. März aufgetaucht, die wahrscheinlich alle vom selben chronisch infizierten Patienten stammen. Derzeit ist unbekannt, ob die Variante sich weiter verbreitet.

## My guess:

Ich würde derzeit trotz des generellen im Nebel herumstocherns davon ausgehen, dass wir in den kommenden Monaten eine kleine Frühlingswelle durch LP.8.1. erleben, evtl. auch durch Tochternvarianten (LP.8.1.1.) oder ähnlich gebauter Varianten. Das ist mit Auffrischimpfungen ganz gut bewältigbar und dank der warmen Jahreszeit kann man wieder leichter lüften und sich eher draußen aufhalten. Sollte BA.3.2. allerdings noch etwas fitter werden und abheben, hätten wir einen neuen evolutionären Sprung und bräuchten eine Anpassung der Impfstoffe. Das könnte dann knapp werden mit der Produktion bis zum Herbst, je nachdem, wann absehbar ist, ob sich BA.3.2 überhaupt durchsetzen kann.

So long ... überimpfen kann man sich kaum, saubere Luft schadet nie (Lüften, Luftreiniger). Maske, wenns eng wird oder man Symptome hat, oder man Allergiker ist und sich gegen Pollen schützen will. Aktuell ist noch wahrscheinlicher, dass es sich um eine vergleichsweise harmlose Rhinovirus-Infektion handelt. Für Kinder nicht erstrebenswert, sie können im späteren Lebensalter eher Asthma und Allergien entwickeln, für Erwachsene unangenehm, aber weit harmloser als eine echte Grippe oder RSV.

## Keine Frühlingswelle in Sicht – vorerst

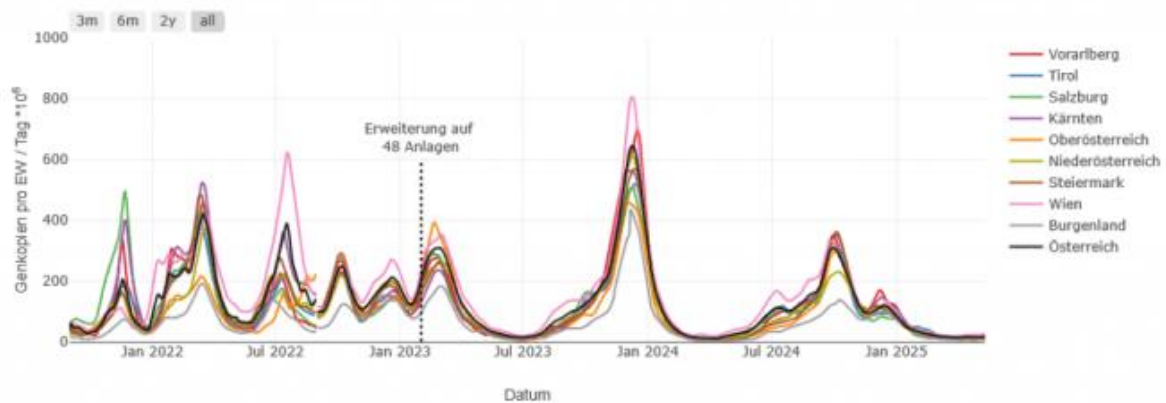
[Mai 15, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



Bild aus dem ersten Lockdown – an einem fast strahlend blauem 16. April 2020 bei der Mündung vom Wienfluss in den Donaukanal.

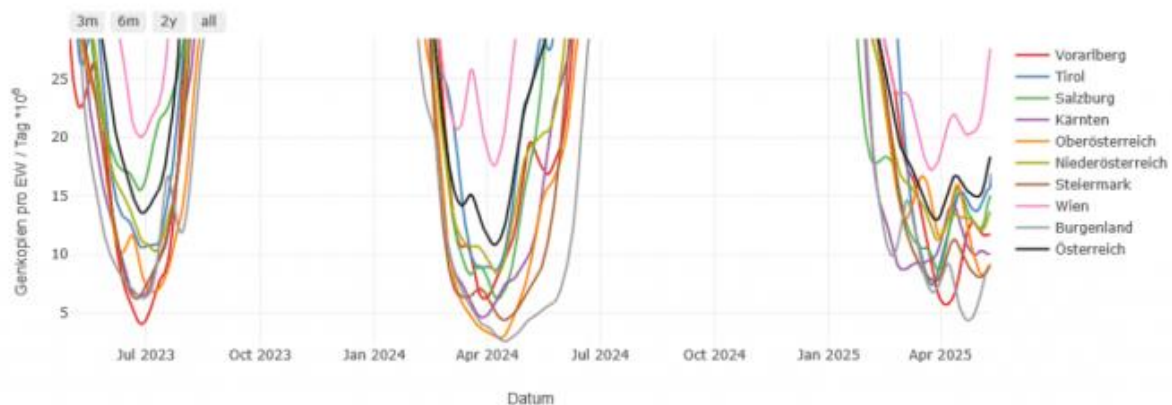
Entgegen [meiner Prognose vom April](#) ist die SARS-CoV2-Viruszirkulation weiterhin auf sehr niedrigem Niveau verblieben und damit nahe den bisherigen Niedrigstständen vom **Juli 2023** bzw. **Frühling 2024**. Offenbar hat der **Immun Escape** der neuen Virusvarianten bisher nicht ausgereicht, um einen neuen Pool an empfänglichen Personen zu generieren. Es herrscht also eine breite Bevölkerungsimmunität, die neue Infektionswellen abmildert oder gänzlich verhindert. Das wird wahrscheinlich nicht ewig so bleiben, denn das Virus mutiert weiter vor sich hin und letztendlich wird es einer neuen Virusvariante gelingen, wieder eine Infektionswelle auszulösen – ungeklärt bleibt nur: wann?

## Aktuelle Situation in Österreich



[Abwassermonitoring der Regierung](#), Stand 15. Mai 2025

Schaut man sich die letzten Jahre hochaufgelöst an, sieht man sehr wohl Wiederanstiege in den Bundesländern in den letzten Wochen, jedoch auf niedrigem Niveau (5-25 Genkopien pro Einwohner/Tag\*Mio), verglichen mit den Höchstständen (400-800 Genkopien) der letzten Jahre. Wiederanstiege bei so geringer Zirkulation können auch von lokalen Clustern stammen und dürfen nicht überwertet werden.

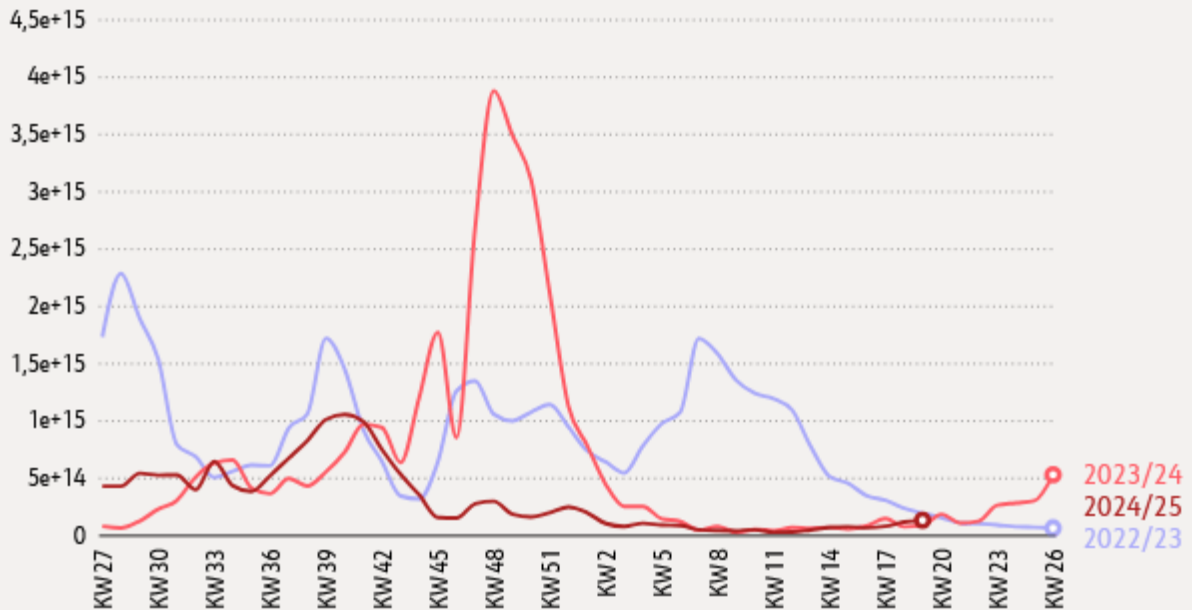


Bei der Stadt Wien zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Viruszirkulation, aber ebenfalls auf sehr niedrigem Niveau:

## SARS-CoV-2 Virenfracht (Sonntagswerte)

Epidemiologisches Abwassermonitoring

[Genkopien/Tag]

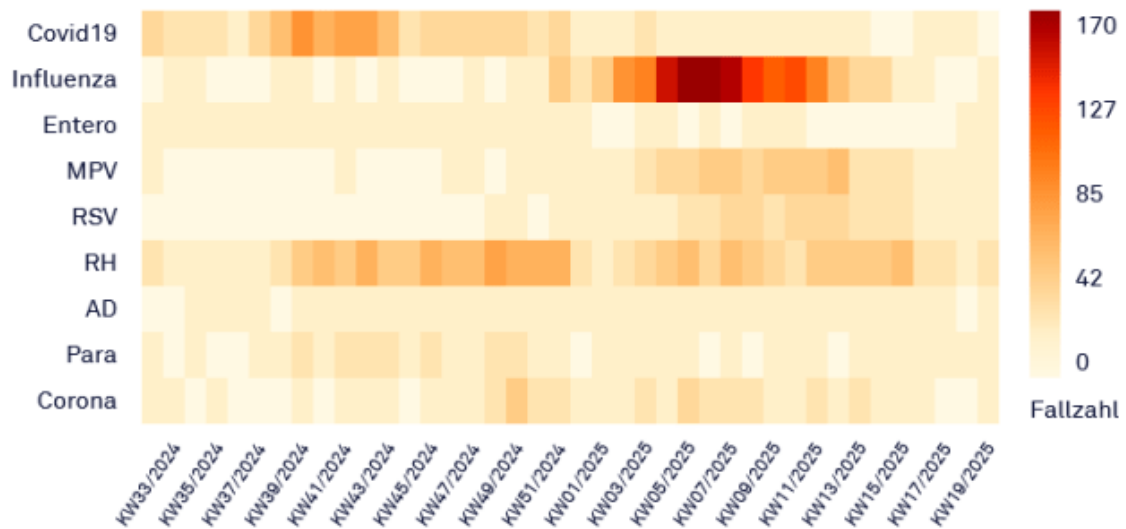


CSI Abwasser  
ebswien kläranlage & tierservice Ges.m.b.H. & TU Wien

### [Monitoring von CoV2, Influenza und RSV](#)

Die derzeitige Kurve scheint der Trajektorie von 2023/2024 zu folgen.

Im Sentinelsystem der MedUni Wien gibt es derzeit **sehr wenige Einsendungen** von Virusproben, deswegen ist die Grafik mit Vorsicht zu interpretieren:



MPV: Humanes Metapneumovirus, RSV: Respiratorische Synzytial-Virus, RH: Rhinovirus, AD: Adenovirus, Para: Parainfluenza

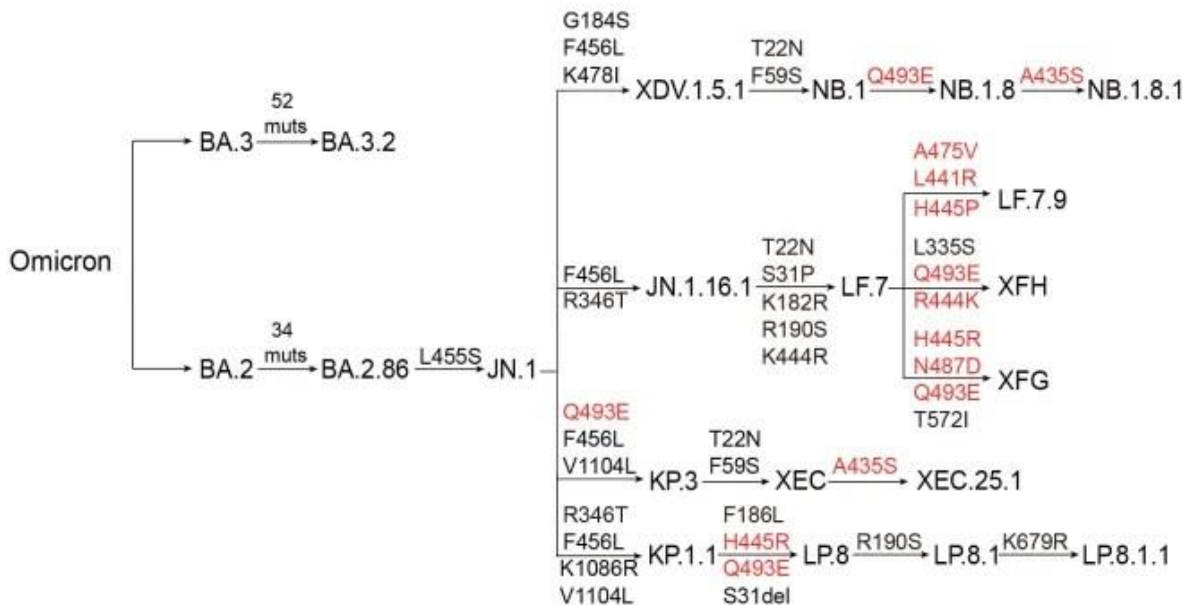
[Situation bis Kalenderwoche 19 in Österreich](#)

Ein klarer Trend bei SARS-CoV2 ist nicht erkennbar. Es dominieren weiterhin Rhinoviren („Schnupfenviren“).

Bei den [Spitalsaufnahmen](#) geht die Kurve bei SARS-CoV2 zumindest bis Kalenderwoche 16 noch nach unten.

## Wie könnte es nun weitergehen?





Quelle: Federico Gueli und Ryan Hisner, Bluesky

Seit meinem letzten Update ist vor allem von einer Variante immer häufiger die Rede: **NB.1.1.8.1** – sie besitzt ähnliche Spike-Proteine wie **LP.8.1.1**, aber bei chinesischen Patienten noch etwas mehr Immun Escape. Das kann aber mit der anderen Immunitätsgeschichte in China zu tun haben (bis 2022 keine Viruszirkulation!). In den USA und in Kanada scheint NB.1.1.8.1. langsamer zu wachsen.

Schlüsselmutationen von NB.1.1.8.1 gegenüber JN.1 sind **F456L** (im KP.2-Impfstoff enthalten), **T22N/F59S**, **Q493E**, **A435S**.

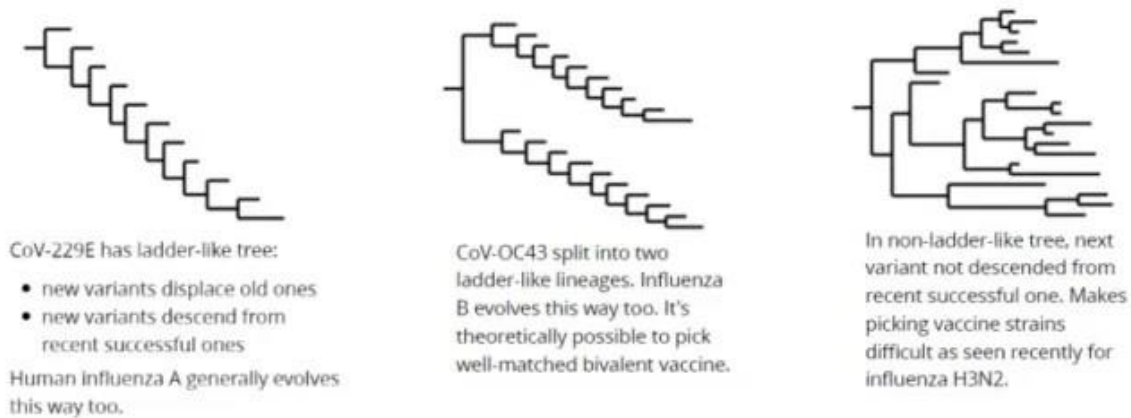
In Schweden und Irland wächst **LF.7.9** (475V).

In den USA wächst XFG sehr schnell. **XFG** ist aus einer FLiRT-Variante entstanden und hat 50% Wachstumsvorteil gegenüber LF.7.7.2 in New York (N487D).

XFG und LF.7.9. profitieren von A475V und N487D, die starken Immun Escape hervorrufen, doch ist ihr **ACE2-Bindung herabgesetzt**, damit können sie sich nicht so leicht gegen dominante Varianten durchsetzen. **NB.1.8.1** hat sowohl hohe ACE2-Bindung als auch hohen Immun Escape und damit derzeit die besten Chancen, eine globale Welle anzutreiben ([Guo et al. 2025 preprint](#)).

([alle Varianten-Steckbriefe auf meinem Blog](#))

**Was heißt das nun auf Deutsch?**



Slide adapted from Jesse Bloom

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

SARS-CoV2 verhält sich offenbar weiterhin wie eine Driftvariante, wobei seit JN.1. keine großen evolutionären Sprünge mehr aufgetreten sind. Derzeit dominieren die Rekombinanten, ähnlich wie zuletzt vor dem Sprung auf JN.1 mit XBB und EG.5. Damit sind vorerst keine großen Wellen zu erwarten, da sich die einzelnen Varianten nur in wenigen Mutationen voneinander unterscheiden.

Und warum hat sich BA.3.2. (bisher) nicht durchgesetzt?

Infektiologe Kristian G. Andersen erklärt, warum hochmutierte Varianten sich kaum (bis auf BA.1 und JN.1) gegen den bestehenden Variantenzoo durchsetzen können:

$R_e$  ( $R_t$ ), die effektive Reproduktionszahl ist entscheidend. Über 1 tritt eine Welle auf, darunter nehmen die Infektionen ab. Die meisten zirkulierenden Varianten haben derzeit  $R_e \sim 1$ .

$R_e$  ist vereinfacht gesagt eine Funktion aus zwei Hauptbestandteilen: inhärente **Übertragbarkeit** einer Variante ( $R_0$ , die Basisreproduktionszahl) und die Fähigkeit, die Bevölkerungssimmunität zu überwinden (**Immunflucht**).

- $R_0$  ist die erwartete Fallzahl, die direkt durch einen Fall in einer **vollständig naiven Bevölkerung** erzeugt wird (das heißt, die inhärente Fähigkeit des Virus, seine Wirtsbevölkerung zu infizieren).
- $R_t$  ist andererseits die Zahl der Fälle, die im derzeitigen Stadium der Bevölkerung erzeugt wird, was im Fall von SARS-CoV2 heißt: Es gibt eine **breite Bevölkerungssimmunität**.

$R_0$  entspricht  $R_t$  nur dann, wenn es wenig bis keine Immunität gibt. Danach entscheidet  $R_t$ .

Die derzeit hypermutierten Varianten (z.B. BA.3.2, BQ.1.1.1) sind höchstwahrscheinlich in einem chronisch infizierten Patienten entstanden. Im Zeitraum der Mutationen übertragen sie sich aber nicht auf andere Personen (oder nur sehr selten), weshalb sie an Übertragbarkeit verlieren können ( $R_0$  wird geringer).

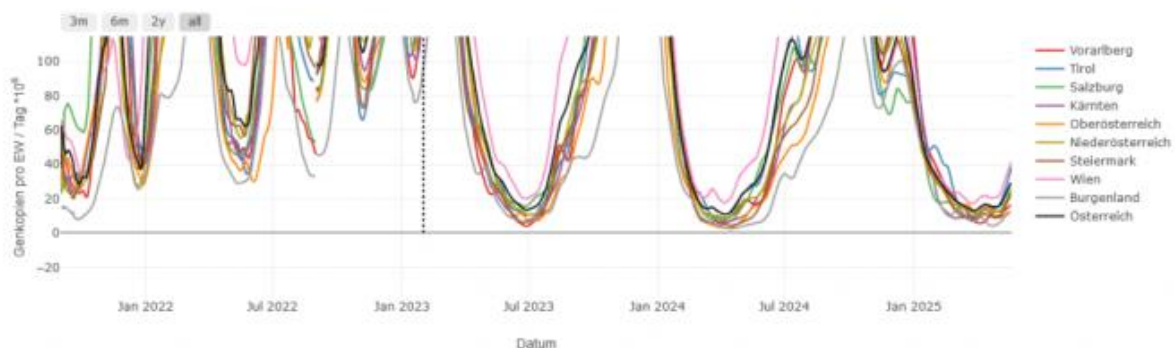
Derzeitige Varianten wie LP.8.1 haben hohe R0-Werte, weil sie gut übertragen können, aber niedrige Rt-Werte, weil sie unseren Immunitätswall nicht überwinden können (bis die Immunität nachlässt). BA.3.2 besitzt deutlich mehr Immunflucht, aber schlechtere Übertragbarkeit.

Die Ursache für diese Entwicklung ist wahrscheinlich unsere hochkomplexe Immunitätslandschaft: Varianten, die durch die Bevölkerung „driften“ sammeln sukzessive günstigere Mutationen an, während hochmutierte Varianten von Zeit zu Zeit auftauchen, mit Rt-Werten um 1 aber im Wettbewerb mit etablierten Varianten unterlegen sind.

Irgendwann könnte es durchaus passieren, dass eine der hochmutierten Varianten genügend vorteilhafte Mutationen aufsammelt, um seine Übertragbarkeit zu erhöhen. Wann das passiert, erscheint aber unklar.

## SARS-CoV2-Update: Jetzt kommt die Frühsommerwelle

[Mai 24, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



Stand 20. Mai 2025 – [Abwasserwerte Österreich](#)

Verschiedene Surveillance-Tools bestätigen nun, was sich seit ein paar Wochen abgezeichnet hat: Wir stehen am Beginn einer Frühlings- bzw. Frühsommerwelle. Mein letzter Beitrag war bisserl vorschnell getitelt. In allen Bundesländern werden deutliche Anstiege im Abwasser beobachtet, wenn auch von einem sehr niedrigen Niveau startend. Bis zum 7. Mai wurde auch die etwas übertragbarere Variante LF.7\* von der AGES sequenziert. Neuere Daten haben wir leider nicht. Die Trajektorie folgt einem ähnlichen Verlauf wie in den Vorjahren (2023, 2024). Damit scheint sich nun schon eher ein saisonales Muster einzustellen, mit einem Maximum im Spätherbst und einem sekundären Maximum im Sommer.

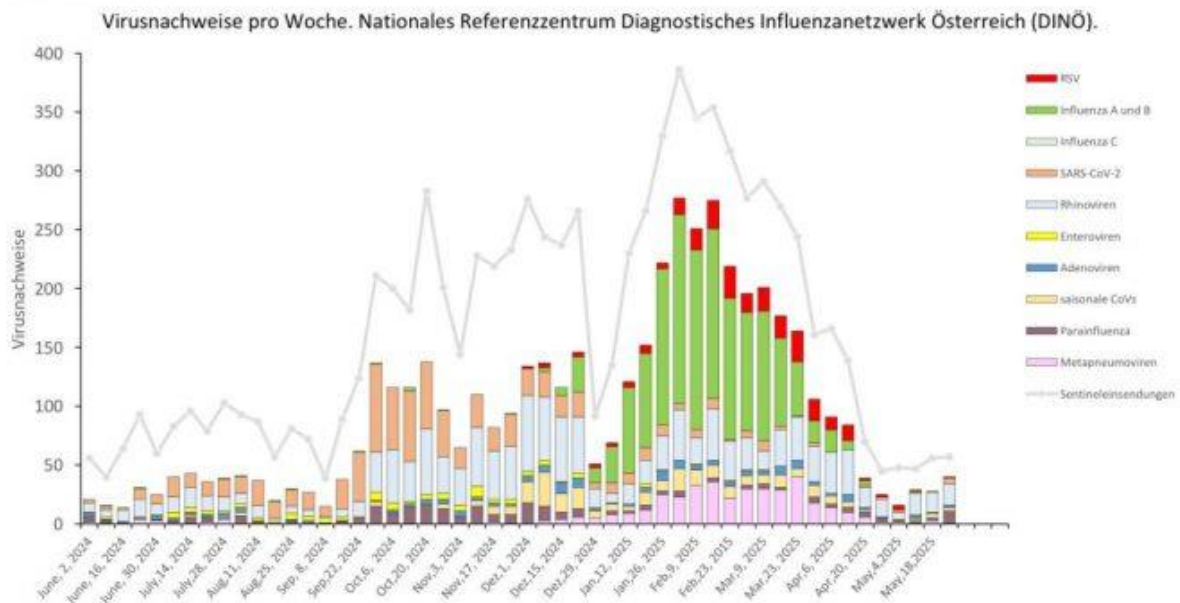
Die neue Variante **NB.1.8.1** wird von der WHO [seit dem 23. Mai](#) als „Variant under Monitoring“ geführt. Sie entkommt effektiver neutralisierenden Antikörpern. Immunologe Veldhoen hat mich darauf hingewiesen, dass es sich streng genommen nicht um Immun Escape im engeren Sinn handelt: Das Immunsystem erkennt das Virus weiterhin, aktiviert Immunzellen, Gedächtnis T- und B-Zellen, sowie andere Prozesse. Wenn die Neutralisierung *in vitro* verringert ist, liefert das nur ein Indiz für die Empfänglichkeit für Infektionen, sagt aber nichts über die Krankheitsschwere aus.

Ich verwende Immun Escape weiterhin, da ihn auch sämtliche Variantentracker, Virologen und Genetiker verwenden – im Sinne von „entkommt den neutralisierenden Antikörpern“

insofern, dass man sich wieder leichter infizieren kann“ – was auf Populationsebene eben eine neue Welle auslösen kann.

## SARS-CoV2 wieder im Sentinelsystem nachgewiesen

Aktualisiert: 23.05.2025

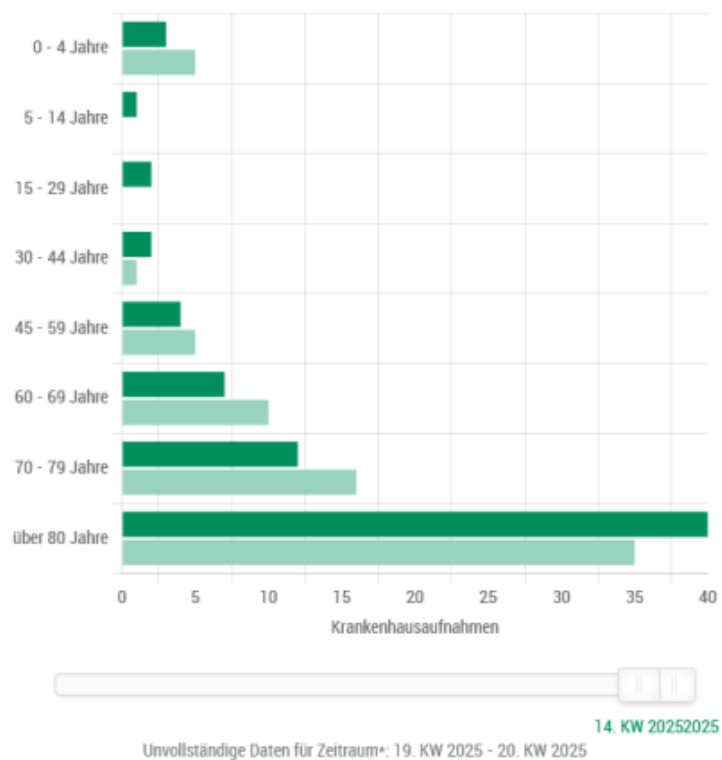


Eingesendete Probenanzahl ist gering, darunter 32% Rhinoviren, 12% Parainfluenzaviren und 9% SARS-CoV2, Stand 23.05.2025

Nachdem die letzten Wochen gar kein SARS-CoV2 nachgewiesen wurde, schnellte die Positivrate nun auf 9% hinauf – im Einklang mit den steigenden Abwasserwerten. Zu beachten ist allerdings die sehr geringe Anzahl der Proben.

## 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.

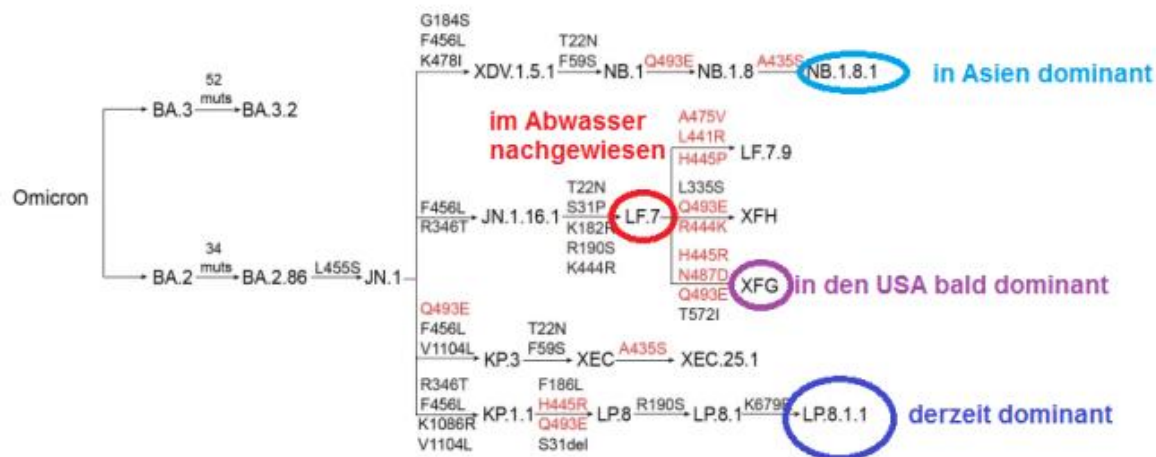


Altersstruktur Entlassungsdiagnosen im Spital mit COVID19, bis Kalenderwoche 20

An der Altersstruktur der Patienten hat sich nichts verändert. An der Spitze weiterhin alte und multimorbide Menschen. Das geringste Risiko für einen schweren Verlauf hat die Altersgruppe 5-44 Jahren. Etwas höher ist es für Säuglinge und Kleinkinder, v.a., wenn sie mit dem Virus noch nie in Kontakt kamen (immun-naiv). [Aus diesem Grund](#) wäre es sehr wichtig, dass schwangere Frauen impfen gehen, um mütterliche Antikörper auf das Neugeborene weiterzugeben – auch für Schwangere selbst besteht ein erhöhtes Risiko ([Martinez-Portilla et al. 2025](#)).

## Welche Variante(n) treiben die Welle an?





Quelle: Federico Gueli und Ryan Hisner, Bluesky

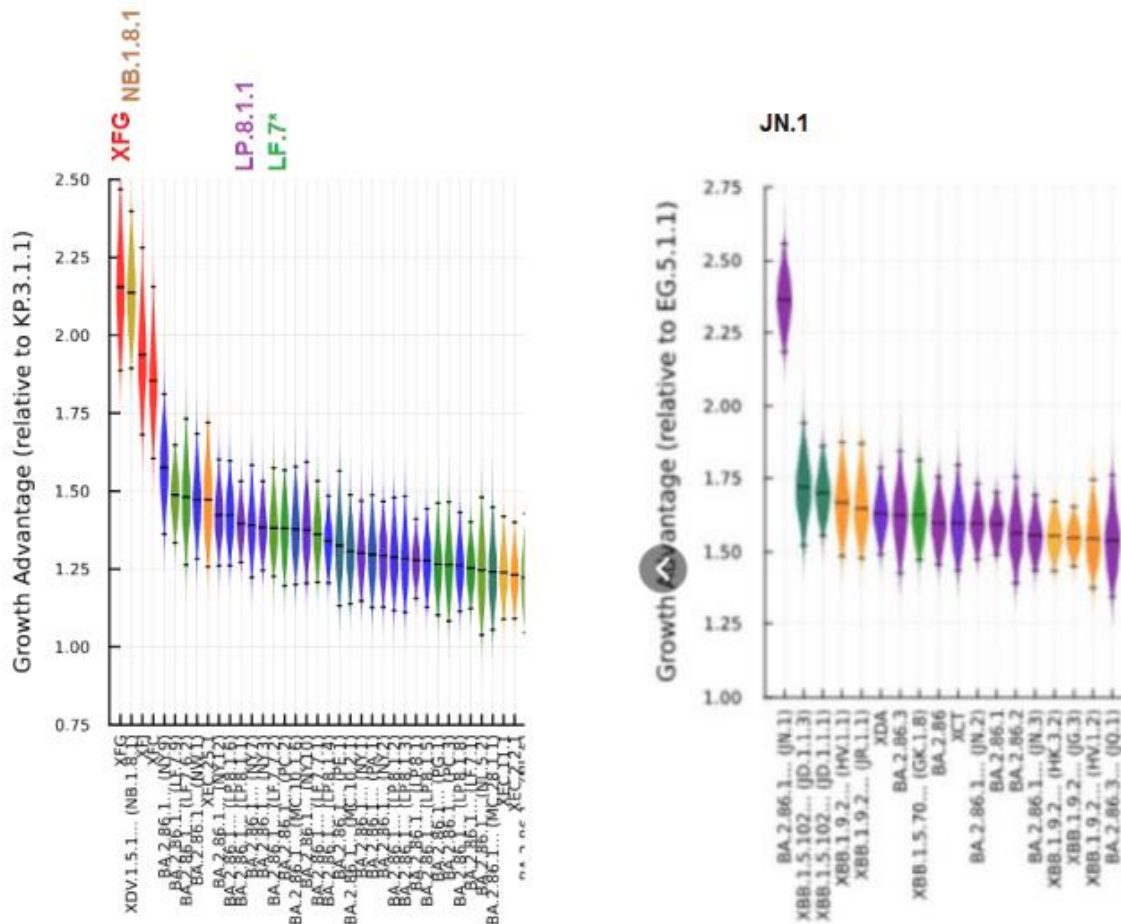
Derzeit im Abwasser bei uns dominant ist **LP.8.1.1** – darauf könnte der [nächste Herbst-Booster](#) basieren, denn alle für die Sommerwelle in Frage kommenden Varianten weisen die Spike-Mutationen **F456L** und **Q493E** auf, und es wird damit gerechnet, dass die im Herbst dominanten Varianten auf den aktuellen Varianten basieren werden.

NB.1.8.1 ist eine **Variant under Monitoring** wegen ...

- Spike-Mutationen an der **Stelle 445** erhöhen die ACE2-Bindung, was auf alle dargestellten Varianten zutrifft (NB.1.8.1 hat außerdem V445H).
- Spike-Mutationen an der **Stelle 435** verringern die Neutralisation von Klasse 1 und Klasse 1/4 Antikörper (1 und 4 überlappende AK-Klasse, blockieren ACE2-Bindung teilweise, oft variantenübergreifend, aber schwächer)
- Spike-Mutationen an der **Stelle 478** erhöhen die Flucht vor Klasse 1/2 Antikörpern

Die FDA empfahl am **22. Mai** für den Herbst weiterhin einen JN.1-Impfstoff, legte sich aber nicht auf eine spezifische Subvariante fest. Die EMA empfahl am **17. Mai** hingegen einen Impfstoff, der auf LP.8.1 abzieht – was auch vorläufige Daten der Impfstoffhersteller bekräftigen, die eine robuste Neutralisierung aktueller Varianten (darunter NB.1.8.1) zeigen ([siehe CIDRAP, 22.05.25](#)). Gut möglich, dass es heuer wieder zwei verschiedene Booster geben wird, hoffentlich mit einer früheren Zulassung des LP.8.1-Boosters in Europa.

**Update, 29. Mai:** [Pfizer reicht LP.8.1-Impfstoff für Zulassung in Europa ein](#), könnte ab September zur Verfügung stehen.



Wachstumsvorteil der aktuellen Varianten gegenüber KP.3.1.1 (Herbstwelle 2024), zum Vergleich JN.1 im Sommer 2023 (Quelle: [Github/MurrellGroup](https://github.com/MurrellGroup))

Auf diese Grafik hab ich gewartet, denn sie zeigt, welche Varianten die größten Chancen haben, in den kommenden Wochen eine neue Welle anzutreiben. Der Übersichtlichkeit wegen habe ich die Grafik abgeschnitten und die wichtigsten Varianten beschriftet. Da liefern sich **XFG und NB.1.8.1** ein enges Kopf an Kopf -Rennen. Ihr Wachstumsvorteil ist deutlich größer als von LP.8.1.1 und LF.7\*. Zum Vergleich rechts der „evolutionäre Sprung“ mit JN.1 im Sommer 2023 – von der Größenordnung her durchaus vergleichbar. NB.1.8.1 hat sowohl hohe ACE2-Bindung als auch hohen Immun Escape und damit die besten Chancen, eine globale Welle anzutreiben. XFG hat etwas weniger ACE2-Bindung, aber solange NB.1.8.1 nicht mitkonkurriert, deutlich höheren Wachstumsvorteil gegenüber den amtierenden Varianten ([Guo et al. 2025 preprint](https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2025.01.15.436881v1)).

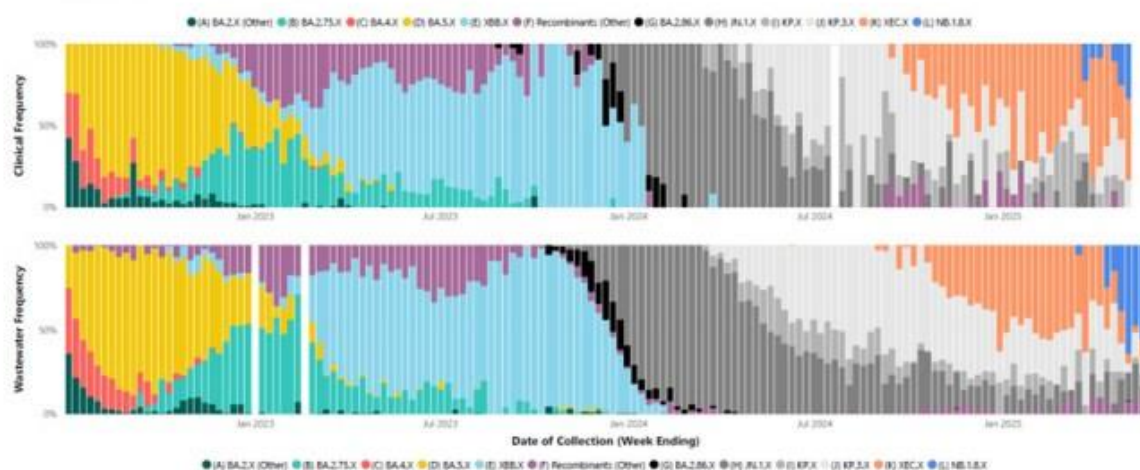
Bisher deutet nichts daraufhin, dass die neuen Varianten schwerere Verläufe hervorrufen. Aus Hong Kong werden zwar steigende Hospitalisierungsdaten gemeldet, aber auch ein kleiner Anteil einer großen Zahl (an Infektionen) ist eine große Zahl, also auf die Welle selbst zurückzuführen. Die Mehrzahl wird wahrscheinlich wie bei uns auf sehr alte und multimorbide Personen zurückzuführen sein. Je länger der letzte Booster zurückliegt, desto wahrscheinlicher ein deutlich symptomatischer oder schwererer Verlauf. Ein Herbst-Booster wird für viele vulnerable Personen zweifellos zu spät kommen – ich würde die Auffrischung

jetzt mit dem KP.2-Booster vorziehen und ggf. im Winter mit dem angepassten Booster nachimpfen, vorausgesetzt, die Viruszirkulation bleibt hoch. Das Gleiche gilt für alle anderen, die eine Infektion unbedingt vermeiden wollen, etwa mit bestehender Long Covid-Erkrankung oder bekanntem Immundefekt, auch abhängig davon wie hoch das Expositionsrisiko ist (noch ein knapper Monat bis zu den Schulferien, bzw. Urlaubspläne).

In Hong Kong ist die NB.1.8.1 Welle offenbar noch nicht zu Ende. Es haben sich bereits Nachkommen gebildet (PQ.1. und PQ.2), wobei **PQ.2** die Mutation **Orf3a:W193R** aufweist und bereits 25% relativen Anteil erreicht hat.

In Westaustralien ist NB.1.8.1 innerhalb von wenigen Wochen dominant geworden.

**Figure 18. Distribution of SARS-CoV-2 variants in clinical samples (top) and metropolitan wastewater catchments (bottom), 03 July 2022 to 18 May 2025.**



Variantenanteil in den Spitälern (oben) und im Abwasser (unten), [Health WA GOV](https://www.health.wa.gov.au/)

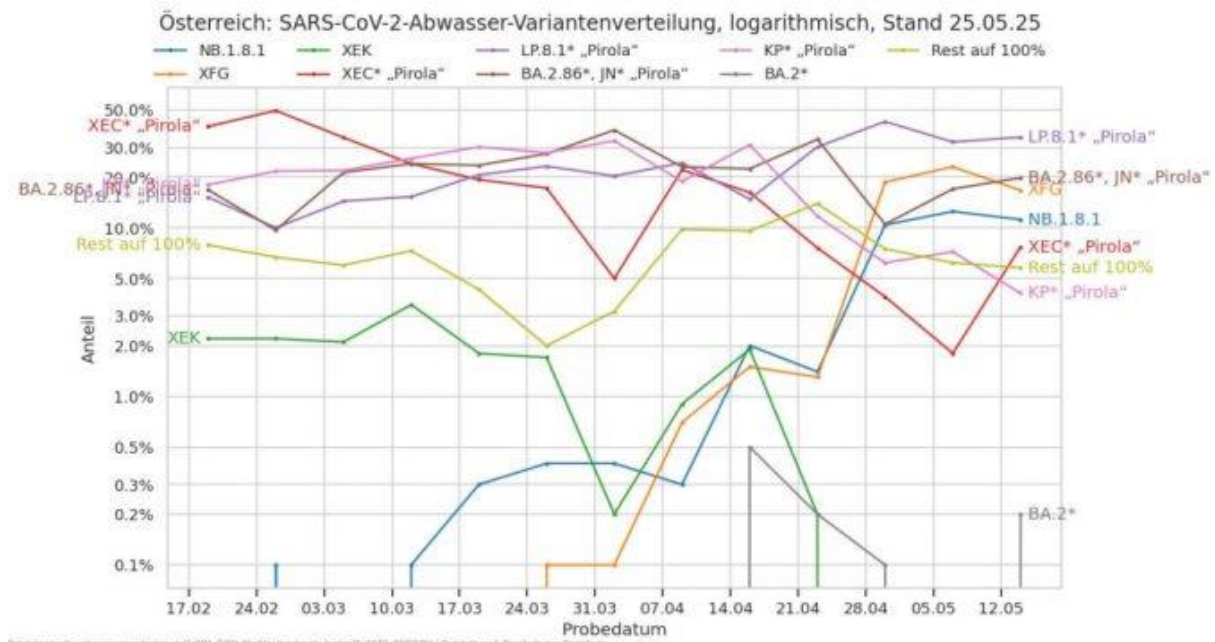
Am 18. Mai lag die Positivrate bei 5,9%.

In Europa zirkuliert NB.1.8.1 übrigens [schon länger](#), hatte aber noch keinen großen Impact. Datenanalyst Cornelius Römer sieht XFG ebenbürtig zu NB.1.8.1, [es bleibt also etwas unklar, welche der beiden Varianten sich in Europa durchsetzen wird.](#)

**Update, 25.05., 12.30 lct:**

**XFJ** ist von Afrika und bereits in 1/6 der Sampleproben von Frankreich enthalten, wurde Anfang April 2025 designiert: Rekombinante, zusätzliche Spikemutationen L441R, V445P, A475V [das Triple ist bisher immer bei 346T, 493E-Varianten aufgetaucht] und **T791A**.

**Update, 25.05., 14.20 lct:**

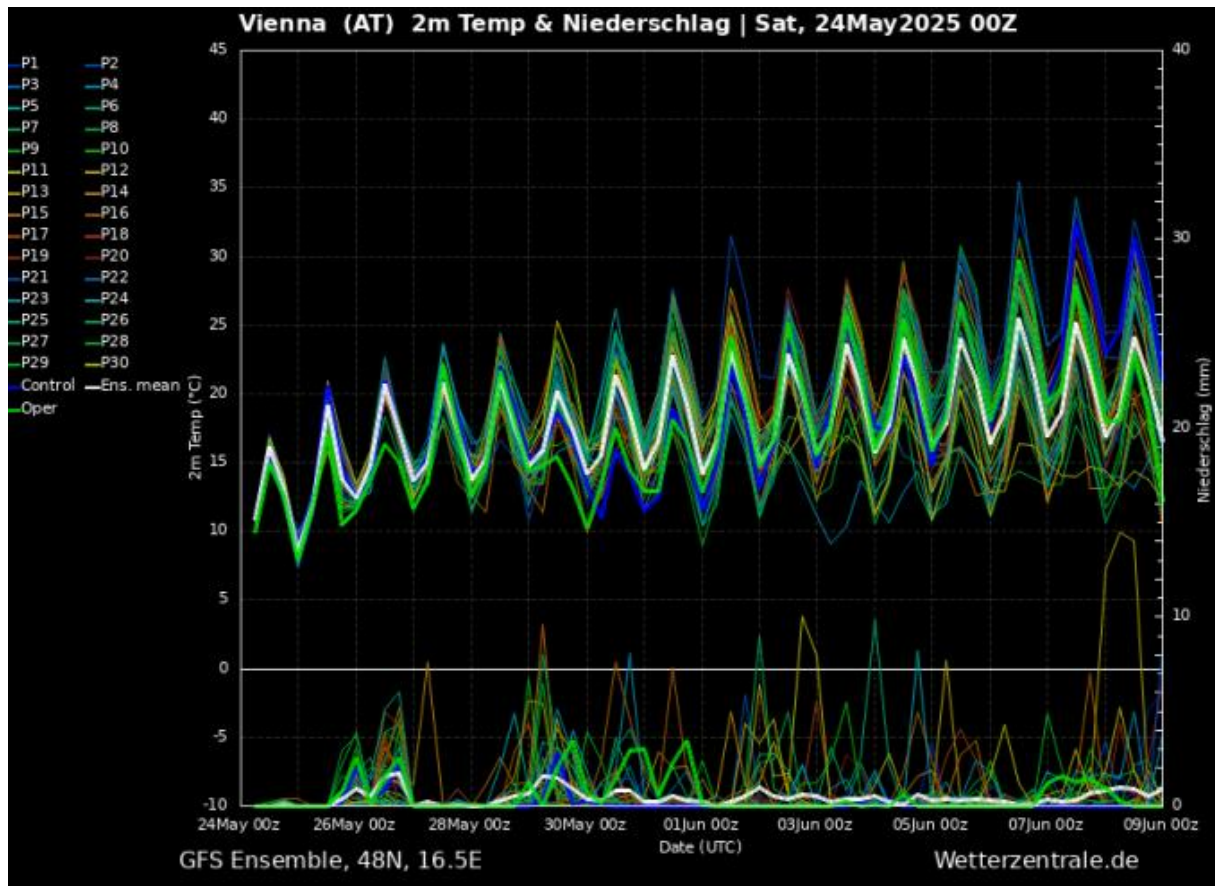


Datenquelle: AGES, Visualisierung: @zeitferne

Laut Update vom **14. Mai** zirkuliert XFG schon länger in Österreich, hat jetzt schon rund 20%. LP.8.1 hatte schon 40% und sinkt wieder. NB.1.8.1 steht bei etwa 10%.

## Was tut sich bei der Witterung?

Auf die globale Virusentwicklung hat das Wetter kaum einen Einfluss. Es stellt sich also mehr indirekt die Frage, ob man für sich persönlich eine *Verhaltensänderung* vollziehen kann oder will, etwa berufliche oder private Treffen eher ins Freie zu verlegen. Da geht es nicht nur um die Frage von Langzeitfolgen oder erhöhter Risiken für bestimmte Personengruppen, sondern etwa aus Arbeitgebersicht um den zu stemmenden Krankenstand in der Urlaubszeit, wenn das Personal ohnehin knapp gemessen ist.



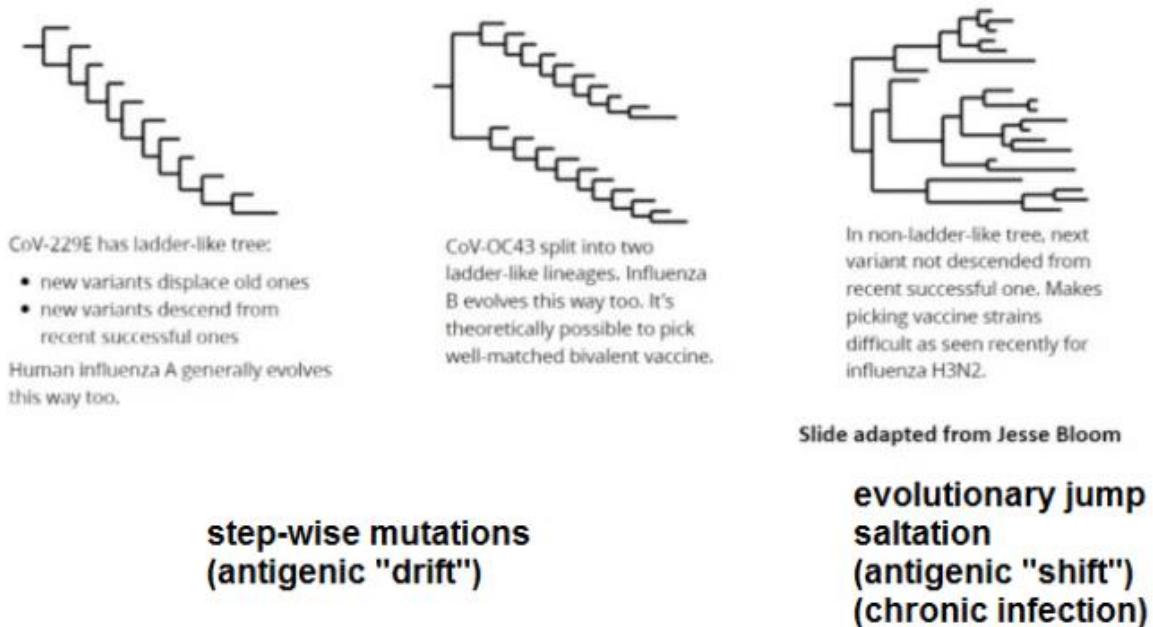
Global Forecast System (GFS) – 30 Modell-Lauf-Variationen ab Samstag, 24.05., bis Pfingstmontag, 9. Juni 2025, 2 Meter Temperatur und Niederschlag, gültig für Wien (Quelle: [wetterzentrale.de](http://wetterzentrale.de))

Die Trendkurve zeigt sukzessive nach oben, das Ensemblemittel (weiße Linie) zeigt die kommenden 1-2 Wochen zunehmend über 20 Grad C. Ab Juni könnte es in Wien erstmals seit Anfang Mai wieder sommerliche Höchstwerte geben, die Unsicherheit ist da aber schon groß. Dazu werden immer wieder mal Niederschläge gerechnet, meistens in Form von Schauern oder Gewittern, also nicht durchgehend regnerisch. Tendenziell sollte es also spätestens ab Juni leichter werden, in den Biergarten oder zum Grillen im Freien auszuweichen. In den Schulen und in Büros sollte die Bereitschaft zunehmen, öfter zu lüften, wenn auch die Frostbeulen endlich verstummen.

## Drift versus Shift

Nachfolgend die Zusammenfassung einer kleinen Diskussion unter Experten auf Bluesky, nachdem VRBPAC-Vorsitz (*Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee*) Monto angemerkt hatte, dass er die Verwendung der Influenza-Begrifflichkeiten (*antigenic shift und drift*) durch Dr. Nathalie J. Thornburg schätzt, Chefin von CDC's *Respiratory Viruses Laboratory Branch, Coronavirus and Other Respiratory Viruses Division*.





**Shift** (Verschiebung) bedeutet bei Influenza das sogenannte **Reassortment** (in Tieren, siehe Schweine- oder Vogelgrippe) und kann neue Pandemien auslösen. **Drift** (langsam Abwandern) bezieht sich auf die antigenische Entwicklung in der menschlichen Bevölkerung. Bei SARS-CoV2 tritt *Shift* im weiteren Sinne dann auf, wenn es zu einem evolutionären Sprung kommt (wie Omicron oder JN.1), der typischerweise aus einer lang anhaltenden **chronischen Infektion** in einem immungeschwächtem Individuum hervorgebracht wird. *Drift* ist ähnlich wie bei Influenza, also **stufenweise mutierende Nachkommen** der Muttervariante (BA.-Varianten, JN.1-Varianten), wobei man hier laut Infektiologe Kristian G. Andersen *Rekombinanten* dazu zählen sollte.

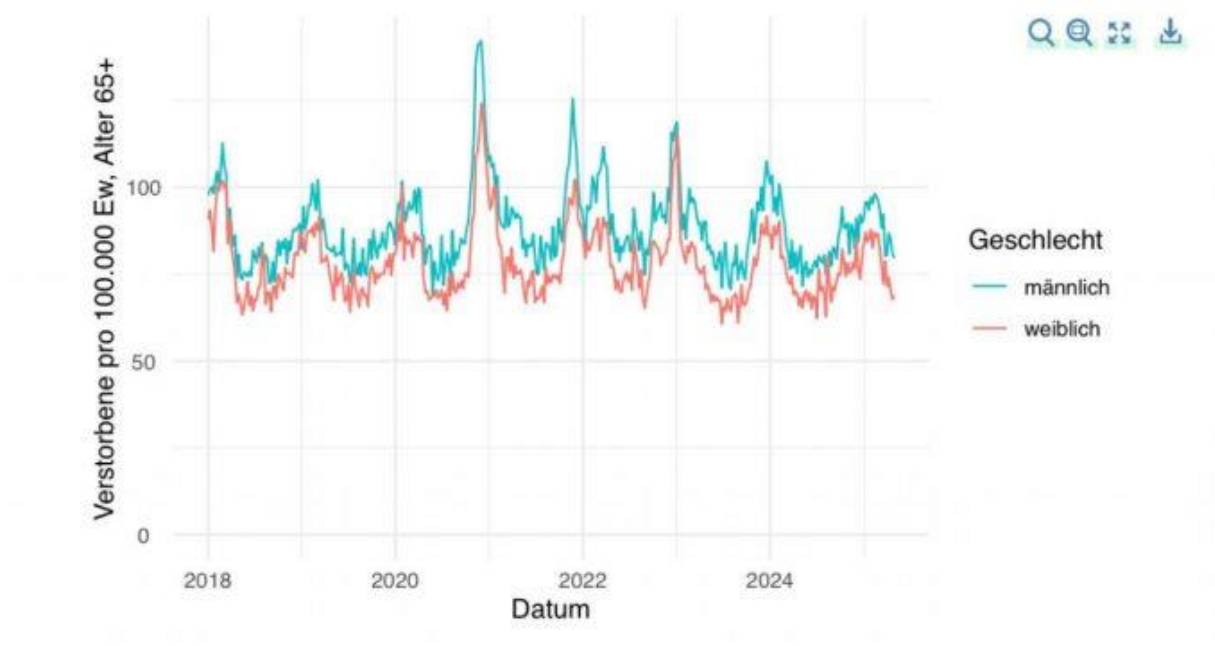
SARS-CoV2 pendelt also zwischen einer *ladder-like* und *non-ladder-like evolution*. Das macht den passenden Impfstoff leicht, wenn es eine Zeit lang keine antigenic shift gibt wie zwischen Herbst 2023 und aktuell, aber wenn dazwischen ein Sprung auftritt, könnte der Impfstoff etwas an Wirksamkeit verlieren.

Insofern ist die sich abzeichnende globale Dominanz von NB.1.8.1 bemerkenswert, weil es sich eher um eine *ladder-like Entwicklung* handelt, mit stufenweise hinzukommenden Mutationen und Rekombinationen, aber vom Grundgerüst her noch klar JN.1 bzw. KP.3.1.1.

Einer der möglichen Gründe für die jetzt doch recht deutliche Wachablösung an der Variantenfront könnte die lange Zeit mit verringerter Viruszirkulation sein, die zur *allgemein* nachlassenden Bevölkerungsimmunität geführt hat. Neue Varianten mit höherem Immun Escape haben es dann umso leichter, eine größere Anzahl von Menschen zu infizieren.

## Sterblichkeit 2024 weiter gesunken

## Sterbefälle in der Altersgruppe 65+



Quelle: [Erich Neuwirth Covid-Analysen, Statistik Austria](#)

Eine gute Nachricht gibt es trotzdem noch: Letztes Jahr ist die Sterblichkeit weiter gesunken und hat *bei den 65+* wieder präpandemisches Niveau erreicht. 2024 sind insgesamt 87 407 Menschen gestorben – damit **2,6% weniger** als 2023. Zu den Todesursachen ist noch nichts bekannt.

Insgesamt geht die Sterblichkeit aber zurück, entgegen der öfter geäußerten Annahme, dass wiederholte Reinfektionen die Sterblichkeit weiter erhöhen würden (durch erhöhte Risiken für Herzerkrankungen, Schlaganfälle, Krebs, etc.). Das bildet sich zumindest in der Gesamtstatistik nicht ab.

Zu MECFS gab es heute eine Vortragsreihe im Kunsthistorischen Museum ([Programm](#)).

## Covid ist nicht „airborne AIDS“!

[Mai 26, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



Unbestritten ist SARS-CoV2 ein gefährliches Virus und regelmäßige Auffrischimpfungen sind ratsam, um sein Immunsystem auf dem neuesten Stand mit der Virusevolution zu halten. Eine Reihe von antiviralen Medikamenten wurde entwickelt, um schwere Covid-Verläufe zu verhindern bzw. abzumildern. Diesen Aufwand hätte man nicht betrieben, wenn SARS-CoV2 harmlos sein würde. Allerdings gibt es immer wieder unbewiesene Vergleiche von Covid mit HIV bzw. AIDS – speziell von jenen, die den *#TeamVorsicht*-Hashtag benutzen. Das ist keine homogene Gruppe und unter dem Hashtag findet sich von wissenschaftsbasierten Empfehlungen bis irrationalem *Fearmongering* leider alles. Ich werde mit dem folgenden Text versuchen, den Mythos, dass Covid airborne AIDS sei, zu widerlegen – mit den mir zur Verfügung stehenden Mitteln und Quellen. Ich berufe mich dabei oft auf Wissenschaftskommunikatoren oder -journalisten, aber auch Infektiologen, Immunologen oder HIV-Experten.

HIV und SARS-CoV2 sind grundsätzlich unterschiedlich – es handelt sich zudem um zwei verschiedene Viren. HIV befällt gezielt und bevorzugt T4-Helferzellen. Bei SARS-CoV2 sind Immunzellen nur ein Teil des breiten Wirtsspektrums. HIV baut sich ins Genom der Immunzellen ein und „lauert“ da, bis es zum Ende der Latenzzeit alles zusammenbrechen lässt. SARS-CoV2 ist kein Retrovirus, es überdauert im Körper wenn, als aktive Infektion – das ist nicht nur für die Betroffenen schlimm, sondern kann auch neue stark mutierte Varianten hervorbringen. SARS-CoV2 kann überschießende Immunreaktionen und Immundysregulationen auslösen – wie viele andere Erreger auch. Es hilft den Betroffenen nicht, wenn man beides in einen Topf wirft. Im schlimmsten Fall werden falsche Ansätze gewählt und etwa mit HIV-Medikamenten wild gegen Long Covid therapiert (Quelle: Bissiges Mäuschen, Bluesky, ein Labormäuserich)

*„Denn das Charakteristikum von HIV ist, dass es seine Erbinformation in das Genom eines T-Zell-Subtyps, der T-Helferzellen, einschreibt. Dadurch entstehen ständig neue Viren, die die nachkommenden naiven T-Helferzellen infizieren und vernichten. Damit fehlt ein essenzieller*

*Teil der Immunantwort, und die Betroffene können an an sich harmlosen Infektionen sterben. Diese Fähigkeit hat Sars-CoV-2 definitiv nicht.*“ (Molekularbiologin Sylvia Kerschbaum-Gruber (Uni Wien); [STANDARD-Interview, 02/2023](#))

Kein Konsens, dass Covid AIDS verursacht – auch keine Form von AIDS.

Die Selbstsicherheit, mit der anonym agierende Accounts ohne wissenschaftlichen Hintergrund oder Angabe von Referenzen, behaupten, dass etwa *jede Infektion* das Immunsystem schädigen würde, dass Reinfektionen akkumulierte Schäden verursachen und Covid („eine Form von“) AIDS auslöst, ist schon erschreckend. Diese Aussage betrachte ich durchaus selbstkritisch, weil ich als jahrelang anonym agierender Citizen Journalist auch die ein oder andere kühne Behauptung aufgestellt und gegenteilige Forschungsergebnisse ignoriert habe. Der *Konjunktiv* geht bei all den Aussagen häufig ebenso verloren wie im Diskussteil der Fachartikel aufgeführte *Limitationen*. Ist das ein individuelles Problem oder betrifft es die Gesamtbevölkerung? Gibt es Abstufungen je nach Alter, Impfstatus, Immunkompetenz und Grunderkrankungen? Das ist sehr wohl relevant, wenn man gezielt Prävention bei bestimmten gefährdeten Gruppen erreichen will. Ich kenne übrigens genauso Studien, die eine Abnahme des Longcovid-Risikos mit Reinfektionen zeigen. Welche Aussage stimmt nun? Der Diskurs darüber findet bestenfalls unter Wissenschaftlern statt und nicht auf Social Media. Die Frage ist auch, ob akkumulierte Infektionen anderer Viruserkrankungen unbedingt milder sind, oder ob man nicht generell Infekte mit den „bösen drei“ (Covid, RSV, Influenza) vermeiden sollte. Infektionen empfiehlt kein seriöser Arzt oder Virenexperte.

Mein Grundmotto lautet: „Nature never draws a line without smudging it.“

Das bedeutet übersetzt, sich von dogmatischen Aussagen fernzuhalten, außer anderslautende Behauptungen verstoßen gegen ethische Prinzipien. Die Natur hinterlässt uns Unschärfen, mit denen wir manchmal leben müssen. Es ist völlig legitim zu sagen, dass wir die Antwort nicht immer kennen.

Wissenschaft ist mehr als Direktübersetzungen und Zitate

Manche User hauen neue, auf Englisch erscheinende Fachartikel in ihr Übersetzungsprogramm und posten lange Threads mit wörtlichen Übersetzungen für ihre Leserschaft. Das schaut auf den ersten Blick nach einem guten Service für all jene aus, die kein Englisch können, doch bleibt der Limitationsteil häufig auf der Strecke. Fachartikel sind nicht automatisch methodisch gut gemacht, weil sie es durch den Peer-Review geschafft haben. Meta-Analysen mehrere Artikel können irreführende Schlussfolgerungen ziehen, wenn die verwendeten Artikel methodisch schlecht gemacht sind (vgl. Cochrane-Review über Wirksamkeit von Masken).

Die „airborne AIDS“-Anhänger verweisen etwa gerne auf [Ximeno-Rodriguez et al. 2024](#). Der Artikel ist allerdings kein Ausdruck seriöser Wissenschaft. Sie versuchen von einer Computermodellierung eines Proteins mit einem weiteren Protein ausgehend zu schlussfolgern, wie das gesamte Virus das gesamte Immunsystem beeinflusst. Das ist eine Hypothese, kein Test, und suggeriert, dass Covid wie HIV agiert, was nicht stimmt. Ihre falsche Schlussfolgerung ist, dass Long Covid von einem Virus verursacht wird, das die T-Zellen-Funktion unterdrückt wird, dahingehend, dass die Betroffenen immunsupprimiert werden, so wie HIV AIDS verursacht. Sie bezeichnen das als Acquired Immunodeficiency Syndrome, wodurch sich der Vergleich aufdrängt. Das ist unverantwortlich und irreführend.

Andere verweisen auf die MedUni-Wien-Studie ([Kratzer et al. 2024](#)), die monatelange Veränderungen in der Immunabwehr zeigt. Der Studienzeitraum bezieht sich allerdings auf die Wuhan-Stamm-Zeit von 2020 – also bei immun-naiven Menschen, die vorher nicht mit dem Antigen durch Infektion oder Impfung in Kontakt kamen. Es ist fraglich, ob die beobachtete Immunschwächung bei mehrfach geimpften oder infizierten Personen so noch auftritt, sowohl quantitativ als qualitativ. Eine grundsätzliche Infektanfälligkeit nach einer schweren Virusinfektion ist kein Sondermerkmal von SARS-CoV2, sondern tritt nach vielen Viruserkrankungen auf. Sie kann mehrere Monate anhalten – was ich als weiteren Anreiz für eine regelmäßige Boosterimpfung sehen würde – auch anderer impfbarer Erkrankungen. Eine schwere Influenzaerkrankung nach einer Covid-Infektion ist vermeidbar.

Es wird etwa auch auf „Immun-Narben“ im Gehirn verwiesen – dabei ist aber die Auswahl der Patientenkohorte zu beachten. Im Fall von [Schwabenland et al. \(2024\)](#) waren es Post-Covid-Patienten und nicht die Allgemeinbevölkerung. Im Diskussionsteil wurde darauf hingewiesen, dass anhaltende neurologische Symptome nicht beobachtet werden konnten, auch keine typischen neuropathologischen Kernmerkmale bei Autopsieanalysen. Eine weitere Studie ([Plantone et al. 2024](#)) nach milden oder symptomfreien Infektionen zeigt höhere Biomarker nach zehn Monaten und belegt im wesentlichen die beobachteten kognitiven Einschränkungen nach einer Infektion, die aber größtenteils wieder verschwinden. Die Autoren verweisen auf die Hauptlimitation, die Verwendung eines Fragebogens, der auf eine Selbsteinschätzung der Befragten abzielt und *„is far from diagnosing an objective neurocognitive impairment“*. Von einer (dauerhaften) Immunschädigung ist hier aber auch nicht die Rede.

[Tesch et al. \(2023\)](#) schlussfolgern, dass Covid das Risiko für Autoimmunität um 43% erhöht. Dabei handelt es sich aber um ein relatives Risiko. In der Studie hatten 1,1% der Teilnehmer eine Autoimmunerkrankung aufgrund von Covid entwickelt. In der Kontrollgruppe waren es im gleichen Zeitraum 0,8%. Auf Bevölkerungsebene sind 0,3% Unterschied viel, aber es ist dennoch ein sehr geringes Risiko.

#### Literatur zu den Unterschieden HIV/SARS-CoV2

Mangels eigener Expertise kann ich hier auch nur auf andere verweisen, die sich mit dem Thema regelmäßig auseinandersetzen. Die „Internisten im Netz“ haben schon früh in der Pandemie Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgestellt ([29.05.20](#)).

Drei Jahre nach Pandemiebeginn wurde klar: Unsere Immunsysteme verhalten sich bei SARS-CoV2 so wie bei anderen respiratorischen Viren – es gibt immer weniger schwere Verläufe als zu Beginn der Pandemie. Das spiegelt sich auch in der Sterblichkeitsrate wieder – sowohl bei den Gesamtzahlen als auch spezifisch auf Covid bezogen ([Meister et al. 2025](#)). Impfungen bieten niemals einen 100%igen Schutz, aber sie schützen sehr gut gegen schwere Verläufe, Tod haben Krankheitsdauer und -schwere verkürzt ([Ke et al. 2022](#)). Aus der Übersichtsarbeit von [Greenhalgh et al. \(2024\)](#) geht hervor, dass auch stärkere Anfangssymptomatik, bzw. ein schwerer Verlauf, verschleppte Infekte und fehlende Medikation Long Covid begünstigen. Wenn Reinfektionen gehäuft auftreten, muss man sich die Frage stellen, ob es unerkannte Immundefekte gibt und ggf. nachgeforscht werden muss, da das auch bei anderen Infekten ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen könnte.

Meist beziehen sich Studien über anhaltende oder schwere Immunschwächen auf schwere Verläufe. Oder es ist von „T-Zellen-Erschöpfung“ und „dendritisches Zellen-Defizit“ selbst nach milden Infektionen die Rede. Da kommt aber die Methodik bzw. das Studiendesign ins



Spiel, also häufig kleine Teilnehmergruppen, insignifikante Abweichungen bei Werten, und wenige Studien haben, wenn überhaupt, den Zustand des Immunsystems vor der Infektion untersucht.

Long Covid ist auch nicht gleichzusetzen mit Immunschwäche oder Infektanfälligkeit. So gibt es keine Hinweise, dass Long-Covid-Patienten generell eine Lymphopenie entwickeln ([Erlandson et al. 2024](#)). Wiederholt auftretende Infektsymptome, insbesondere nach kognitiver und körperlicher Anstrengung, können auch auf PEM ([Post Exertion Malaise](#)) hinweisen. Dabei handelt es sich aber nicht um Virusübertragungen im engeren Sinne.

### Weitere Übersichtsartikel:

- [Marc Veldhoen: The Immune System Post-SARS-CoV-2 – Resilient, Adaptive, and Fully Functional](#) (13.04.25)
- [Immune system damage from COVID-19 is different from HIV/AIDS — but the advocacy has parallels](#) (14.01.25)
- [Wolfgang Hagen: Hat die Pandemie unser Immunsystem zerstört?](#) (08.01.24 – Spoiler: Nein, weder Masken noch das Virus selbst)
- [Martina Marx: Bin ich nach einer Covid-19-Erkrankung öfter krank?](#) (22.12.23)
- [M-K Gideon: The Ongoing Risk Of Long COVID](#) (23.09.23)
- [Frederik Jötten: Löst Corona eine Immunschwäche aus?](#) (17.02.23)
- [Jonathan Jarry: Does COVID-19 Mess with the Immune System?](#) (10.02.23)
- [Tim Requarth: What Is COVID Actually Doing to Our Immune Systems? The research sounds scary. It's not bunk—but it's important to understand its purpose.](#) (31.01.23)

Wie könnte man eine Immunschwäche beweisen?

Dazu habe ich einmal eine „Anleitung“ des Immunologen Marc Veldhoens übersetzt, der immer wieder auf Behauptungen eingeht, dass Covid das Immunsystem *schädigen* würde.

Um eine Immunschwäche zu beweisen, braucht es experimentelle Studien:

- Studienkohorte mit entsprechender Größe
- Immunparameter, Zahlen und Anteile von B- und T-Zellen
- memory, effector und naive Zellen
- Dabei handelt es sich um die Grundlage jedes Einzelnen und den Durchschnitt einer Kohorte, gegen die die Immunfunktion bestimmt wird.

Etwa die Hälfte der Kohorte muss SARS-CoV2 ausgesetzt werden. Immunparameter werden gemessen. Diese Werte deuten keine Dysfunktion, sondern Aktivierung an. Danach wird die Kohorte überwacht, ob die Parameter zu den Werten vor der Infektion zurückkehren.

Nun werden alle in der Kohorte einer kontrollierten Infektion ausgesetzt, etwa intranasalen Bakterien oder Viren, doch das kann größere Variabilität verursachen und ethische Erlaubnis benötigen. Noch besser ist es, eine Impfung zu verwenden, etwa die jährliche Influenzaimpfung.

Nun wird die Antwort auf die Impfung gemessen: Antikörper, T-Zell-Aktivierung, bei Infektion: Krankheitslast über die Zeit. Was wird das Ergebnis offenbaren?

Veldhoens Hypothese (H0): Es gibt keinen Unterschied zwischen beiden Gruppen. Das wird von den Anhängern der Hypothese H1 aber stets zurückgewiesen.

- Behauptungen aufzustellen anhand von Personen, die bereits vor der SARS-CoV2-Infektion immungeschwächt waren, ist ungültig.
- Fallstudien sind unangemessen (siehe Anekdoten).
- Nur Long Covid Patienten zu betrachten, liefert ungenügend kontrollierte Daten.

Eine weitere Möglichkeit ist es, Influenza-infizierte zu verwenden, die Gruppe zu überwachen, zu impfen und Werte zu vergleichen.

+++

Damit es nicht zu lange wird, mache ich hier einen Punkt. In einem weiteren Beitrag möchte ich auf das Thema Korrelation und Kausalität eingehen, auf die Begrifflichkeiten Immunschuld, Nachholeffekte und wo die Risiken einer generellen Unterdrückung von Infektionen liegen könnten.

Und beizeiten werde ich meinen Ärger darüber noch ventilieren, dass es anscheinend nicht mehr möglich ist, einzufordern, sich kritisch mit Fachartikeln auseinanderzusetzen und – wenn man das nicht kann, weil die Expertise fehlt, die zu fragen, die es können, aber auch einzufordern, es objektiv zu tun, statt unangenehme Erkenntnisse wegzulassen, die nicht in die eigene Agenda passen. Auch hier gilt: Das hat eine selbstkritische Note -und ich weiß sehr sehr gut, wie schmerzhaft es ist, wenn man „aufgeblättelt wird“. Aber das gehört zum Leben und zum Reifeprozess dazu – insbesondere dann, wenn man sich selbst auf die Fahnen schreibt, ein Aufklärer sein zu wollen.

## 5 Jahre Pandemie Teil 2- Der Weg der Bundesländer

[Juni 1, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



Skigebiet St. Corona am Wechsel – keine Verwandtschaft mit dem gleichnamigen Pandemie-Virus

Eigentlich hatte ich das als längere Serie geplant, aber mir fehlt durch meinen Vollzeitjob und Prioritätensetzung die Zeit für umfangreiche Beiträge. Deswegen werde ich das jetzt in einer kürzeren Version bringen, was mir noch alles in Erinnerung ist. Damit werde ich zwangsläufig wichtige Aspekte oder Ereignisse auslassen. Ich bitte mir das nachzusehen und ggf. im Kommentarfeld oder per Mail zu ergänzen. Im [ersten Teil](#) schilderte ich den Ablauf der Pandemie insgesamt.

Der Anlass für diesen Beitrag ist der Pandemierevisionismus, der seit dem politisch deklarierten Ende der Pandemie stattfindet. Das politische Ende fällt allgemein auf das Ende des Internationalen Gesundheitsnotstands durch die WHO (5. Mai 2023). Die WHO hat die Pandemie nicht beendet, kann aber auch keine Pandemien ausrufen ([vgl. meinen erklärenden Beitrag dazu](#)). Sowohl die österreichischen Regierungsvertreter als auch die jeweiligen Landeshauptleute behaupten rückblickend gerne, die Pandemie gut gemeistert zu haben und stellen sich selbst ins beste Licht in dieser Krisenphase.

Ich habe die Pandemie in Wien erlebt und jahrelang das Narrativ der rotpinken Stadtregierung geglaubt, dass man sich aus vernunftbasierten Gründen für den „strengerer Weg“ entschieden habe. Mit der Art und Weise, wie die Schutzmaßnahmen Anfang 2023 aufgehoben wurden, muss ich meine Ansicht darüber teilweise revidieren. Zurück bleibt insgesamt der Eindruck, dass der Föderalismus eine kongruente Public-Health-Kommunikation größtenteils sabotiert hat und der Flickenteppich an unterschiedlichen Regeln – vom Masken tragen, das an den Landesgrenzen aufhört bis zu unterschiedlichen Testregeln pro Ct-Wert und Altersgruppe – dazu beigetragen hat, die Mitarbeit der Bevölkerung zu untergraben.

Den Anfang meines Rückblicks macht Tirol, wo alles begann.

# Tirol

Nachdem [Mitte Dezember 2019](#) in einer Volksschule im Bezirk Innsbruck mehr als die Hälfte der 119 Schülerinnen und Schüler sowie mehrere Lehrer an Influenza erkrankt waren, wurde von der Bildungsdirektion die Schließung der Volksschule als Vorsichtsmaßnahme veranlasst.

*„Die Gesundheit hat stets oberste Priorität. Deshalb haben wir uns zu dieser Maßnahme entschlossen.“*

*„Da Kinder seltener gegen Influenza geimpft sind, können sich die Viren rascher verbreiten und vor allem in Gemeinschaftseinrichtungen und innerhalb der Familie – bei nicht-geimpften Personen – zu weiteren Ansteckungen führen.“*

*„Vorbeugung besser als Nachsorge.“*

Im Zusammenhang mit dem Coronavirus war von diesem vernunftgesteuerten Denken keine Rede mehr.

Der Tiroler Landessanitätsdirektor Franz Katzgraber sagte noch [am 4. Februar 2020](#) im Bezirksblatt-Interview:

*„Es herrscht ein unglaublicher Medienhype um diese Erkrankung, dabei ist die Grippe viel gefährlicher als das Coronavirus.“*

Das mag im Hinblick auf die wenigen sporadischen Fälle stimmen, während im Land noch eine schwere Grippewelle herrschte, doch traf es auf die Pathogenität des Virus zu diesem Zeitpunkt nicht zu. Insbesondere stand es im Widerspruch zu den Bildern aus Wuhan, wo innerhalb kürzester Zeit zwei Spitäler aus dem Boden gestampft wurden, um die Menge an Schwerkranken zu versorgen.

Am 25. Februar 2020 gab es die ersten bestätigten Coronafälle in Österreich – in einem Innsbrucker Hotel. Wir erinnern uns noch an das [berühmte Live-Interview](#) „Niemand darf hinein oder heraus“ in der ZiB1.

*„At the local level—eg, in a small village that relies on tourism as the main source of income—conflicts of interest could represent an insurmountable barrier for implementing appropriate outbreak controls.“* ([Schmid et al. 2004](#) in Zusammenhang mit einem Legionellenausbruch in Österreich)

Wie bereits im [ersten Teil meines Rückblicks](#) geschrieben, führten wirtschaftliche Interessen maßgeblich zu einer Vertuschung und Verzögerung der Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Coronavirus. Die Klagen im Zusammenhang mit Ischgl wurden 2023 alle eingestellt.

Infektiologe Günter Weiss, der die ersten Patienten in Innsbruck behandelt hat (angeblich, ohne dabei Maske zu tragen), sprach sich im ORF-Report nach Ende des ersten Lockdowns rasch dafür aus, die Maßnahmen wieder zu lockern (Präventionsparadoxon), während Virologin Dorothee von Laer die Masken für eine „erträgliche Maßnahme“ im Vergleich zu Lockdowns hielt (Pressekonferenz, 14. Mai 2020).

Im Vordergrund der Pandemiebekämpfung stand durch die ÖVP-Dominanz in den Bundesländern immer die mächtige Seilbahnindustrie und der Tourismus, im Sommer, aber vor allem auch im Winter. Es gab im Juni Überlegungen, die Indoor-Maßnahmen zu lockern,

um im Winter etwa Après-Ski zu ermöglichen. Dabei war lange klar, dass ohne Impfung Indoor-Situationen am Riskantesten waren. Als im Juli die Infektionszahlen langsam wieder anstiegen, sprach sich die Tiroler Mikrobiologin Lass-Flörl gegen eine österreichweite Maskenpflicht aus. Es schien, als ob wirksame Maßnahmen immer erst dann kommen sollten, wenn es bereits zu spät war und exponentielles Wachstum nicht mehr verhindert werden konnte. Im [September 2020](#) spitzte sich die Infektionslage in Tirol zu, doch noch Ende September wollte Infektiologe Weiss „*mehr Normalität wagen und von überschießenden Ängsten wegkommen*“ (APA), um dann Mitte November festzustellen, dass man die Infektionszahlen nun rasch senken müsse (ZiB2). Er sprach sich dabei zugleich gegen Schulschließungen aus und behauptete faktenwidrig, dass Schulen *eigentlich* nichts zum Infektionsgeschehen beitragen würden.

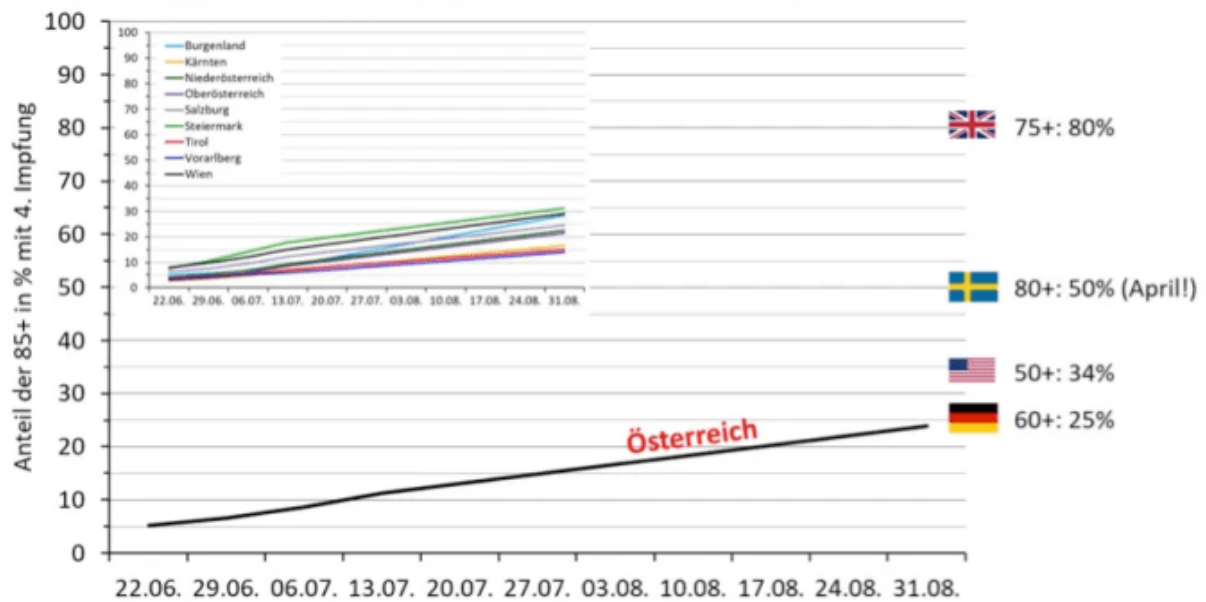
Am gleichen Tag, der 12. November, lud die mächtige Wirtschaftslobby „Tiroler Adler“ den umstrittenen deutschen Virologen Hendrick Streeck zum [virtuellen Austausch](#) ein, der dort im wesentlichen die Great-Barrington-Ideologie vertrat. Ich erinnere mich noch an eine Wortmeldung in einer „ImZentrum“-Sendung eines Adler-Vertreters, der einen strengen Lockdown im Herbst forderte, um die Wintersaison zu retten. Sie alle übersahen, dass bis zur Impfung keine Rückkehr zu einem „normalen Leben“ möglich war.

In Tirol breitete sich schon ab Jänner 2021 eine Kombination aus Alpha und der Fluchtmutation E484K aus, die deutlich schwerere Krankheitsverläufe zur Folge hatte. Sie ähnelte damit der Beta-Variante, die ebenfalls E484K enthielt, und ebenfalls vermehrt in Tirol aufgetreten ist. Es gab [Gerüchte](#), dass die Varianten durch Tiroler Hoteliers eingeschleppt wurden, die in Südafrika auf Urlaub waren. Die Virologin Dorothee von Laer forderte am **3. Februar** einen tirolweiten Lockdown für einen Monat und erntete dafür einen Shitstorm und Drohungen, was sie veranlasste, nurmehr mit Perücke außer Haus zu gehen und schließlich ins Burgenland zu übersiedeln. Stattdessen entschied man sich für eine **Ringimpfung** im Bezirk Schwaz Mitte März und Mitte April und konnte somit die Variante erfolgreich eindämmen. Es handelte sich entgegen öffentlicher Aussagen aber nicht um ein zusätzliches Kontingent an Impfdosen, sondern sie wurden aus der EU-Bestellung [vorgezogen](#).

Zum Impffortschritt in Tirol fehlen mir gerade die nötigen Quellen. Zumindest in der [Seuchenkolumne von Epidemiologe Robert Zangerle](#) bin ich mit einer Grafik fündig geworden:



## Anteil (%) der Altersgruppe 85+ mit 4. Impfung



Impfung der ältesten Mitmenschen in Österreich, ausgewählten Ländern und Bundesländern, bis Ende August 2022

Demnach lag Tirol bei den Schlusslichtern und mickrigen 15% – wahrscheinlich eine der Gründe für die anhaltend hohe Sterblichkeit bei den Omicron-Wellen 2022.

# Kartogramm mit den Anteil Ungeimpfter an Bevölkerung

In diesem Kartogramm sind die Bezirksgrenzen so verzerrt, dass die Fläche der verzerrten Bezirke der Einwohnerzahl entspricht.



Stand November 2023, Visualisierung: [Erich Neuwirth, Statistiker](#)

Bis kurz vor der JN.1-Welle lag Tirol beim Anteil der Ungeimpften pro Bezirk etwa im Mittelfeld, wobei Osttirol mit knapp 32% Spitzenreiter war. Anekdotisch hat sich dort das Vertrauen in Politik und Wissenschaft während der Pandemie auch massiv verschlechtert. Die Lockdown-Maßnahmen wurden von manchen Bewohnern als schlimmer empfunden als die Zeit des Nationalsozialismus.

Was von der Pandemie bleibt: Der Umgang mit dem ersten Virus-Ausbruch in Ischgl wird naturgemäß [im Ausland kritischer](#) gesehen als in Tirol selbst, wo längst wieder [business as usual](#) herrscht. Im [April 2021](#) ergab eine Umfrage unter Ischgl-Besuchern, dass 5% der Infizierten unter Long-Covid litten. Die Verantwortlichen redeten sich größtenteils damit heraus, dass die Pandemie auch ohne Ischgl ausgebrochen wäre. Das übersieht aber, wie viele Menschen sich in kurzer Zeit durch das Superspreader-Ereignis in Ischgl und wohl auch anderen Skigebieten infiziert haben. Eine Verzögerung des Ausbruchs hätte den Staaten mehr Vorbereitungszeit gegeben, etwa Testkapazitäten hochzufahren oder Schutzmaterial zu beschaffen.

Mein Fazit: Tirol hat **nicht** alles richtig gemacht. Sie haben die Bundespolitik mit ihrem Fokus auf Tourismus und Skigebiete immer wieder beeinflusst und so vom Schutz der Kinder (Kindergärten und Schulen), aber auch der Bevölkerung insgesamt abgelenkt. Tirol hat Ischgl mit einem besonders strengen ersten Lockdown gebüßt, der zu viel Unverständnis in der Landesbevölkerung geführt hat. In weiterer Folge hat man es wie im Rest der Republik versäumt, Übertragungswege, Infektionsdynamik (exponentielles Wachstum) und das

Infektionsrisiko verständlich und empathisch zu erklären – später auch insbesondere über die Impfungen aufzuklären.

## „Modellregion“ Vorarlberg

Karl Lauterbach, damals noch SPD-Oppositionspolitiker, und Epidemiologe: *„Österreich lockert in die B117-Welle hinein. Das werden dort viele mit dem Leben bezahlen, wenn man es ehrlich beschreiben darf. Zum Schluss wird dann wieder ein Lockdown kommen, für den sich die Verstorbenen nichts kaufen können... Kein Beispiel für uns.“* (02. März 2021, Twitter)

Das fasst die Pandemie in Vorarlberg perfekt zusammen. Wir erinnern uns: Mit Jahreswechsel bekam die ansteckendere Alpha-Variante (damals: „Britische Variante“) einen Fuß in die Tür und breitete sich im Spätwinter und Frühling in Österreich aus. Sie sorgte für die berühmte „Oster-Ruhe“ im Osten von Österreich. Grund war die Impfstoffknappheit zu Jahresbeginn und die vielfach ungeimpfte junge Bevölkerung. Für Kinder und Jugendliche unter 12 Jahren war die Impfung noch gar nicht zugelassen.

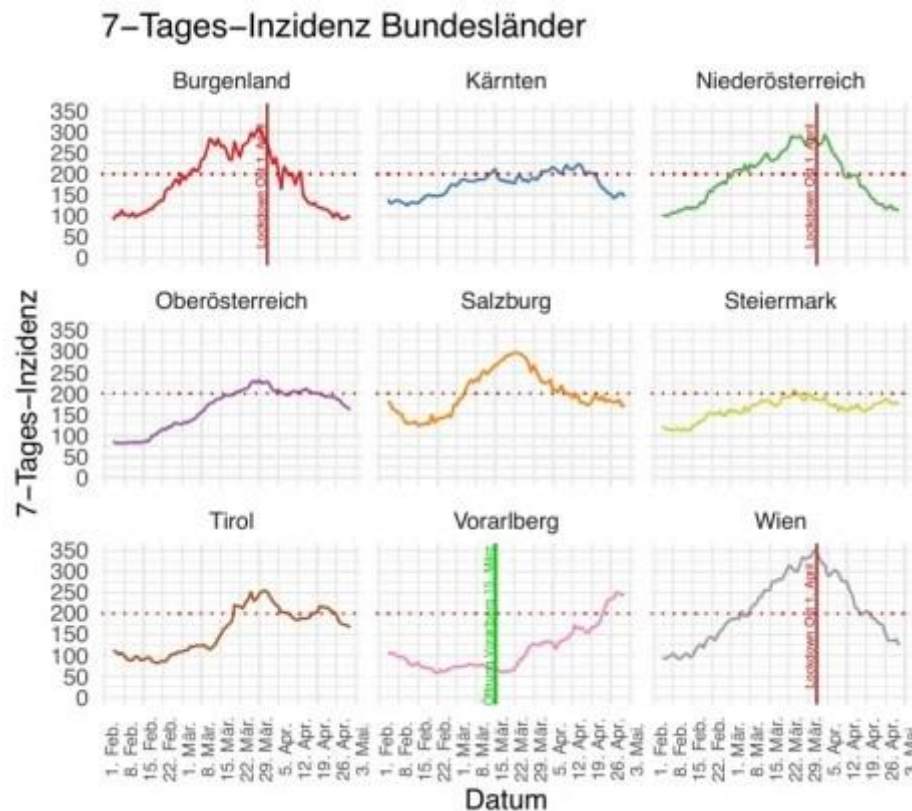
Mit 2021 wurden die Schnelltests eingeführt, aber mit verfehltm Zweck. Sie sollten als „Eintrittstests“ gelten, aber zuverlässig waren sie nur zum Herausfischen von Infizierten. Negative Schnelltests bedeuteten nicht, dass man nicht infiziert war.

Die ÖVP-Grüne-Landesregierung startete am 15. März 2021 ein Pilotprojekt mit Öffnungsschritten. Das grüne Gesundheitsministerium (der spätere Nachfolger von Anschöber-Nachfolger Mückstein, Johannes Rauch, gehörte vorher der Landesregierung an) sollte das Projekt wissenschaftlich begleiten. Vorarlberg wollte weitere Kontaktbeschränkungen durch eine [neue Teststrategie](#) verhindern – u.a. durch ...

- PCR-Tests mit 72 Stunden Gültigkeit (**zu lang, man konnte bereits davor ansteckend sein**)
- Schnelltests durch medizinisches Personal und unter Aufsicht in Teststraßen mit 48 Stunden Gültigkeit (falsche Grundannahme, siehe oben)
- Schnelltests zuhause mit 24 Stunden Gültigkeit (mangelhafte Durchführung größter Risikofaktor)
- für Kinder

Sonst gab es auch vorsichtige Öffnungen mit FFP2-Maskenpflicht in geschlossenen Räumen. In Gastbetrieben galt Maskenpflicht am Weg zum Platz, wo sich maximal vier Erwachsene aus maximal zwei Haushalten treffen durften.

Das Konzept war vielleicht gut gemeint, aber mit der ansteckenderen Alpha-Variante bei einer vielfach noch ungeimpften und immun-naiven Bevölkerung unzureichend:



7-Tages-Inzidenz in

den Bundesländern mit dem Ost-Lockdown (rote Linie) und den Öffnungsschritten in Vorarlberg (grüne Linie), 1. Mai 2021 ([Neuwirth-Statistiken](#))

Die Fallzahlen stiegen in Vorarlberg ab der Öffnung kontinuierlich an, in anderen Bundesländern blieben sie hoch, nur in den Ost-Lockdown-Ländern gab es deutliche Rückgänge.

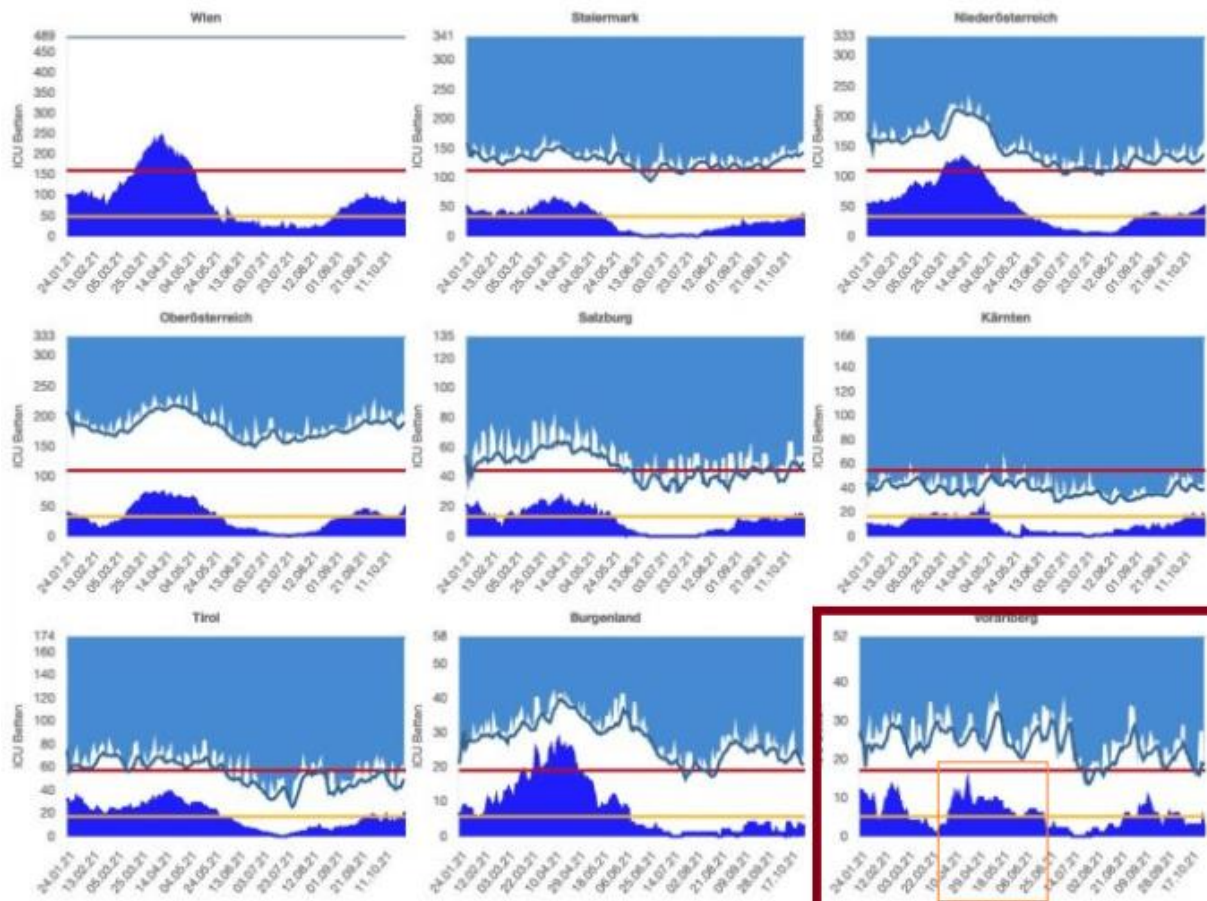
Später wurde behauptet, die Öffnung der Gastronomie [sei nicht Schuld](#) an den Infektionszahlen gewesen – das hätten auch die [Cluster-Analysen der AGES](#) gezeigt. „*Das Infektionsgeschehen spielte sich in erster Linie im privaten Bereich ab.*“

Dazu muss man wissen, dass laut einer parlamentarischen Anfrage an das Gesundheitsministerium von 2020, Personen, die sich in der GASTRONOMIE infizieren und daraufhin im Haushalt weitere Personen anstecken, letztere als **Haushaltscluster** geführt werden. Das war bereits beim Umfeld ARBEIT so, etwa auch Lehrer und Schüler betreffend. So konnte man vermehrte Ansteckungen im Schul- und Gastrobereich verschleiern.

Also ja, natürlich, mit einer ansteckenderen Virusvariante und einem falschnegativen Schnell- oder PCR-Test konnte es gerade in geschlossenen Gasträumen rasch zu Clustern kommen. Das galt auch für die Volks- und höheren Schulen. Beweisen kann ich das allerdings nicht.

## Intensivstationen Covid und Non-Covid seit Januar 2021

dunkelblau: Covid-ICU Patient:innen, hellblau: NonCovid-ICU Patient:innen, gelb: 10% der Gesamt-ICU-Kapazität, rot: 33% der Gesamt-ICU-Kapazität  
Quelle: ages - Hospitalisierung.csv



Belegung mit COVID-Patienten: dunkelblau, mit Nicht-COVID-Patienten: hellblau (inklusive 7-Tages-Schnitt) – das weiße Band bleibt immer gleich – das sind die Betten, die mangels Personal nicht genutzt werden können. Daten: AGES, Visualisierung: Alex Brosch ([aus meinem Blogtext von 2021](#))

Auf den Intensivstationen führte die Öffnung zu einem deutlichen Anstieg und kratzte kurzzeitig an der Kapazitätsgrenze, wobei bei diesem Wert bereits mit Triage-Situationen gerechnet werden muss.

Die Argumentation für die Öffnung und die Aufrechterhaltung der Öffnung war immer gleich falsch und zog sich wie ein roter Faden durch die Pandemie in ganz Österreich ohne erkennbaren Lerneffekt. „Die Fallzahlen sind derzeit niedrig“ – „Die Fallzahlen steigen, aber die Spitalszahlen sind noch niedrig“ alias „[Nicht nur auf Inzidenzen starren](#)“ – „Die Spitalszahlen steigen, aber es ist noch [genug Platz auf den Intensivstationen](#)“ – So konnte untätigerweise über mehrere Jahre hinweg immer wieder exponentielles Wachstum eintreten und dann gab es aufgrund der Verzögerung bei Hospitalisierung noch einen Nachlauseffekt, bis die Zahl der neuen Patienten wirklich zurückging.

Der Berater der Landesregierung, Armin Fidler, führte die steigenden Fallzahlen auf die Britische Variante zurück, nicht auf die Öffnung an sich. Doch das Virus kam nicht über den Keller in die Haushalte, sondern übertrug sich von Mensch zu Mensch, und das wurde mit den steigenden Kontaktzahlen wahrscheinlicher. Komplexitätsforscher Klimek äußerte [im](#)



[Interview](#) klare Skepsis an der Teststrategie, auch Mikrobiologe Elling kritisierte die Öffnungen.

Die Impfkampagne hat in Vorarlberg gemeinsam mit den Infizierten letztendlich den Rückgang der Infektionszahlen beschert, sodass sie wie andere Bundesländer ein (kurzes) Minimum erlebt haben, ehe die Delta-Variante sich durchgesetzt hatte.

Vorarlberger Gesundheitsexperte Armin Fidler (Berater ÖVP-Regierung):

*„Ein Virologe möchte natürlich möglichst alles kontrollieren, damit es zu keinen Infektionen kommt. Ein Ökonom auf der anderen Seite hat die Auswirkungen auf die Wirtschaft im Gesichtsfeld. Und meiner Meinung nach hat man ganz einfach verabsäumt, eine Kommission wirklich multidisziplinär zu besetzen. Da gehören Kliniker hinein, da gehören Leute aus dem Public Health-Bereich hinein, da gehören auch Ökonomen hinein, Sozialwissenschaftler usw. Und ich glaube, gerade am Beginn hat man da sehr viel auf die Virologie gesetzt. Und aus der virologischen Perspektive sind natürlich Lockdowns, Ausgangssperren usw. ein logischer Schritt.“* ([ORF Vorarlberg](#), 25.02.23)

Was von der Pandemie bleibt:

*„Rasch wieder raus aus solchen Einschränkungen, sobald es vertretbar und möglich ist.“*  
*Insbesondere Schulschließungen und flächendeckendes Distance Learning solle es in Zukunft nicht mehr geben. Ebenso haben der Lockdown für Ungeimpfte und die Impfpflicht durch die Ausgrenzung von Einzelpersonen mehr negative Folgen gehabt. Wichtig sei eine Stärkung der Krisenversorgung, um vor allem die Verfügbarkeit von Medikamenten sicherzustellen.“*  
([ÖVP-Landeshauptmann Wallner im Rückblick, 27. Juni 2023](#))

Im Schlusssatz noch der obligatorische Hinweis auf die „Eigenverantwortung“, die in einer Pandemie aber Fehl am Platz ist. Doch was heißt Zukunft, bezogen auf künftige Pandemien? Schulschließungen und Distance Learning kann kein Politiker für die Zukunft ausschließen, weil jeder potentiell gefährliche Erreger neu bewertet werden muss, nach Übertragungswegen, Infektiosität, Pathogenität relativ zu den Altersgruppen. Ein neues Influenzavirus könnte etwa vermehrt Kinder schwer erkranken lassen – dann wären offene Schulen fahrlässige Kindergefährdung. Mein Fazit: Wir lernen, dass wir nicht dazu lernen wollen – sondern es möglichst bequem haben wollen statt vernunftgesteuert solidarisch.

## Kärnten

**„Ein Lockdown wird nicht mehr notwendig sein.“** (19.05.20)

Zu Kärnten fällt mir nicht viel ein, außer „Kräuterhexe“ Rudolf Likar, Intensivmediziner am Klinikum Klagenfurt, Autor mehrere Bücher über Kräuterwissen und *„Ganzheitlich gesund bleiben“*. Bereits im Mai 2020 veröffentlichte Likar ein Buch mit dem Titel *„Bereit für das nächste Mal: Wie wir unser Gesundheitssystem ändern müssen“*. 2021 erschien von ihm *„Es lebe der Tod“*.

Unvergessen auch die Wortspende der ehemaligen Gesundheitsministerin und Fachärztin Kdolsky in der NÖN:

*„Man fragte sich, wieso Kärnten .... die wenigsten Corona-Zahlen aufwies. Offenbar gab es dort bereits im November eine lokal begrenzte Epidemie.. Es ist zu vermuten, dass dort bereits im letzten Herbst eine Durch- Immunisierung stattfand.“*

Das ist natürlich Bullshit. Die ersten Fälle traten im Jänner 2020 auf. Für eine lokal begrenzte Herdenimmunität hätte das niemals ausgereicht. Geringe Infektionszahlen sind eher den mangelnden Testangeboten zuzuschreiben.

Am 1. April 2021 hielt Likar nichts von *„emotionaler Wissenschaft und Horrorszenarien, in denen es heißt, dass in 14 Tagen die Intensivstationen übergehen werden. Alles wird von negativen Konjunktiven begleitet. Vorarlberg hat sein Tago offen und nichts ist übergangen.“* ([Kurier](#))

Das zeugt von seiner zur Schau gestellten Inkompetenz, den zeitlichen Versatz zwischen Neuinfektionen und Intensivstation (2-3 Wochen) zu berücksichtigen. In Kärnten waren die Intensivbettenbelegungen laut obiger Abbildung übrigens am Limit (10% Covid-Belegung), wenn man berücksichtigt, dass sie speziell im Winter immer 90% oder mehr ausgelastet sind.

In der *„Kleinen Zeitung“* behauptete Likar am 25. Februar 2025, dass medizinisch alles positiv gelaufen sei. Sie hätten sich nichts vorzuwerfen.

*„In Kärnten ist es besser gelaufen als anderswo. Im Gegensatz zu Wien oder Italien waren wir mit der intensivmedizinischen Versorgung nie an der Grenze.,,*

Für April 2021 stimmt das laut Auslastungsgrenze nicht, und in der Normalversorgung ....



Normalbettenbelegung in Kärnten. 4%:

erste Einschränkungen der Regelversorgung, 8%: nurmehr Akutbetrieb möglich, 11%: Akutversorgung gefährdet (Triage), Daten: AGES, Visualisierung: Alex Brosch (2022)

... kam es sowohl in der Delta-Welle 2021 als auch in der Omicron-Welle (BA.1/BA.2) zur maximalen Auslastung.

*„Die Bevölkerung wurde mit Verboten überhäuft. Auf die Eigenverantwortung mit gesunder Ernährung, Bewegung an der frischen Luft wurde nie hingewiesen.“*

Im März 2025 zog er im [ORF-Kärnten-Studio](#) das Pandemiefazit:

*„Also wir sind schon besser vorbereitet. Nur ich denke, wir sollten auf die eigene Verantwortung mehr fokussieren. [...] Ich kann für mein Immunsystem selbst viel machen.“*

In einer Pandemie, wo man grundsätzlich davon ausgehen muss, dass jeder Mensch keinerlei Immunität gegen einen neuartigen Erreger hat, und nachweislich auch viele junge Menschen schwer oder chronisch erkrankt sind, ist der Verweis auf die Eigenverantwortung fehl am Platz.

## Salzburg

Am 12. Februar hielt Infektiologe Allerberger einen [Vortrag auf der Uni Salzburg](#), wo er das Virus nicht nur verharmloste, sondern auch abschätzig über China redete. Zudem äußerte er sich mehrfach fremdenfeindlich und rassistisch. Er outete sich außerdem damit, kein Corona-Experte zu sein.

Infektiologe Greil, ein hochintelligenter Arzt in Salzburg, unterschätzte Anfang Februar 2020 noch das Coronavirus und sah „keine Gefährdung“ ([Bezirksblätter](#)). Er revidierte aber bald seine Meinung warnte ab dem Frühling 2020 deutlich und wiederholt, ebenso warnte er am [22. Mai](#) vor einer zweiten Welle.

Im Juni 2020 wurde in Salzburg das [Rotaryclub-Superspreading-Ereignis](#) bekannt. Dabei hatte sich auch eine Person infiziert, die zehn Meter von der Index-Person entfernt stand. Die Politiker waren überrascht, sie dachten ernsthaft, das Schlimmste sei bereits überstanden.

*„Wir alle waren eigentlich der Meinung und die Gefühlslage ist: Die Krise ist im Großen und Ganzen bewältigt.“* (Landeshauptmann Haslauer am 20.06.20)

Kurz vor Schulbeginn behauptete Landesrätin Klambauer (NEOS), *dass gesichert sei, dass Kinder unter 12 Jahren, „vielleicht sogar unter 15“ eine völlig unbedeutende Rolle im Ansteckungsgeschehen spielen würden. Die Infektionsketten würden von den Eltern zu den Kindern verlaufen und nicht umgekehrt. Sie teilte Allerbergers Einschätzung, dass Covid19 nicht als hochgefährlich, sondern ähnlich wie ein schweres Grippevirus zu sehen sein sollte* ([Bezirksblätter, 01.09.20](#))

Das war natürlich völliger Bullshit – dem Umstand geschuldet, dass erstens kein Regelbetrieb in der ersten Welle stattfand und Kinder kaum getestet wurden, zweitens Erkenntnisse diesbezüglich aus dem Ausland (alles nachzulesen im Drostén-Podcast) ignoriert wurden und drittens mutmaßlich auf Ludvigsson et al. verwiesen wurde, ein späterer Great-Barrington-Declaration-Unterzeichner, [der faktenwidrig behauptet hatte](#), es hätte in Schweden keine großen Schulausbrüche gegeben. Rendi-Wagner (SPÖ) und Meisl-Reisinger (NEOS) haben sich wiederholt auf Schweden bezogen.

Im ZiB2-Interview am 18. Dezember 2020 ließ Haslauer seinen berühmten Sager vom Stapel:

*„Ich möchte mich auch bei der Seilbahnwirtschaft bei jenen Unternehmen bedanken, die in dieser schwierigen Zeit da sind für unsere Einheimischen.“*

So mancher hätte wohl erwartet, dass das Spitalspersonal auch erwähnt würde.

Greil warnte im August 2021 erneut vor einer massiven Welle aufgrund steigender Hospitalisierungsraten und forderte Anfang November wieder Kontaktbeschränkungen.

Am 10. November 2021 reagierte Haslauer eher trotzig auf den drohenden vierten Lockdown aufgrund der Delta-Welle:

*„Mir ist klar, wenn die Virologen sagen, dass jeder einzelne Salzburger und Österreicher in ein Zimmer eingesperrt ist .. aber dann wird er halt aus Depression verhungern und verdursten.“* (Pressekonferenz)

Damit verstärkte er das anti-wissenschaftliche Narrativ, die Virologen wären alles Fachidioten, die nicht interdisziplinär vernetzt wären.

Spitalsarzt: „*Es herrscht jeden Tag ein menschenunwürdiger Streit, wessen Patient zuerst operiert werden könne. Der mit dem Tumor oder der mit dem kaputten Herz.*“ ([Salzburger Nachrichten, 16.11.2021](#))

Auch drei Kleinkinder und ein 19jähriger lagen Mitte November 2021 im Kinderspital Salzburg, in der offiziellen Spitalsstatistik wurden aber nur Erwachsene berücksichtigt ([ORF Salzburg](#)).

Mindestens einmal habe ich aufgrund eines Facebook-Eintrags der Salzburger SPÖ im Pongau dokumentiert, dass man den GBD-Ideologie vertretenden Public-Health-Mediziner Martin Sprenger zu einem Corona-Rückblick/Infovortrag eingeladen hat.

The image shows a Facebook post from the SPÖ St. Johann im Pongau page, dated June 14th. The post text expresses excitement about inviting Public Health expert Dr. Martin Sprenger to St. Johann to discuss the pandemic's challenges and future impacts. It mentions free entry and a link to a website for donations. Below the post is a flyer for an event featuring Dr. Martin Sprenger. The flyer includes the SPÖ St. Johann and SWV (Salzburger Wirtschaftsverband) logos. It features a portrait of Dr. Sprenger and a smaller photo of the moderator, Evi Huber. The event title is 'Public Health Experte MARTIN SPRENGER: Die gesundheitlichen, psychosozialen und wirtschaftlichen Folgen der Pandemie'. It is scheduled for June 29th, 2022, at 19:30 Uhr at the WIFI Pongau. A small caption at the bottom left of the flyer identifies Martin Sprenger as a doctor and mentions the social nature of the pandemic.

**SPÖ St. Johann im Pongau**  
14. Juni · 🌐

Ich freue mich sehr, dass es mir gelungen ist, den Public Health Experten Dr. Martin Sprenger nach St. Johann zu holen. Die Pandemie ist eine große Herausforderung für uns ALLE. Um vergangene und zukünftige Auswirkungen der Pandemie wird an diesem Abend diskutiert 😊

Der Eintritt ist frei.  
Freiwillige Spenden gehen an das Projekt von Patrizia Marchard-  
[www.schutzfilm.com](http://www.schutzfilm.com)

---

**SPÖ ST. JOHANN** **SWV**  
SALZBURGER WIRTSCHAFTSVERBAND

**Public Health Experte  
MARTIN SPRENGER:**  
Die gesundheitlichen, psychosozialen  
und wirtschaftlichen Folgen der Pandemie

Impuls Vortrag und Diskussion  
Moderation: Vizebürgermeisterin Evi Huber, BA

**29. Juni 2022 | Beginn: 19.30 Uhr**  
WIFI Pongau, Premweg 4, 5600 St. Johann/Pg.

MARTIN SPRENGER ist Arzt und  
Die Corona-Pandemie war vor allem auch ein gesamtgesellschaftliches und damit ein soziales Ereignis.

Wenn man das Land Salzburg erwähnt, sollte auch das Problemkind ServusTV erwähnt sein. Der Red Bull Sender hat durch die Pandemie hindurch mehrfach Corona-Leugner und andere

Verschwörungsideologen eingeladen. Seriöse Talkgäste betrieben durch ihre Zusagen für „Talk im Hangar“ lupenreines „False Balance“. Mehr zur Einflussnahme dieser Talksendungen [in diesem ausführlichen STANDARD-Artikel](#) zu einem ACP-PP-Bericht (2021).

Ebenso problembehaftet ist der jährlich stattfindende Pathovacc-Kongress in Tamsweg.

Obmann ist Bernhard Happmaier, Amtsarzt und Homöopath, [der 2005 einen Kongress organisiert hat](#), der erzkonservative Ärzte und „Opus Dei“ nahe stehende Wissenschaftler und Politiker versammelt.

Obmann-Stellvertreter ist Reinhard Sellner, Homöopath und Vater des Identitären Martin Sellner.

- 2021 hielt Infektiologe Allerberger beim Pathovacc-Kongress in Tamsweg den ersten Vortrag, mit dabei auch [Wolfgang Wodarg](#).
- 2022 und 2023 hielten Wodarg, Andreas Sönnichsen und der impfkritische Rechtsanwalt Gottfried Forsthuber Vorträge, 2024 erneut Wodarg und Sönnichsen
- 2025 sind u.a. eingeladen: Sönnichsen, Wodarg

## Steiermark

Am 22. September 2020 fand in Graz der Primärversorgungskongress statt, wo [Allerberger gemeinsam mit Sprenger](#) ein Seminar hielt. Gesundheitslandesrätin Bogner-Strauss war auch dort und bei der Podiumsdiskussion dabei. Allerberger behauptete dort u.a.:

*„Der Hausarzt ist zuständig, auch wenn alle Jugendlichen, alle jungen Menschen eigentlich drüber lachen können über dieses Virus.“*

Es sind auch junge Menschen an Covid verstorben und eine nicht vernachlässigbare Anzahl an jungen Menschen schwer erkrankt bzw. nun durch Long Covid/MECFS behindert.

*„Die serbischen Regalschlichterinnen, die im Sozialraum gemeinsam schlecht durchlüftet ganz hinten, kleiner Raum, das Mittagessen einnehmen, stecken sich natürlich untereinander an, weil sie sich unterhalten in der Muttersprache.“*

Rassismus.

*„Wie ich meine Public-Health-Ausbildung bei John Hopkins [USA] gemacht hab, war ich ganz einmal frustriert, weil bei allen Beispielen nicht gerechnet wurde zwischen Äpfel und Birnen wie wir es in der Volksschule in Österreich lernen, sondern zwischen Schwarze und Weiße. Ich hab das nie ganz verstanden, denn die Schwarzen, die ich kenne, da hat praktisch jeder mal einen weißen Urgroßvater oder irgendwas Weißes drinnen.“*

Rassismus. Afrikanische Amerikaner machen nur 13% der US-Bevölkerung aus, aber fast ein Viertel aller Covid-Toten ([Quelle](#)).

Ähnlich wie Landesrätin Klambauer schloss auch Bogner-Strauss (ÖVP), wohl dank der Desinformation beim Primärversorgungskongress, aus, dass Kinder für die Pandemie entscheidend sein würden:



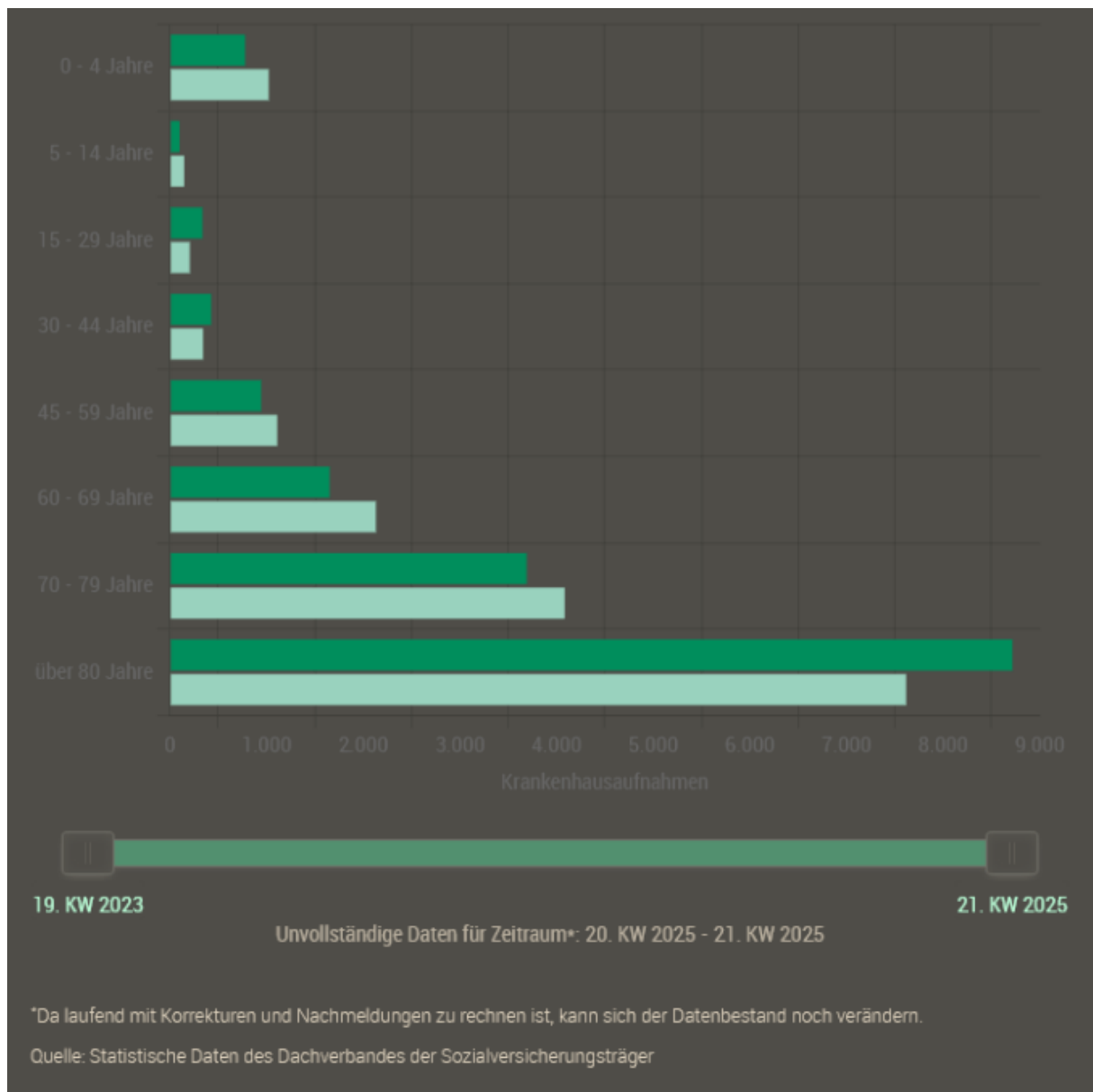
*„Besonders beruhigend für beide Experten [Sprenger und Allerberger]: Kinder spielen bei der Verbreitung der Erkrankung keine Rolle, sie bilden also keine Cluster und können problemlos in die Schule, wenn sie keine Krankheitssymptome haben. Das zeigen die Daten sehr eindeutig. Bogner-Strauss: „Wir müssen da die Angst rausnehmen“* ([26.09.20, DerStandard](#))

Infektiologe Klaus Vander, Graz, argumentierte von Beginn an wie ein klassischer Great-Barrington-Vertreter.

*„Ein zweiter Lockdown wird nicht notwendig sein. Vielmehr müsse man sich an das Coronavirus als einen zusätzlichen Erreger von viralen Atemwegsinfektionen gewöhnen müssen. „Risikogruppen müssen besonders geschützt werden“.*“ ([15.10.20, Kleine Zeitung](#))

Ein zweiter Lockdown wurde notwendig. Risikogruppen leben nicht auf dem Mond, sondern sind Teil der Gesellschaft.

*„Ältere Menschen haben zwei Motive: Selbstschutz und Solidarität. Bei Jugendlichen fällt Ersteres weg, da diese Altersgruppe so gut wie nie schwer erkrankt.“*



[SARI-Diagnosen](#), hier Covid19, nach Alter und Geschlecht, 19. KW 2023 bis 21. KW 2025

Aus der akuten Pandemiephase habe ich gerade keine Daten, in den letzten 2 Jahren wurden zumindest über **530** 15-29jährige, über **240** 5-14jährige und über **1700** 0-4jährige im Spital behandelt. Selten, ja, aber „so gut wie nie“? Nein.

### Werden im Herbst die Schulen öffnen?

„Alles andere wäre ein Wahnsinn. Lehrer, Großeltern etc. können ja nun durch die Impfung geschützt werden. Unter den unter 12-Jährigen wird das Virus immer zirkulieren, **da sie nicht geimpft werden können**. Ich bin auch dafür, das Testen und die Maskenpflicht in den Schulen abzuschaffen. Der Irrsinn muss ja einmal ein Ende haben.“  
([Krone, 28.07.21](#))

Die Zulassung der Impfung für unter 12-jährige erfolgte im November 2021. Bis dahin hätte man die Masken- und Testpflicht noch lassen können. Wie gesagt, klassische Great-Barrington-Argumentation. Vulnerable Kinder gibt es anscheinend nicht.

ÖVP-Landeshauptmann Schützenhofer kritisierte im Pressegespräch die Absicht der Maßnahmen-Voraussetzungen:

*„Der Stufenplan ist nämlich ein Reaktionsplan, man braucht aber einen Aktionsplan. Wir wollen verschärfen, damit es nicht schlechter wird.“* (27. Oktober 2021)

Während der Omicron-Welle [Anfang 2022](#) kritisierte Vander erneut die Test-Strategie:

*„Wir erzeugen mit diesem manischen Testen ein Scheinbedrohungsszenario, denn wir testen asymptomatische Kranke.“*  
*„60 Prozent sind nicht geimpft. 40 Prozent sind geimpft, aber von diesen 40 Prozent ist der Großteil auf der Intensivstation wegen Begleiterkrankungen.“*

Zumindest bis dahin spielte die präsymptomatische Übertragung noch eine wesentliche Rolle in der Entwicklung größerer Infektionswellen. Beim Testen weiß man noch nicht, ob die Person asymptomatisch bleibt oder später Symptome entwickelt. Und wieder wird differenziert aufgrund von Begleiterkrankungen.

Bogner-Strauss deutete in einem Interview an, dass Vorerkrankungen an den Todesfällen schuld seien und nicht die (ursächliche!) Covid-Infektion. Zudem wäre es ihr recht, wenn in Schulen und anderen Bereichen bald nicht mehr getestet und Maske getragen würde ([13. März 2022, Kleine Zeitung](#)). Wir erinnern uns, dass mit den Omicron-Wellen 2022 ähnlich viele Menschen starben wie mit dem Wildtyp 2020.

Im [Oktober 2022](#) verwies Vander auf die Eigenverantwortung, dass vulnerable Personen selbst eine Maske tragen sollten.

## **Oberösterreich**

Schwarz-blau regiert. Doch auch die SPÖ machte keinen guten Eindruck, als zwei SPÖ-Politiker geschasst wurden, nachdem sie mit Kindern als Plakatsujet für die Impfung werben wollten.



SPÖ Altmünster

## Großer Andrang bei Themenabend zur Covid-Pandemie

ALTMÜNSTER. „Miteinander Reden“ lautete das Motto beim Themenabend „Covid-Pandemie im Rückspiegel?“ mit Martin Sprenger. Der Einladung der SPÖ Altmünster mit Raffael Binder als Obmann des Gesundheitsausschusses folgten weit über 100 Besucher. Als Location diente die Berufsschule Altmünster.

oö Salzkammergut Kerstin Müller

**WISSEN, WAS LOS IST.**

**mit Dr. Martin SPRENGER**

**Das Virus und die Schule**

**Mi, 23.9. 18.30 - 19.30 Uhr**

SPÖ Oberösterreich ha transmitido en directo.

23 de septiembre de 2020 • 4

Das Virus und die Schule – Dr. Martin Sprenger zur Corona-Ampel, Home-Schooling und Angstmacher

Ähnlich wie in Salzburg lud auch die SPÖ in Oberösterreich PH-Mediziner Sprenger zur Covid-„Aufklärung“ ein.

Sprenger gab u.a. dem rechtsextremen Sender AUF1 ein Interview. Oberösterreich ist auch berüchtigt wegen seiner vielen Pseudoexperten – etwa die [Labor-Tsunami-Pressekonferenz](#)

[am 18. September 2020](#) mit Apfalter, Sprenger, Allerberger, Weiss, Niedermoser und Gattringer.

Die Infektiologin Petra Apfalter, zudem Mitglied der Ärztekammer Oberösterreich, hatte ein eigenes Labor, wo sie selbst Gurgel-PCR-Tests durchführte. Trotzdem behauptete sie im Herbst 2020 im ORF-Report, dass „Gurgeltests absolut abzulehnen wären“. Eine gemeinsame Pressekonferenz mit dem damaligen Bildungsminister Heinz Faßmann, wo sie als Beraterin fungierte, unterzog ich damals schon einem ausgiebigen Faktencheck ([Teil 1](#) und [Teil 2](#)). Grundtenor: Kinder möglichst gar nicht testen, weil sie würden eh keine Rolle spielen. Der Hausarzt soll testen (und damit sich selbst und andere Patienten gefährden), am besten nur bei Symptomen.

Im November 2020 lag die 7-Tages-Inzidenz im Bezirk Rohrbach (Mühlviertel) vorübergehend bei **über 1400**, der österreichweite Schnitt war bei 527, im Februar 2022 stieg sie sogar auf **jenseits der 3600**. Eine Studie der Umwelt-Medizin ließ eine mögliche Ursache erkennen: In ländlichen Regionen hielt sich die Bevölkerung weniger an die Schutzmaßnahmen als im städtischen Bereich. Und was der blauen Koalition gar nicht gefallen haben dürfte: *Je höher der Ausländeranteil, desto niedriger die Infektionszahlen* ([DerStandard, 12. Februar 2021](#)).

Am 2. März 2022 lud der oberösterreichische Landtag u.a. folgende Auskunftspersonen ein: Petra Apfalter, Martin Haditsch und Martin Sprenger.

Die Haus- und Impfärztin Lisa-Maria Kellermayr, die in Oberösterreich praktizierte, wurde Opfer einer rechtsextremen Hass- und Hetzkampagne gegen sie und nahm sich im Juli 2022 das Leben. Einer der mutmaßlichen Täter wurde [im April 2025](#) freigesprochen. Die Reaktion der Bundes- und Landesregierung fiel verhalten aus. Kellermayr hatte zuvor schon beklagt, dass die Politiker wegschauen würden. In weiterer Folge des Jahres 2022 und 2023 ging man weiter auf die Impfgegner und Coronaverharmloser zu, statt deren Narrative zu entkräften – aus Angst vor der MFG und FPÖ.

## Niederösterreich

Wirklich auffallend war, wie oft Epidemiologe Gartlehner von der Donau-Uni Krems in der ZiB2 interviewt wurde. Dazu muss man wissen, dass die ÖVP-Landeshauptfrau bis 2023 Vorsitzende von NÖGUS (Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds) war. NÖGUS und das Cochrane Institut von Gartlehner richteten gemeinsam jährlich das EUFEP (Europäische Forum für evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention) aus. Wolfgang Sobotka (ÖVP), der Vorgänger von Mikl-Leitner, war Vorsitzender NÖGUS, als Gartlehner 2007-2008 eine Stiftungsprofessur erhielt. Ob man daraus einen Interessenskonflikt mit der Landesregierung ableiten kann oder darf, überlasse ich dem Leser.

G

Von Gartlehner habe ich sehr viele Zitate gesammelt, wo er im wesentlichen Great-Barrington-Ideologie vertritt. Er hielt nichts davon, gesunde Kinder zu impfen, äußerte sich wiederholt kritisch zur Maskenpflicht. Er wirkte auch beim Impfgegnerfilm *„Im Stich gelassen“* von Impfgegner und AIDS-Leugner Bert Ehgartner mit, und diskutierte auf offener Bühne mit dem Coronaverharmloser Martin Haditsch (False Balance).

Sonst kann ich von Niederösterreich wenig berichten, außer dem ein oder anderen haarsträubenden Sager der damaligen Gesundheitslandesrätin Königsberger-Ludwig (SPÖ),



die jetzt Staatssekretärin für Gesundheit in der schwarzpinkroten Koalition ist. Allerdings hab ich die Zitate offenbar nicht in meinen Sammlungen dokumentiert. Im April 2021 wollte Mikl-Leitner erst den Ost-Lockdown verweigern, nach Gesprächen mit Ex-Gesundheitsminister Anschober lenkte sie aber doch noch ein.

In Niederösterreich hat die FPÖ [in einigen Gemeinden](#) bei der letzten Wahl weitere Zugewinne erhalten. Aus eigener Erfahrung und Anekdoten kann ich berichten, dass entlang der Thermenlinie, speziell von Baden bis zum südlichen Steinfeld mehr Blau- und MFG-Wähler aktiv sind als etwa im nördlichen Weinviertel, bemerkbar durch einschlägige Aufkleber an diversen Wegweisern oder Autoaufklebern, öfter auch noch mit Coronabezug, aber auch klar rechtsextreme Inhalte.

Der [Rechnungshof](#) hat heuer erst den Rückzahlungsfonds für Coronastrafen in Niederösterreich durch die schwarzblaue Landesregierung kritisiert.

*(man merkt, mir geht aufgrund der Länge und des Aufwands des Beitrags langsam die Luft aus)*

## Burgenland

Was Landeshauptmann Dörbner (SPÖ) gut machte: Er steigerte die [Impfquote](#) mit einer Impflotterie.

SPÖ-Landesgeschäftsführer im Burgenland, Roland Fürst, verwies [im Herbst 2020](#) ebenfalls auf Martin Sprenger. Am 6. Dezember 2022 tweetete er außerdem das Allerberger-Interview im Profil und bezeichnete es als “spannend” und: “*Wenn Herr Allerberger als “umstritten” gilt, dann wohl auch jeder und jede andere Covid-Expertin.*”

## Wien

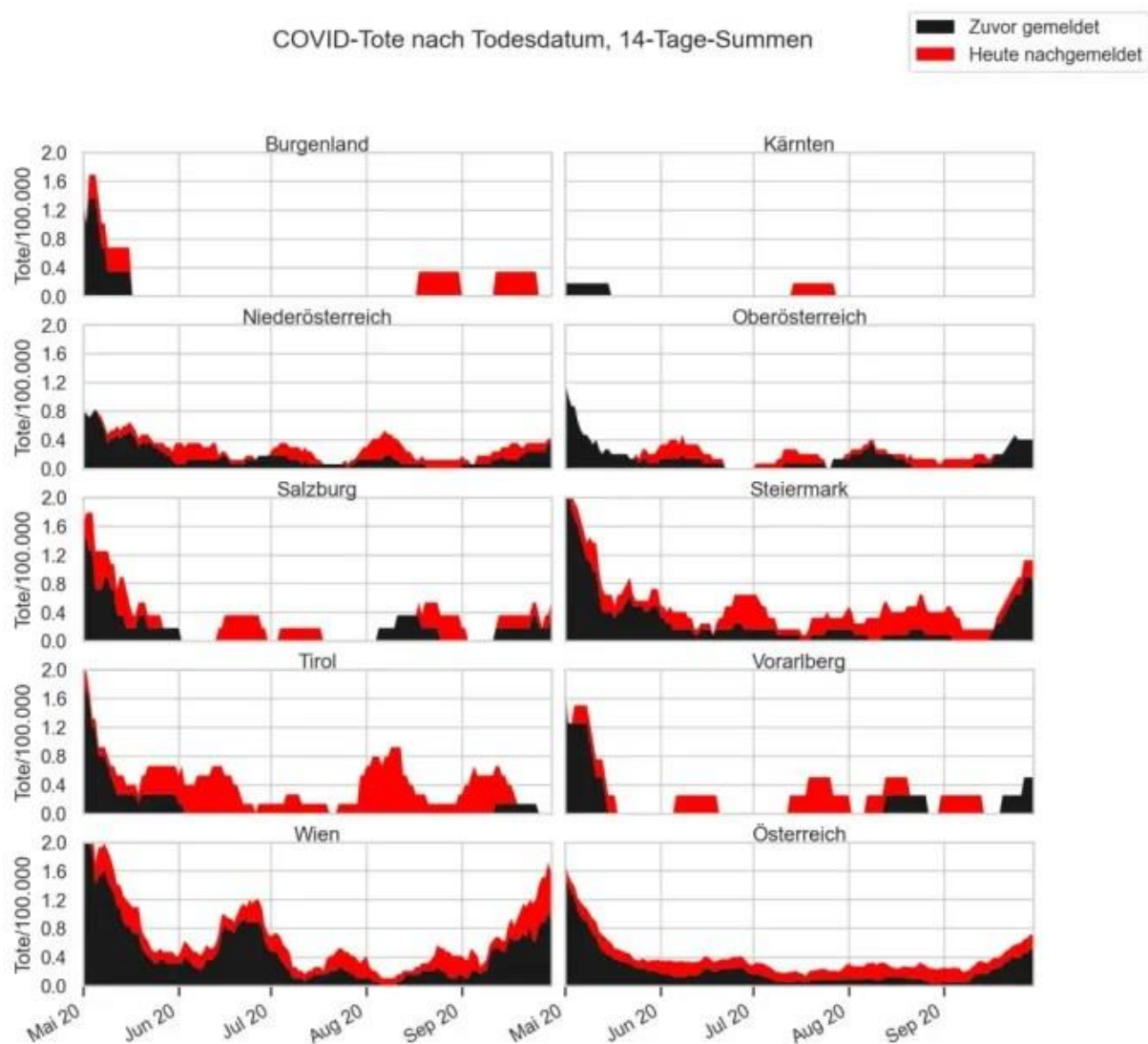
Was fällt mir zu Wien ein? Die Stadtregierung ließ die Stadtparks offen, während die ÖVP-Landwirtschaftsministerin die Bundesgärten geschlossen hielt. Das hat mich als Anrainer negativ geprägt. Ich fühlte mich als autoloser Bewohner, der die Öffis nur für die Arbeit nutzen durfte, wirklich eingesperrt.

## "Hysterische" Ärzte

Das Reservoir an Masken und Schutzanzügen in den Wiener Spitälern ist laut dem Stadtrat gut gefüllt - auch wenn niemand wisse, was auf das Gesundheitssystem noch zukomme, wie er hinzufügte. Laut Hacker ist es jedoch "bemerkenswert", wie sich manche Ärzte nun ängstigen würden: "Es wäre eigentlich zu erwarten, dass sie im Umgang mit Viren am entspanntesten sind, denn sie wissen am besten über Ansteckungen Bescheid. Sie wissen, welche Schutzmechanismen funktionieren und welche nicht. Es ist fatal und an sich inakzeptabel, wie hysterisch da zum Teil reagiert wird."

Derzeit würden Fragen diskutiert, um die sich normalerweise kein Mensch kümmere: "Plötzlich fragt man sich, wie viele Schutzmasken ein Spital hat und wie viel viel ist. Der Krankenanstaltenverbund kauft seit Jänner auf dem Weltmarkt ein wie verrückt. Wir haben so viele wie niemand anderer."

Gesundheitsstadtrat Hacker (bei den Stadt- und Landesräten für die Bewältigung der Pandemie kommt kein Bundesland gut weg) machte sich gleich einmal [bei den Ärzten unbeliebt](#), als er im Falter-Interview meinte, sie würden teils ängstlich und hysterisch reagieren, weil unklar war, wie viel Schutzmaterial vorhanden sei.



**Grafikquelle:** @zeitferne (Twitter), [Blogtext vom 22. April 2022](#)

Nach dem Ende des ersten Lockdowns verteilte die rote Stadtregierung für alle Einwohner [Lokalgutscheine](#), um die Gastronomen zu unterstützen. In Großbritannien gab es eine ähnliche Aktion, die Wissenschaftler später als fatal kritisierten – dadurch seien 45000 Personen gestorben. Das Programm hätte die Öffentlichkeit dazu angeleitet, ein epidemiologisches Risiko einzugehen. Besser wäre es gewesen, man hätte der Branche einfach das Geld überwiesen. Die nachgemeldeten Toten in Wien zeigen, dass die Infektionszahlen im Sommer deutlich höher waren als lange Zeit angenommen.

Vor der Wien-Wahl im Herbst 2020 schloss Bürgermeister Ludwig einen Lockdown dezidiert aus. Die einzige Befürworterin der damaligen Elefantenrunde, Vizebürgermeisterin Birgit Hebein (Grüne), wurde nach der Wahl absagt, weil Ludwig lieber mit den Neos koalieren wollte. Das war wohl nicht der einzige Grund, aber einen schlanken Fuß machte es nicht. In der zweiten Welle gab es auch in Altenheimen und in sensiblen Spitalsbereichen in Wien Cluster. Anekdotisch hielt man es mit der Maskenpflicht nicht so genau.

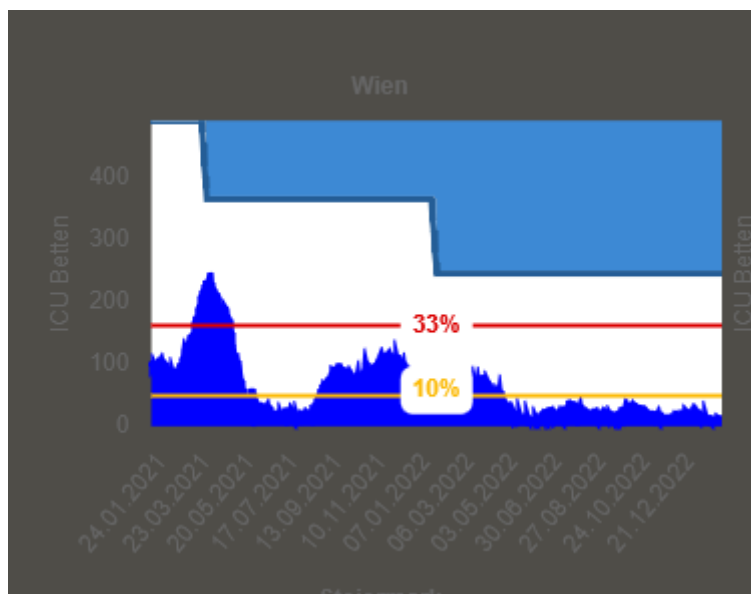
Im Februar 2021 gab Ludwig gemeinsam mit Kurz eine Pressekonferenz: „Wir gehen ins Risiko“.

*„Mit den heutigen Entscheidungen nehmen wir Risiko: wir haben uns die Einschätzungen der ExpertInnen angehört -und sind gleichzeitig sehr nah an den Bedürfnissen der Bevölkerung. Zwischen diesen beiden Polen haben wir ein gutes Mittelmaß gefunden.“*

(Quelle: [Facebook-Account, 01.02.21](#))

Noch im März 2021 wollte Hacker die Schanigärten öffnen, als längst absehbar war, dass die Alpha-Variante zum Problem werden wird. Junge Erwachsene säumten den Donaukanal, was zum Aktionismus veranlasste, dort eine FFP2-Maskenpflicht einzuführen, wo das geringste Infektionsrisiko bestand – relativ gesehen nämlich zu den ganzen Garagen- und Indoorpartys und zur Schule sowieso. Zugleich machte die Stadt Wien etwas richtig und stellte ein PCR-Gurgelsystem auf die Beine, zuerst in den Schulen, später für die gesamte Stadtbevölkerung. Dadurch hatte Wien eine extrem gute Testabdeckung.

Doch in einem Punkt blieb Wien nachlässig, denn die Durchimpfungsrate der 75jährigen und älter blieb [vor der Alpha-Welle zu gering](#).



ICU-Belegung in Wien zwischen 24.01.2021 und 21.12.2022, dunkelblau: Covid-Patienten, hellblau: Nicht-Covid-Patienten, weiß: freie Betten, gelb: 10% der Gesamtkapazität (Regelversorgung eingeschränkt), rot: 33% (Triage)

Die Hospitalisierungszahlen stiegen schnell und kamen in den vollen (harten) Triage-Bereich – mit Ankündigung. So wies Intensivmediziner Klaus Markstaller am 8. März darauf hin, dass auch ohne Covid alle Intensivbetten belegt seien und die Prognosen dramatisch wären. Der Ost-Lockdown war die Folge. Von Ludwig wurden zwei Erklärungen genannt:

*„Dass sich die britische Mutation in allen Altersklassen viel aggressiver auswirkt und Schulen zu Orten der Ansteckung werden, das war da noch nicht klar.“* (Krone, 27.03.21)

*„Dass die Ostregion derzeit stärker von Infektionen betroffen ist, liege an der Nähe zu Ländern wie Tschechien oder Slowakei, wo die britische Mutation besonders stark verbreitet ist.“* (Kurier, 24.03.21)

Schulen waren vorher schon Orte der Ansteckung, das haben zahlreiche Studien und Beobachtungsdaten aus anderen Ländern schon bewiesen, u.a. auch ein [Policybrief der AGES](#) zur Wirksamkeit von Schulpräventionsmaßnahmen vom 20. Jänner 2021. Die gestiegene

Infektiösität bei jüngeren Menschen wurde erst kurz vor der Ausrufung des Lockdowns wissenschaftlich veröffentlicht ([Volz et al. 2021](#), [Rasmussen 2021](#)), doch Medienberichte gab es davor schon aus dem Ausland. Wo war better safe than sorry? Für die starke Welle muss man dann auch nicht die Ausländerkarte ziehen – die Öffnung der Schulen hat dafür völlig ausgereicht. Engmaschige Tests verhindern nun mal nur mit Absonderung Folgeinfektionen, aber keine Index-Infektionen.

Ludwig wenig selbstkritisch im Rückblick: *„Ich habe Corona nie unterschätzt, da ich gesehen habe wie es den Menschen geht, die im Spital liegen. Wir wissen auch noch immer nicht, wie sich LongCovid genau auswirkt.“* (16.07.22, Twitter)

Es ist diese Unehrlichkeit, die mich solche langen Blogtexte schreiben lässt. Gib doch einfach zu, dass Du Dich geirrt hast und vor der Wirtschaftslobby eingeknickt bist, die immer nur einen Horizont von zwei Wochen hatten. Jetzt ging es schief und dafür sollte man geradestehen. Die Risikovariante hat mehr Leben gekostet als die Alpha-Variante.

Im Juni 2021 antwortete Hacker auf die Frage, ob die Wiener Regierung die Vorbereitung auf die zweite Welle verschlafen habe:

*„Wir haben vorher nicht gewusst, was auf uns zukommt. Es gab noch nie zuvor eine Covid 19-Pandemie.“* (19.06.21, [DerStandard](#))

Mit Greil, Krammer, Drosten, Burgmann, Wagner, Klimek haben zahlreiche Experten schon ab April 2020 vor einer schweren Winterwelle gewarnt.

**STANDARD: In der zweiten Welle hatte Österreich mehr Tote als viele andere EU-Staaten zu beklagen – gerade in Alten- und Pflegeheimen. Ist da eine Erfolgsbilanz wirklich angebracht?**

*Hacker: Das waren aber nicht nur Menschen, die an Covid, sondern auch mit Covid gestorben sind. Das ist das ungelöste Problem an dieser Statistik. Unterm Strich sehen wir nur geringe Ausschläge bei der Übersterblichkeit. Es hätte definitiv schlimmer kommen können.*

Ausgesprochen zynisch und zudem ein typisches Narrativ der Coronaverharmloser. Tatsächlich wurden über 80% der Todesfälle direkt auf Covid zurück geführt ([Stillfried et al. 2022](#), [Stellungnahme Gesundheitsministerium 2022](#), [Trauner et al. 2023](#)).

Am 9. September 2021 fragte DiePresse: **„Da es im Kindergarten kein so dichtes Testsystem, dafür jedoch viel engen Kontakt gibt: Könnte man da von einer „kontrollierten Durchseuchung“ bei den Kindern reden?“** Hacker: *„Ja, aber das ist schon die ganze Zeit so.“*

Realistisch betrachtet hätte es im Kindergärten kaum Möglichkeiten gegeben, Infektionen zu verhindern, außer viel im Freien zu unternehmen, häufig Lüften, Luftreiniger und Maskenpflicht zumindest für ErzieherInnen, auch aus Selbstschutz. Privatinitiativen, CO<sub>2</sub>-Messgeräte oder Luftfilter in Kindergärten oder Schulen einzubringen, wurden abgeschmettert. Offenbar war die Sorge zu groß, dass man danach Geld in die Hand hätte nehmen müssen, um die Missstände mit “dreckiger Luft” zu beseitigen.



Im Herbst 2021 während der schweren Delta-Welle ließ Wien die Impfung für unter 12-jährige bereits offlabel zu, ehe sie im November offiziell zugänglich war. Das bewies Herz und Verstand. Schade, dass man danach nicht mehr getan hat, die Impfraten bei den Kindern weiter zu erhöhen.

Am **5. März 2022** fand der „Freedom-Day“ statt – später die beiden **Benefizkonzerte für die Ukraine am Heldenplatz bzw. im Ernst-Happel-Stadium** – just am Höhepunkt der BA.2-Welle und mit Überlastung der Normalstationen bei gleichzeitiger Krankheitswelle beim damals noch Maske tragenden Personal, das sich wahrscheinlich größtenteils bei den eigenen Schulkindern angesteckt hat. Man hätte eine Maskenpflicht verlangen können, die Personenanzahl beschränken und gleichzeitig einen Livestream anbieten.

Am 30. März 2022 duellierten sich Hacker und Gesundheitsminister Rauch 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.”*

Das war also der Hauptgrund für den strengen Weg. Nicht besondere Vorsicht über mögliche Spätfolgen oder Risikogruppen, die Teil der Gesellschaft sind, sondern es ging vor allem um die großen Wiener Spitäler, die in einer Millionenstadt gefährdet waren, und teilweise Patienten aus dem Umland aufnahmen.

Im Mai 2022 behielt Wien immerhin die Maskenpflicht in den Öffis bei, während sie in den anderen Bundesländern abgeschafft wurde. Viele Bürger verhielten sich sehr obrigkeitshörig: Ab der Stadtgrenze stadtauswärts wurde die Maske abgesetzt, als wäre das Virus plötzlich aufgrund der stärkeren Schwerkraft in Niederösterreich zu Boden gefallen. Natürlich gab es das auch umgekehrt.

Im Februar 2023 entschied die Wiener Stadtregierung, die Maskenpflicht mit März aufzuheben. Das sollte am Höhepunkt der XBB.1.5-Welle geschehen, übrigens auch während andere airborne Viren wieder verstärkt zirkulierten. Begründet wurde die Aufhebung nun damit, dass die Intensivstationen nicht mehr gefährdet seien. Hacker [„hing die Maske schon zum Hals heraus“](#),. Das war keine gute Public-Health-Kommunikation.

Von einem Tag auf den anderen trug kaum noch ein Fahrgast eine Maske. Von wegen, die Wiener wären vernünftiger und aufgeklärter gewesen. Sie haben die Maske wegen Ludwig getragen, nicht, weil sie eine Ansteckung und Übertragung verhindern wollten.

Man hätte in den Wiener Öffis (und außerhalb) Durchsagen machen können, die an gegenseitige Rücksichtnahme, Respekt mit Schwächeren und den Schutz jener zu appellieren, die keine Maske tragen können (Säuglinge und Kleinkinder oder Menschen mit schweren Behinderungen). Stattdessen gab es auch in Wien kaum Kontrollen, geschweige denn Strafen, und eben keine Erläuterung, warum Maske tragen sinnvoll ist, unabhängig vom „Belag“ in den Spitälern.

Die österreichische Schriftstellerin und Kolumnistin Julia Rabinowich titelte es treffend mit *„Frage mich, wann aus schau auf mich, schau auf dich ein scheiss auf dich geworden ist...“* (08.02.23, Tweet)

Argumentiert wurde die Aufhebung der Maßnahmen auch mit der Omicron-Familie. Diese würde auf eine bereits durchimmunisierte Bevölkerung (vorherige Infektionen, Impfungen) treffen, wobei man geflissentlich wegließ, dass es erst seit 21. Oktober 2022 eine Impfung für 0,5-4jährige gab.

Hacker am 9. Februar 2023 im ZiB2-Interview:

*„Wir können aber mit unseren Maßnahmen aufhören, weil wir wissen, dass diese Infektionswelle, die vor uns steht, zwar infektiös ist, aber nicht kränker macht.“*

Relative und absolute Risiken. Natürlich gab es noch bis weit in 2023 hinein Tote, Schwerkranke und Long Covid-Betroffene durch die Infektionswellen (XBB.1.5, EG.5.1 und JN.1). Für den Einzelnen war das Risiko einer schweren Erkrankung je nach Impfstatus zwar geringer, aber für die Gesamtbevölkerung ergaben sich immer noch nennenswerte Fallzahlen.

In der schweren Winterwelle 2023 mit JN.1, als es in Österreich nochmals zu erheblicher Übersterblichkeit kam, gab es nicht einmal Empfehlungen, in den Wiener Öffis eine Maske zu tragen. Da hätten die Wiener Linien mit gutem Beispiel vorangehen können.

Ein [entsprechender Antrag der FPÖ](#) (!) auf “Flächendeckende Luftfilter und Belüftungsanlagen in Kindergärten und Schulen” wurde [vom Wiener Gemeinderat am 24. Jänner 2024 abgelehnt](#). Die FPÖ hat ironischerweise schon viel früher Luftfilter gefordert, weil sie die Masken und Tests damit früher abschaffen wollten.

im Sommer 2023 wurden zahlreiche Long Covid-Ambulanzen geschlossen, laut Wiener Gesundheitsverbund (WIGEV)

*“... sei der Bedarf gesunken – [das berichtet “orf.at”](#). Das liege auch daran, dass niedergelassene Neurologinnen und Neurologen etwaige Symptome mittlerweile ebenfalls gut behandeln können.”*

Eine klare Lüge, wie Betroffene bei der Selbsthilfegruppe/Verein Long Covid Austria richtig stellten:



Wien könnte ab 2027 (!) [Modellregion für MECFS](#) Betroffene werden. Eine Entwicklung, sicher besser spät als nie, die für viele Betroffene leider zu spät kommen wird – darunter auch für viele, die unter Long Covid mit PEM leiden, bei denen also körperliche und geistige Anstrengung zu einer nachhaltigen Verschlechterung führen kann.

Insbesondere bei der Unterstützung von Langzeitbetroffenen besteht in Wien noch viel Luft nach oben, wie auch in anderen Bundesländern. Zumindest hat das [Nationale Referenzzentrum für postvirale Syndrome](#), geleitet von Primary Care -Medizinerin Kathryn Hoffmann und Immunologin Eva Untersmayr-Elsenhuber, seine Arbeit aufgenommen und bietet Wissensaufbereitung, internationale Zusammenarbeit, Anlaufpunkt für Studien und Weiterbildung.

Was als Fazit bleibt: Die Schulen waren Infektionsradar (engmaschige Tests), aber damit wurden die Infektionen zwar gut dokumentiert, aber Indexfälle nicht verhindert. Für saubere Luft hätte man mehr tun und Privatinitiativen wohlwollender aufnehmen können. In einer Großstadt wie Wien wäre es auch nach Ende Februar 2023 angebracht gewesen, eine Maskenempfehlung auszusprechen – zu Infektionswellen auch in den Apotheken und generell im Gesundheitswesen, wenigstens bei Symptomen. Teilweise ist das geschehen, etwa bei Arztpraxen oder auf Spitalsstationen, aber es ist ein Flickenteppich.

Die engmaschigen Gratis-Testangebote für die Wiener haben vor allem jene genutzt, die ohnehin mehr aufpassten, während es die Coronaverharmloser oder bestimmte Bevölkerungs- und Berufsgruppen gar nicht erreicht hat. Das hat der Gesundheitsökonom Thomas Czypionka kritisiert, und später der Rechnungshof über die allgemeine Teststrategie.

## **Gesamtfazit:**

Todesfälle pro 100.000								
bezogen auf 100.000 Personen der Altersgruppe im Bundesland								
Bundesland	Geschlecht	85-	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84
Burgenland	m	3566	6	33	26	137	435	1329
Burgenland	w	2713	7	5	22	57	87	687
Kärnten	m	5974	3	9	53	158	571	1855
Kärnten	w	3685	3	3	48	69	223	865
Niederösterreich	m	5091	4	18	47	180	577	1559
Niederösterreich	w	3940	4	6	21	83	256	922
Oberösterreich	m	5316	6	16	50	164	525	1608
Oberösterreich	w	3513	5	6	17	45	229	815
Österreich	m	5321	5	13	43	156	535	1629
Österreich	w	3823	4	7	23	69	250	881
Salzburg	m	4921	8	16	30	163	398	1554
Salzburg	w	3615	5	11	15	70	207	774
Steiermark	m	5621	6	9	36	137	506	1684
Steiermark	w	4185	3	8	15	75	264	998
Tirol	m	5257	5	6	29	93	407	1429
Tirol	w	3007	2	10	18	37	150	685
Vorarlberg	m	4193	0	4	20	80	407	1300
Vorarlberg	w	2505	0	4	20	69	243	626
Wien	m	5961	6	10	54	187	672	1844
Wien	w	4714	4	6	33	86	357	1005
Stand 30. Juni								

Todesfälle nach Geschlecht und Alter in den Bundesländern und Gesamtösterreich, jeweils pro 100 000 Einwohner, [bis 30. Juni 2023](#)

Hat Wien mit seinem *strengen Weg* besser abgeschnitten? Nein. Das lag aber nicht daran, dass die Maßnahmen wirkungslos waren, sondern Maßnahmen nur dann wirken, wenn sie a) befolgt werden und b) dort gelten, wo das Infektionsrisiko hoch ist. Die meisten Infektionen fanden in der Gastronomie, im Schulbereich, am schlecht belüfteten Arbeitsplatz und ab etwa 2023, 2024 vermehrt auch im Gesundheitswesen statt. Die Zahl der Todesfälle übersieht



zudem, dass auch hinter schweren Verläufe mit Spitalsaufnahme menschliche Schicksale stecken. Sie haben zudem ein deutlich höheres Risiko für bleibende Spätfolgen, durch längere Beatmung oder den Intensivaufenthalt selbst, als auch für Long Covid, und nicht zuletzt übersieht die Fixierung auf Todesfälle die große Gruppe an Betroffenen postviraler Syndrome, die durch die Pandemie noch viel größer geworden ist. Sie wird mit abnehmender Inzidenz zwar langsamer wachsen, aber auch andere Infektionskrankheiten können PAIS (post-akute Infektionssyndrome) erzeugen. Die Betroffenen verschwinden nicht, weil SARS-CoV2 nun endemisch ist und dauerhaft unter uns zirkuliert.

## Nimbostratus

[Juni 14, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



Nimbostratus praecipitatio (Niederschlag erreicht den Boden), Aufstieg zum Gaisberg (1287m) bei Salzburg am 20. November 2017)

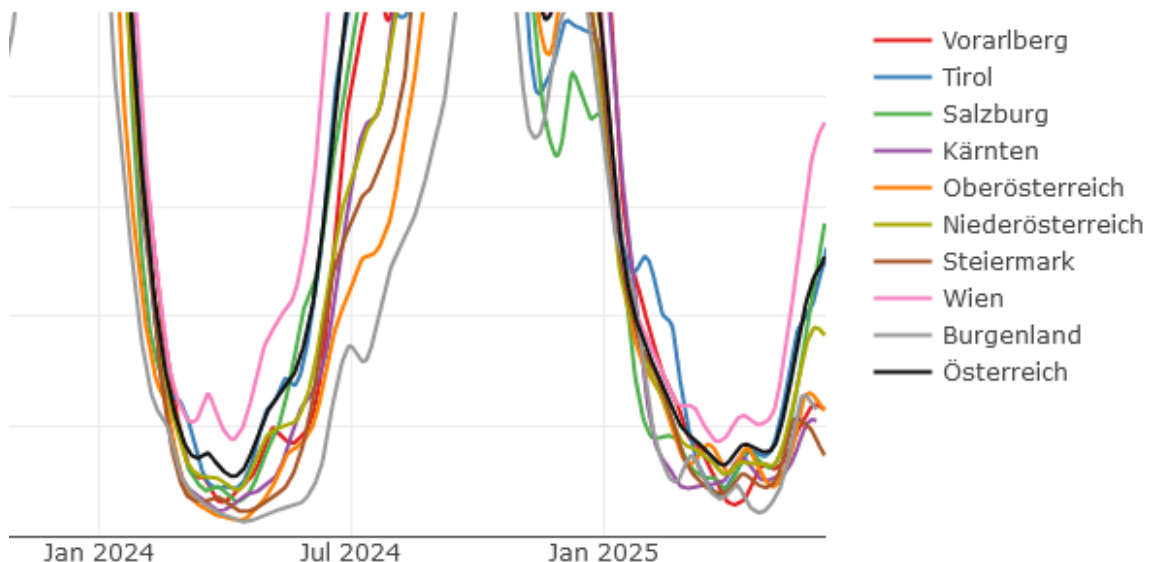
Derzeit passiert soviel Schiaches auf der Welt, dass mir zu Covid nicht viel einfällt. Internist Wolfgang Hagen hat auf seinem Blog [den aktuellen Stand](#) gut zusammengefasst. Bei der neuerlichen Namensgebung der Varianten (Nimbus für NB.1.8.1 und Stratus für XFG) gehe ich nicht mehr mit. Virologe Björn Meyer und Immunologe Marc Veldhoen sind ebenso zurückhaltend, jeder neuen Variante eigene *inoffizielle Nicknames* zu verpassen. Denn sie ändern nichts mehr daran, dass unsere Immunsysteme **in der Regel** die neue Variante erkennen, die Immunabwehr hochfahren (Symptome) und meist nur ein leichter Verlauf die Folge ist. Das ändert nichts daran, dass man SARS-CoV2 weiterhin Ernst nehmen sollte, also bei Symptomen testen, sich isolieren und vor allem sich anständig auszukurieren und nicht

trotz starker Erschöpfung etwa arbeiten gehen oder gar Sport treiben. Ein Rest-Longcovid-Risiko bleibt immer, kann man durch regelmäßige Auffrisch-Impfungen aber abmildern.

Jedenfalls gibt man auch nicht jedem Rhinovirustyp einen Nickname, und Rhinoviren bestehen immerhin aus über 100 Subtypen. Ich persönlich bin der Auffassung, man sollte Nicknames für Varianten vorbehalten, die **signifikant** dem Immunsystem entkommen können, also bestehende Immunität *weitgehend* nutzlos machen und zu einem **relativen** Anstieg schwerer Verläufe führen oder bestimmte Alters/Risikogruppen überproportional betreffen, oder so erheblich ansteckender sind, dass sie schneller eine große Anzahl der Bevölkerung krank machen. Das seh ich alles bei dem jetzigen Variantenzoo nicht, und das ist wohl der Hauptgrund, weshalb die Infektionszahlen hierzulande nicht abheben.

*Nimbus* ist übrigens kein gebräuchlicher Begriff bei Meteorologen – wir sprechen von **Nimbostratus** bei hochreichenden Regenwolken in Zusammenhang mit Warm- oder Okklusionsfronten und von **Cumulonimbus** bei Schauer- und Gewitterwolken.

Bemerkenswert ist allenfalls, dass *einzelne* Mutationen im Virusgenom ausreichen, im Sommer eine neue Welle auszulösen, sagt zumindest Molekularbiologe Emmanuel Wyler. Sehr wahrscheinlich sind dafür eine Kombination aus **nachlassender Immunität** (die Herbstwelle 2024 war nicht so hoch, die letzten markante Welle war im Herbst 2023) und **höherer Immunflucht** ursächlich. Wobei auch da die Einschränkung gilt: Das Immunsystem fängt nicht bei Null an – B- und T-Zellen *erinnern* sich an frühere Virusinfektionen bzw. Impfungen. Wir stehen also nicht mehr nackt da, wenn eine neue Welle anrauscht.



Abwassertrend derzeit zwar steigend, aber bundesländerspezifische Unterschiede

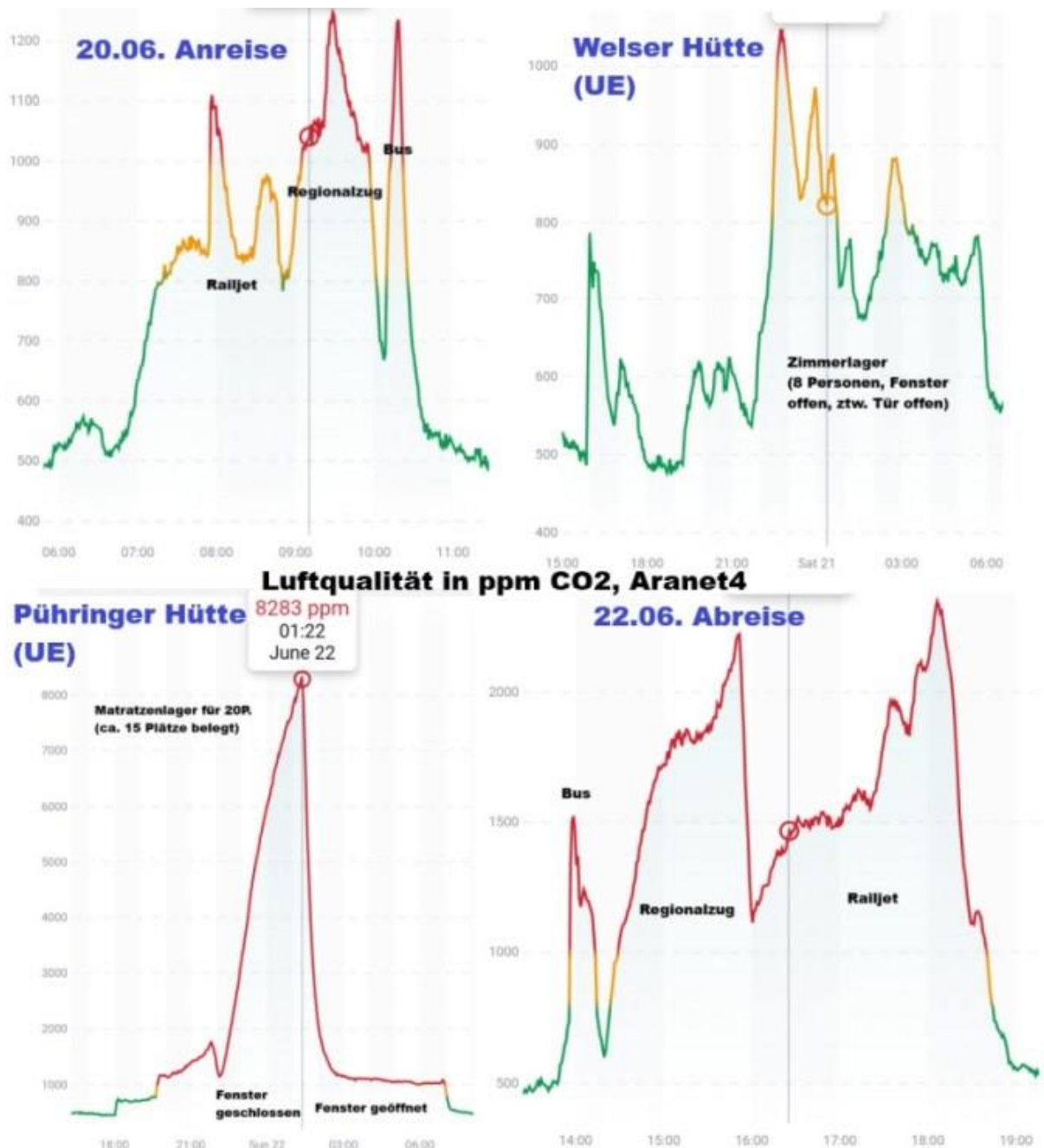
Wobei der Abwassergraph im Titelbild keine einheitlichen Anstiege mehr zeigt wie vor kurzem noch, sondern bereits auseinandergeht wie ein Hefeteig. Vermutet wird ja, dass sich bei uns eher die Rekombinante XFG durchsetzen wird, weil sie auf unsere Immunhistorie aufbauend ihre immunevasiven Eigenschaften effizienter einsetzen kann. Für die vorhandenen Impfstoffe (KP.2 und JN.1) und die geplante Anpassung (auf LP.8.1.) spielt das kaum eine Rolle. Der Schutz vor schweren Verläufen bleibt bestehen – inwieweit die angepassten Impfstoffe, in Monaten, Wochen oder Tagen ausgedrückt, besseren Schutz vor Ansteckung bieten als *ältere* Impfstoffe, ist unklar und auch nicht mehr untersucht. Also ja, natürlich

nimmt man bestenfalls den neuesten Booster, der am nächsten an den neuen Varianten ist, aber richtig quantifizierbar ist der Schutz nicht.

Sonst macht mir die momentane Weltlage ehrlich gesagt mehr Sorgen, angefangen von den faschistischen Entwicklungen in den USA über den Grazer Terroranschlag bis hin zum Kriegsgebahren im Nahen Osten, und natürlich auch hierzulande die mehr oder weniger schleichende Orbanisierung im dt-sprachigen Raum. Denn wie man an den USA sieht, wo gerade das Expertengremium zu Impfungen entlassen und durch eugenische GBD-Gefolgsleute ersetzt wurde, droht auch bei uns eine weitere Zunahme an zurückhaltenden Impfempfehlungen gepaart mit blanker Desinformation. Impfungen sind die beste und zugleich die letzte Bastion gegen ein vorzeitiges Ableben. Den USA droht eine Todes- und Krankheitswelle, wie es sie in der Fortschrittszeit noch nicht gegeben hat, und das droht natürlich auf uns überzuschwappen.

# Indoor air quality during a hut hiking tour

[Juni 29, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



During the pandemic, I became increasingly aware of the importance of clean air and how CO2 levels can serve as a reliable proxy for indoor air quality. As a rule of thumb, values below 1000 ppm are generally fine. When levels rise to around 2000 ppm, it means that approximately 4% of the air we breathe has already been exhaled by others. Elevated CO2 levels are linked to reduced concentration, increased fatigue, and a general sense of discomfort. At levels significantly above 2000 ppm, symptoms like yawning, headaches, and sleep disturbances can occur.

Out of curiosity I carried a small CO2 monitor (Aranet4) with me, especially for the shared sleeping room. On our trip to the Almtal the first day, air quality was mostly acceptable, with only short spikes above the comfort threshold. The sleeping room at the Welser Hütte was also quite decent – we had kept a window open overnight, which helped maintain fresh air. You can actually see the occasional sharp drops in CO2 levels in the data; these corresponded to moments when someone went to the toilet and left the door open, improving ventilation.

However, in the Pühringer Hütte, some not so intelligent guy closed the window in the dormitory (Matratzenlager) before going to bed. I noticed it but was too tired to get up and reopen it. What followed was the highest CO2 reading I've ever recorded: a staggering 8283 ppm. At that level, roughly 15% of the air I was breathing had already been exhaled by others. After about three hours of deep sleep, I woke up with a headache and a noticeable sense of stale, sticky air. A few people were snoring heavily. I finally forced myself to get up and crack the window open again. Immediately, I felt a cool and refreshing breeze. The CO2 values began to drop sharply, and interestingly, the snoring diminished as well. I managed to fall back asleep and slept well until 6:45 a.m.

The return journey to Vienna, unfortunately, was marked by poorer air quality – both trains were crowded, and the CO2 levels reflected that.

## Conclusion

It is wise to open a window in a dormitory, both Matratzenlager and Zimmerlager. If you're cold, you can use the provided blankets or dress yourself with your alternate trekking pants. I prefer a cooler room with fresh air instead of a stuffy room with poor air quality and heavily snoring room mates. I never made this connection before. Could be an interesting field study to explore the link between snoring frequency and poor air quality.

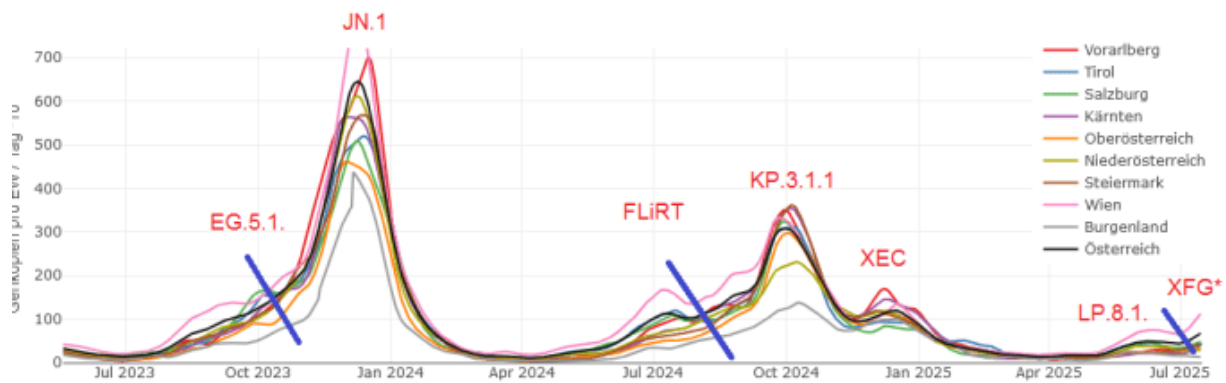
Unfortunately I didn't bring my Aranet4 device with me into the restaurant rooms. Would have been interesting to see the CO2 graph with full house of customers.

It's now a week later and I didn't become sick despite these enormous CO2 values.

## Knick in den Wellen?

[Juli 22, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)





### Weekly confirmed COVID-19 cases per million people

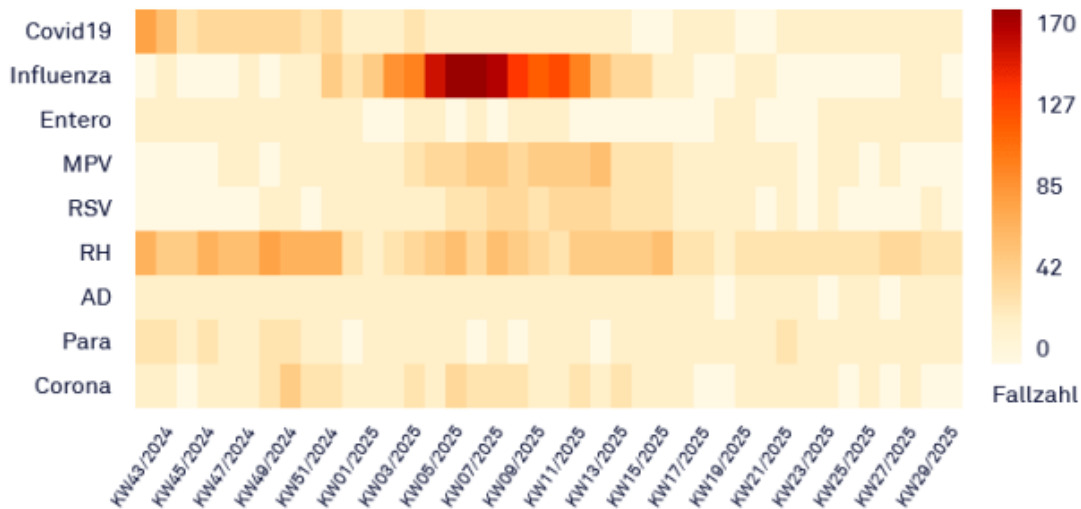
Cumulative number of confirmed cases of COVID-19 over the previous week, per million people.

Our World in Data



Meine Infektion letzte Woche war wahrscheinlich mit einer XFG\*-Untervariante, die es derzeit zahlreich gibt. Die Abwasserzahlen steigen deutlich an und jetzt ist zumindest klar, dass ich den viralen Schas mitproduziere – obwohl ich längst nicht mehr ansteckend bin. Im jährlichen Muster ist mir etwas aufgefallen, wofür ich spontan keine Erklärung habe. In den ersten Pandemie Jahren trat der Knick in der ansteigenden Welle jeweils im Herbst auf. 2022 war eine Ausnahme mit der steilen BA.5-Welle mitten im Sommer. Im Herbst 2023 gab es einen Knick vor dem Durchmarsch der JN.1-Variante. Im Spätsommer 2024 war der Knick vor dem Durchmarsch der KP.3.1.1-Variante und heuer hat der Knick bereits im Juli stattgefunden, bevor sich XFG-Nachkommen breit gemacht haben. Warum steigt es nicht kontinuierlich an? Warum flaut die Welle vor der eigentlichen Hauptwelle noch einmal ab? Ich weiß es nicht.

Das würde auf die aktuelle Situation gemünzt bedeuten, dass die Hauptwelle erst noch kommt – vielleicht mit XFG-Nachfahren. Die stark mutierte BA.3.2-Variante verbreitet sich weiterhin langsam, aber stetig. Bei BA.2.86 reichte die Schlüsselmutation L455S, um sich global zu verbreiten. Es scheint nur eine Frage der Zeit, bis das mit BA.3.2 passiert.



### Sentinel-Überwachung, Stand KW 29/2025

Die Anzahl der Einsendungen ist jahreszeitgemäß derzeit niedrig, die Mehrheit davon sind Rhinoviren (55%). Andere Viren werden nur sporadisch nachgewiesen.

## Dengue-Fieber

Längst keine tropische Krankheit mehr, sondern inzwischen [auch in Europa endemisch](#), das heißt zunehmend vor Ort erworbene Infektionen ohne Reisevergangenheit – heuer gibt es berichtete Fälle aus Frankreich, Italien und Portugal (Madeira). Es gibt zwei Impfstoffe – **Dengvaxia** (seit 2018 zugelassen) mit drei Impfungen, nachdem man bereits eine Infektion mit dem [Dengue-Virus](#) hatte, und **Qdenga**, der gegen alle vier Subtypen schützen soll (zwei Impfdosen).

In Österreich gab es bis Anfang Juli bereits 68 Dengue-Fälle (Reiserückkehrer).

## Chikungunya-Fieber

Auch hier gibt es heuer [erste Berichte von lokal erworbenen Infektionen](#), etwa in [Italien](#) und Frankreich – [siehe auch Menegale et al. 2025](#). Gegen das Virus gibt es den Impfstoff Ixchiq, seit Juli 2024 in Europa zugelassen, soll in Österreich seit heuer verfügbar sein. Ab 18 Jahren zugelassen, [abgeschwächter Lebendimpfstoff](#).

Bisher wurden 9 Chikungunya-Fälle in Österreich bei Reiserückkehrern bestätigt.

**Westnilfieber**-Fälle gibt es auch jedes Jahr inzwischen im Osten von Österreich, teils mit neurologischen Komplikationen.

Und [FMSE-Fälle mit Komplikationen](#) nehmen tendenziell zu, weil die Impfraten nachlassen. Vor kurzem wurde auch wieder ein Fall von FMSE durch Rohmilch bestätigt – allerdings kein neuer Übertragungsweg, sondern schon seit Jahrzehnten bekannt. Den größten FMSE-

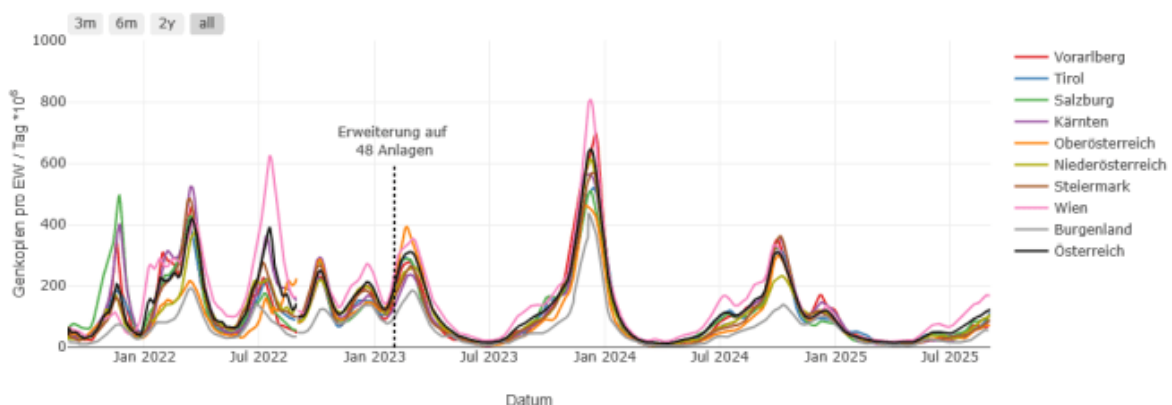
Ausbruch durch Rohmilch mit 660 Erkrankten (über 250 hospitalisiert) gab es vor über 70 Jahren in der Slowakei.

Oxidativer Stress teilweise für Long Covid/MECFS verantwortlich?

Vor kurzem hat der Immunologe Marc Veldhoen auf ein Paper hingewiesen ([Shankar et al. 2025](#)), das mit einer kleinen Teilnehmeranzahl ( $n = 20-25$  jeweils) oxidativen Stress als gemeinsame Eigenschaft von MECFS und Long Covid ausgemacht hat. Unklar sei, wie viele Symptome dadurch erklärt werden könnten, aber: Beide Erkrankungen würden wahrscheinlich durch **Entzündungsprozesse** ausgelöst. Das verursacht erhöhte Spiegel an **reaktiven Sauerstoffverbindungen** (ROS) in den Lymphozyten. Dadurch können diese nicht abgebaut werden und werden übermäßig aktiviert. Das kostet Energie und trägt zur Fatigue bei. Laut Studie kann die **übermäßige T-Zellen-Bildung** durch das Diabetes-Medikament Metformin verringert werden. Oxidativer Stress ist therapeutisch noch schwierig zu adressieren – er spielt auch bei anderen Krankheiten wie Atherosklerose, COPD, Alzheimer und Krebs eine wichtige Rolle. Klinische Studien mit Antioxidantien waren bisher enttäuschend ( siehe [Forman and Zhang 2021](#)).

## Zur aktuellen Corona-Welle

[September 8, 2025](#) / [CitizenJournalist](#) / [Bearbeiten](#)



[Abwassermonitoring Österreich](#) und Bundesländer Herbst 2021 bis 2. September 2025

Inzwischen dürfte man es – noch vor Schulbeginn – in allen Bundesländern gemerkt haben, dass die Krankenstände durch Covid wieder steigen. Mit fast 80% relativen Anteil sind es derzeit vor allem XFG-Varianten, die Reinfektionen und Erstinfektionen bei Kleinkindern auslösen. Beim [Sentinelssystem](#) wechseln sich seit Wochen Rhinoviren und SARS-CoV2-Viren ab. Was gegenwärtig fehlt, ist ein Dual-Schnelltest, der dezidiert diese beiden Viren testet, die **ganzjährig** zirkulieren – so wüsste man schnell, ob man das vergleichsweise harmlose Rhinovirus hat, das in den meisten Fällen einen starken Schnupfen erzeugt, aber folgenlos ausheilt, während man bei Covid eher länger Ruhe geben sollte, um etwa Herzkomplikationen zu vermeiden.

Die Daten vom [SARI-Dashboard](#) gehen erst bis Mitte August und zeigten zuletzt einen deutlichen Anstieg bei Spitalsentlassungen mit Covid-Diagnose. In Summe passen also alle verfügbaren Daten zusammen – man kann zumindest von einer kleineren Covid-Welle sprechen. Seit 12. August gibt es eine [neue Impf-Empfehlung](#) vom

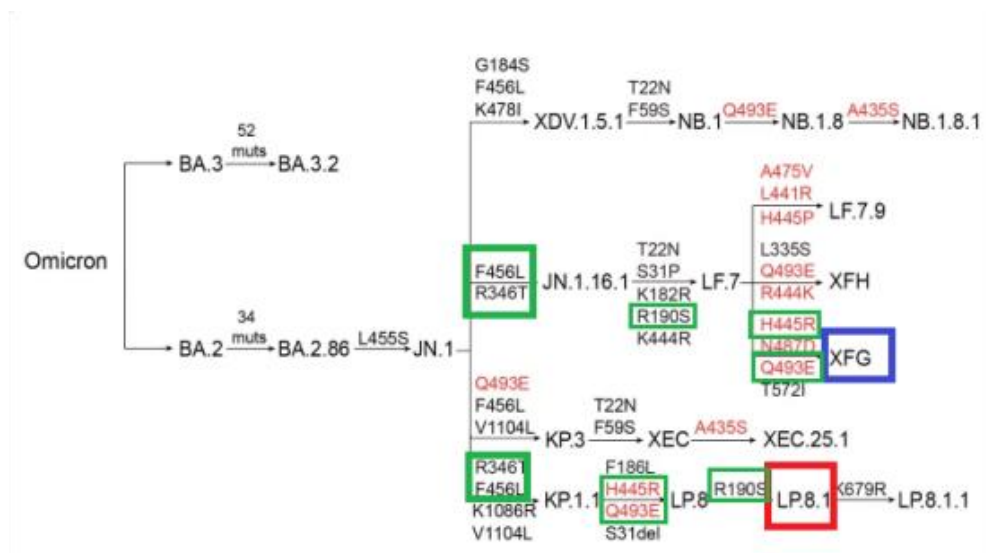
Gesundheitsministerium/NIG – sie wird grundsätzlich allen Personen über 12 Jahre empfohlen.

Für Kinder unter 12 Jahren gibt es keine Evidenz für einen Nutzen im Bezug auf unmittelbare Symptome mit Erkrankung vs. Impfung, aber eine Impfung ist grundsätzlich auch für diese Altersgruppe möglich in Österreich (wenn auch schwierig, Ärzte dafür zu finden). Meine Meinung dazu: Im Bestreben, das Risiko für Spätfolgen zu minimieren und zumindest vorübergehend das Infektionsrisiko zu senken (etwa, weil vulnerable Personen im Haushalt), spricht nichts dagegen, auch jüngere Kinder einmal im Jahr aufzufrischen. Das ist eine individuelle Entscheidung.

Zu den aktuellen Varianten und Impfeempfehlungen gibt es eine [zeitnahe Podcast-Folge von Virologe Florian Krammer](#), der ebenfalls empfiehlt, sein Immunsystem mit der Impfung zu aktualisieren. Er betont auch, dass die Hospitalisierungen die letzten Jahre zurückgegangen sind, weil die Grundimmunität gestiegen ist.

In Österreich ist der aktualisierte Impfstoff von Pfizer mit der **LP.8.1-Variante** erhältlich – er passt nicht ideal zu XFG, aber besser als sein Vorgänger KP.2-Impfstoff, und wahrscheinlich auch etwas besser als der **aktuelle JN.1-Impfstoff** von Novavax, der dieses Jahr wahrscheinlich nicht angepasst wird.

Krammer erwähnt die Studie von [Gwak et al. \(2025\)](#), die Pfizer und Novavax vergleicht – sie sind ziemlich gleichwertig in der Wirksamkeit. Pfizer mitunter etwas bessere T-Zellen-Produktion (gegen schwere Verläufe), Novavax etwas mehr neutralisierende Antikörper (gegen Ansteckung). Novavax verursacht etwas weniger Nebenwirkungen.



Varianten-Entwicklung aus JN.1 (seit Herbst 2023)

LP.8.1 enthält zumindest einige Mutationen, die auch XFG hat, wie die FLiRT-Mutation (F456L und R346T) sowie H445R, Q493E und R190S. Auch KP.3-Varianten haben manche der XFG-Mutationen – das ist insofern bedeutsam, dass sich letztes Jahr ein gewisser Teil der Bevölkerung mit den FLiRT-Varianten und KP.3.1.1 infiziert hat – sie könnten also immer noch eine Kreuzimmunität gegen XFG aufweisen und sich diesen Winter nicht oder nur mit leichtem Verlauf infizieren. Standardmäßig weiß man aber nicht, mit welcher Variante man sich infiziert hat – im Zweifel lieber mit der Impfung auffrischen.

Noch ein Wort zur Diagnostik:

In einem kürzlichem KURIER-Interview hält Virologin Redlberger-Fritz Antigentests selbst bei Symptomen für wenig aussagekräftig, weil geringe Viruslasten kaum erkannt würden und aufgrund der steigenden Grundimmunität die Viruslast tendenziell absinkt. Ich würde das etwas differenzieren – ein einzelner Schnelltest ist wenig aussagekräftig.

Ich hab dazu bereits einen [umfangreichen Beitrag](#) gemacht – hier die wesentlichen Punkte:

- Schnelltests weisen Fragmente des Virus nach, unterscheiden aber nicht zwischen intakten, vermehrungsfähigen Viren und vom Immunsystem zerstörten Viren
- In der frühen Phase der Infektion sind Schnelltests weniger genau als in der Spätphase.
- Die Schnelltests funktionieren variantenunabhängig, weil die meisten Mutationen nicht im Nukleokapsid auftreten, das die Mehrzahl der Antigentests nachweist.
- Negative Schnelltests haben keine Aussagekraft (Infektion noch nicht nachweisbar), positive Schnelltests sind sehr zuverlässig
- Im Abstand von 48 Stunden getestet erkennen **3 Tests** 94% der symptomatischen und 57% der asymptomatischen Fälle ([Son et al. 2023](#)).
- unmittelbar nach Symptombeginn ist der Test zu 92% falschnegativ, nach 2 Tagen zu 70% und nach 3 Tagen zu 33% – bei Influenza und RSV ist die Viruslast hingegen mit Symptombeginn am höchsten und der Test schlägt sofort an (z.B. Triple-Tests), bei Corona ist ein einzelner negativer Test nicht aussagekräftig ([Middleton and Larremore 2024](#))

### Abstrichgenauigkeit erhöhen

- mindestens eine Stunde vor dem Rachenabstrich nichts mehr essen oder trinken
- am besten erst Rachen, dann Nase abstreichen mit dem gleichen Wattestäpfchen
- vor dem Nasenabstrich Nase gut putzen
- Nase nicht nur kitzeln, sondern Naseninnenwände gut abstreichen, an mehreren Stellen Sekret abstreichen
- in die Testflüssigkeit geben und mindestens 2 Minuten dort belassen, Stäbchen dabei leicht drehen und Ampulle seitlich zusammendrücken, um das Sekret auszuquetschen
- je nach Hersteller 2-4 Tropfen verwenden, die angegebene Zeit (15-18min) warten, bei gutem Licht ablesen
- **auch dünne Striche oder Schatten gelten als positiv** (mit Handy abfotografieren und Kontrast verstärken)

Weil viele von Euch jetzt wahrscheinlich sehr alte Schnelltests zuhause haben: Solange genug Pufferflüssigkeit vorhanden ist und die C-Kontrolllinie fett erscheint, funktioniert der Test in der Regel auch. Je nach Hersteller kann der Strich dünner (z.B. Longsee) oder dicker (z.B. Hotgen) erscheinen. Der Vollständigkeit halber erwähne ich noch die **Pluslifegeräte** (im Beitrag näher beschrieben), aber nicht für die Allgemeinheit empfohlen (Anschaffungskosten, Material, Auswertung, etc...).

### Prävention:

Da hat sich wenig geändert – weiterhin funktionieren neben der Impfung Luftreinigungsmaßnahmen wie FFP2-Maske, mobile Luftreiniger, mitunter auch ein Nasenspray mit Azelastine ([Lehr et al. 2025](#)) – allerdings erscheint es nicht ratsam, Nasensprays zur Daueranwendung zu benutzen (Rebound, Abhängigkeitsrisiko) – würde ich nur machen, wenn ich Infektionen gerade unbedingt vermeiden muss (z.B. chronische Erkrankung, Infektanfälligkeit, OP-Termin in naher Zukunft, etc.).



Die wichtigste Empfehlung lautet, krank zuhause zu bleiben und seine Mitmenschen nicht anzustecken – keine Selbstverständlichkeit und leider erwarten viele Arbeitgeber und Schulen, dass man präsent ist. Andere glauben, solange sie kein Fieber haben, könnten sie auch arbeiten – aber Fieber ist nur ein Symptom einer hochgefahrenen Immunabwehr, die Krankheit kann sich trotzdem ausbreiten. Wenn man mit Medikamenten-Cocktails wie Aspirin Complex, Grippostad oder Neocitran das Fieber senkt, **bevor** es die Krankheitserreger bekämpfen kann, erhöht man sogar die Gefahr, andere anzustecken. Sinnvoll sehe ich solche Medikamente nur dann, wenn man etwa mit dem Auto noch heimfahren muss oder in anderen Situationen ohne Alternative.