



**Die Radfahrer sind schuld
Entmündigung und Spaltung
unserer Gesellschaft - Aufschrei
eines dreifach Geimpften**

**Dr. Kurt Traar
Wien, Jänner 2022**

**Gerechtigkeit ohne Gewalt
ist machtlos,
Gewalt ohne Gerechtigkeit
ist tyrannisch
Blaise Pascal (1623 – 1662)
Mathematiker und Philosoph**

0. Einleitung

Graf Bobby und Graf Rudi treffen sich vor der Kapuzinergruft in Wien. Graf Bobby: „Rudi, host schon g’hört, einer von uns is Bundeskonzler wordn, aber er hat schon wieder resigniert – und er hot seinen Untertanen per Dekret verkünden lassen, dass die Nicht-Geimpften und die Rodfahrer schuld an der Corona-Pandemie sind.“ Rudi fragt ganz erstaunt: „Warum auch die Rodfahrer?“.

Am 13. Dezember 2021 wurde der Videobeitrag „Die Radfahrer sind schuld – Aufschrei eines dreifach Geimpften“ auf Youtube hochgeladen, Hier nun soll die ausführlichere Borschüre – erweitert hinsichtlich des Verlaufes von „Omikron“ während der letzten sechs Wochen seither – vorgestellt werden.

Der Ausgangspunkt war ein betrüblicher!

Am 22. November des letzten Jahres gingen in unserem Land die Rollbalken herunter, nachdem bereits die Woche vorher die 2-G-Regel (d.h. Ausschluss der Nicht-Geimpften) verordnet wurde. Die 2-G-Regel blieb auch nach einer vorsichtigen Öffnung in Teilschritten am 13. Dezember 2020 in Kraft und ab Februar 2022 droht allen Impf-unwilligen die Impfpflicht – verbunden mit drakonischen Geldstrafen bei Zuwiderhandeln.

Mit vier Lockdowns – einzigartig in Europa – und einer allgemeinen Impfpflicht ab 18 Jahren fühlte sich Österreich weiterhin seiner bisherigen harten menschen- und wirtschaftsfeindlichen Coronapolitik verpflichtet, die bereits im ersten Corona-Jahr 2020 wenig gefruchtet hat. Siehe dazu Tabelle 7 mit der Rangreihung bezüglich der Wirksamkeit der jeweiligen nationalen Covid-19-Politik von 15 Staaten im Jahr 2020!

In dieser Abhandlung sollen unter Einbezug wissenschaftlicher Studien, eigener Berechnungen und Stellungnahmen von Experten verschiedene Fragen in Form von acht Teilabschnitten beantwortet werden:

- (1) Sind die Nicht-Geimpften die größeren Virenschleuderer als die Geimpften?
- (2) Warum dürfen sich Geimpfte nicht in einer trügerischen Sicherheit wiegen?
- (3) Wird Omikron das neue hartnäckige Grippevirus?
- (4) Welle auf Welle – das Corona-Gebirge wird immer höher?
- (5) Warum lohnt sich ein Blick über die Grenzen unseres Landes?
- (6) Können die vielen Corona-Wellen wie beim Pockenvirus durch eine allgemeine Pflichtimpfung gebrochen werden?
- (7) Brachten die Ungeimpften die medizinischen Kapazitäten der Krankenhäuser an die Grenzen ihrer Belastbarkeit?
- (8) Zwölf Überlegungen, die zur Diskussion einladen

(1) Sind die Nicht-Geimpften die größeren Virenschleuderer als die Geimpften?

Für die österreichische Bundesregierung war und ist die Sachlage klar: Nicht-Geimpfte befeuern die Pandemie. Sie stecken Andere an, die vielleicht Vorerkrankungen haben. Sie sind „Todesengel“ - so wurden von der ehemaligen ÖVP-Familienministerin und jetzigen steirischen Landesrätin, Juliane Bogner-Strauß, die nicht-geimpften Pflegekräfte bezeichnet.

Ob die Nicht-Geimpften ansteckender als die Geimpften sind, soll in diesem Abschnitt beantwortet werden.

In einer Studie des englischen Gesundheitsministeriums, Public Health England (PHE) vom Sommer 2021, wurde herausgefunden, dass die Abstriche von Geimpften und von Nicht-Geimpften eine gleich große Viruslast aufwiesen.

Auf diese Studie bezog sich vermutlich der Chefvirologe von der Berliner Charité, Christian Drosten, indem er in einem ausführlichen ZEIT-Interview erklärte: „Wenn ich doppelt geimpft bin, kann ich nach einer Infektion ähnlich infektiös sein, wie ein vollkommen Ungeimpfter. Die infektiöse Viruslast ist in den ersten Tagen durchaus vergleichbar. Dann sinkt sie bei den Geimpften schneller. Das Dumme ist, diese Infektion wird gleich am Anfang übertragen. Ich bin voll überzeugt davon, dass wir nur einen geringen Nutzen von vollständig geimpften Erwachsenen haben, die sich nicht boostern lassen“ (Die Zeit, 11. 11. 2021)

Dieser Ansicht schloss sich auch die World Health Organisation (WHO) der UNO, der Vatikan im Gesundheitswesen, an, indem sie erklärte: „ Mit den bisherigen Impfstoffen übertragen geimpfte Personen das Virus in ähnlichem Ausmaß wie Nicht-Geimpfte“.

Diese Aussage wurde von der WHO im August 2021 getätigt und bezog sich auf die damals grassierende Delta-Variante (in 99,3 Prozent aller derzeitigen Fälle).

Wenden wir uns nun der zweiten Frage zu, ob Geimpfte ausreichend geschützt sind.

(2) Warum dürfen sich Geimpfte nicht in einer trügerischen Sicherheit wiegen?

Es gibt eine Wissenschaftsfeindlichkeit wie auch eine Wissenschaftshörigkeit – beides ist gleichermaßen schädlich. Der gesunde Menschenverstand tut Not. Allerdings muss man für Informationen offen sein und sie gleichzeitig aber auch kritisch hinterfragen.

Allgemein ist zu vernehmen, dass der Impfstoff von Pfizer/BioNTech zu 95,3 Prozent (praktisch total) schützt. Man fragt sich dabei nicht, man kann es eigentlich auch nicht, wie dieser beeindruckende Wert zustande kam.

Dahinter steckt eigentlich eine sehr simple Berechnung. Pfizer/BioNTech haben jeweils 20.000 mit ihrem Impfstoff Geimpfte wie auch Nicht-Geimpfte untersucht. Unter den 40.000 Untersuchungspersonen wurden vier Promille Infizierte gefunden. Also vier unter Tausend.

Bei den 20.000 aus der Untersuchungsgruppe „Geimpfte“ wurden acht Infizierte gefunden. Bei den 20.000 aus der Kontrollgruppe „Nicht-Geimpfte“ waren es hingegen 162 Personen.

Die insgesamt 170 Infektionsfälle bilden dann die 100 Prozent. Man kann daher den Schluss ziehen, dass die 162 infizierten Personen, weil nicht geimpft, positiv auf das Coronavirus reagierten. Und diese 162 Personen entsprechen dann den 95,3 Prozent von den 170 Infektionsfällen. Ähnlich wurde der Impfschutz anderer Impfstoffe berechnet.

Hierbei drängen sich sofort vier Einwände auf:

(1) Man muss sich dies alles einmal vergegenwärtigen, dass für vier Promille (d. h. vier von Tausend) ein Impfstoff entwickelt wurde. Ist dies nicht ein Schießen von Kanonen auf Spatzen?

(2) Der Impfschutz hält nur eine bestimmte Zeit. Derzeit werden vier Monate genannt. Bedeutet dies dann eine dreimalige Auffrischungsimpfung pro Jahr? Welche Mezzie für die Pharma-Industrie!

(3) Der Impfstoff kann – wie beim Grippevirus – seinen Impfschutz nur gegen jene Virenstämme entfalten, gegen die er entwickelt wurde. Gegen neue Varianten kann er aber völlig wirkungslos sein.

(4) Zum Gesundheitszustand der Probanden in der Zulassungsstudie wurden keine Aussagen getätigt. Man spricht aber davon, dass nur völlig Gesunde ausgewählt wurden.

Wie wirksam sind eigentlich die vielen Impfungen, die wir bisher über uns ergehen lassen mussten und weiterhin müssen? (AGES, Impfdurchbrüche, 17.11.2021)

Dazu eine simple Behauptung – ohne Quellenangabe - von Professor und auch Primararzt Walter Pirker, der die Meinung der Bunderegierung und aller Impfbefürworter ausdrücken dürfte: „Ein weiteres Argument, Geimpfte können auch erkranken. Das ist richtig, aber ihre Wahrscheinlichkeit zu erkranken ist im Verhältnis zu den Ungeimpften 1:20.“ (Online, 15.9.2021 – Angst vor der Corona-Impfung? Warum sie ein Neurologe nicht für gerechtfertigt hält.)

Die Ergebnisse einer empirischen Studie von der AGES (Österreichische Agentur – Gesundheit für Mensch, Tier und Pflanzen) verweisen aber die obige Behauptung in das Land der Märchen.

Hier nun die wichtigsten Aussagen in der AGES-Studie – verbunden mit weiterführenden eigenen Berechnungen:

Zwischen 18. Oktober und dem 14. November 2021 (42. – 45. KW) wurden 106.336 symptomatische laborbestätigte Infizierte gefunden. Die Personen waren älter als zwölf Jahre. Davon waren 42.854 – also 40,3 Prozent – geimpft. Mit anderen Worten: in vier von zehn Fällen kam es zu Impfdurchbrüchen.

5.421.960 Personen, die älter zwölf Jahre sind, waren mit Stand 17. November 2021 vollständig geimpft. Die Impfquote betrug bei der Bevölkerung ab zwölf Jahren 68,2 Prozent.

Wir haben die zwei Prozentwerte (40,3 Prozent Impfdurchbrüche und 68,2 Prozent Geimpfte) zueinander in Beziehung gesetzt.

Das Ergebnis dieser kleinen Berechnung: Die 40,3 Prozent Impfdurchbrüche machen 59 Prozent der 68,2 Prozent Geimpften aus.

D. h. bei fast 60 % der Geimpften war der Impfstoff – inzwischen oder überhaupt – wirkungslos – und zwar bezogen auf seine Infektionsfreude.

Lassen Sie mich dies an einem kleinen Beispiel nochmals erklären.

Wenn die Impfungen völlig wirkungslos wären, dann müssten die beiden Prozentanteile Impfdurchbrüche und Impfquote gleich hoch sein. Auf unser Beispiel bezogen: 68 Prozent der Bevölkerung über zwölf Jahren waren geimpft und auch 68 % aller positiv Getesteten waren geimpft.

Natürlich ist der Einwand durchaus berechtigt, dass bei einer Impfquote von 100 Prozent jeder Infektionsfall auch ein Impfdurchbruch ist. Bei einer Handvoll Infektionsfällen kein Problem, bei ähnlich hohen Infektionszahlen wie im November 2021 hieße dies ja, dass die Impfungen nicht einmal einen Placeboeffekt hervorriefen.

Aufbauend auf den Analysen von der AGES wurde die Wirkung der Impfungen für drei Altersgruppen berechnet:

- a. In der Altersgruppe von 12 bis 17 Jahren waren die Impfungen in 21 Prozent der Fälle wirkungslos – und zwar in Bezug auf ihre Infektionshäufigkeit, aber nicht bezogen auf den Verlauf der Erkrankung;**
- b: bei den 18- 59-Jährigen in 59 Prozent der Fälle;**
- c. und bei den über 60-Jährigen sogar in 81 Prozent der Fälle.**

Der hohe Anteil der nicht geschützten Senioren ist drei Einflussgrößen geschuldet:

- a. Die Impfung liegt bereits länger als vier Monate zurück.
- b. Die derzeit verimpften Impfstoffe waren bereits an die inzwischen erloschene Delta-Variante nicht ausreichend angepasst. Die Wirksamkeit eines Impfstoffes hängt nämlich entscheidend davon ab, ob er für die richtige Mutante entwickelt wurde. Und dies gilt erst recht für „Omikron“.
- c. Ältere Menschen bilden weniger Antikörper heraus. Trotz Voll- und auch Drittimpfung haben sie keinen Impfschutz.

Tab 1: Impfdurchbrüche laut AGES zwischen 18. 10 und 14. 11. 2021 (Alle – über 12 Jahre)	
Vollständig geimpfte Personen	42. 854 Personen
Symptomatische laborbestätigte CO-V-2-Infektionsfälle	106.336 Personen
Impfdurchbrüche	40,3 Prozent

Tab 2: Impfdurchbrüche zwischen 18. 10. und 14. 11. 2021 bezogen auf die Impfquote insgesamt und nach Altersgruppen – AGES und eigene Berechnungen -				
	Alle – über 12 Jahre	12 - 17 Jahre	18 – 59 Jahre	Über 60 Jahre
Impfdurchbrüche: Infektion trotz vollständiger Impfung - AGES	40,3 %	8,9 %	37,9 %	68,1 %
Impfquote – alle ab 12 Jahren	68,2 %	41,7 %	64,4 %	83,9 %
Keinerlei Wirkung des Impfstoffes – eigene Be- rechnungen	59,0 %	21,4 %	58,8 %	81, 2 %

Die folgende von der WHO erstellte tabellarische Aufstellung verdeutlicht eindrucksvoll, welche Varianten wir bereits überstanden und mit welchen wir gerade zu kämpfen haben sowie mit welchen wir in Zukunft rechnen können.

Tab 3: Einstufung der SARS– CoV-2-Virenvarianten nach der WHO			
A. Besorgniserregende Varianten			
Voraussetzungen:			
a. Größere Verbreitung unter der Bevölkerung			
b. Zunahme der Ansteckung oder Krankheitsschwere			
c. Nachlassen der Wirksamkeit der Gesundheits- und Sozialmaßnahmen			
Name	Entstehungsort	Beginn	Ende
Alpha B.1.1.7	Grafschaft Kent Großbritannien	Dezember 2020	Frühjahr 2021
Beta B.1.351 Vereinzelte Fälle in Tirol	Südafrika	18. Dezem- ber 2020	Frühjahr 2021
Gamma P.1 Keine Verbreitung in Europa	Brasilien	November 2020	Offen
Delta B.1.617.7	Indien	2020	Jänner 2022
Omikron B1.1.259	Südafrika	Ende No- vember 2021	Offen
B. Varianten von Interesse			
Varianten, die ein aufkommendes Risiko für die öffentliche Gesundheit erwartet las- sen und daher beobachtet werden.			
Lambda C.37	Südamerika	Juni 2021	Offen
My B.1.621 39 Prozent der Infektionsfälle in Kolumbien	Kolumbien	Jänner 2021	Offen
C. Weitere Varianten unter Beobachtung			
Eta B1.525 (Nigeria), Iota B.1. (USA, Australien), Kappa B1.617.1 (Untervariante von Delta) und viele andere mehr.			

(3) Wird Omikron das neue hartnäckige Grippevirus?

Omikron ist die bisher erfolgreichste SARS-CoV-2-Mutante. Ihr Erfolg ist der schnellen Verbreitung geschuldet.

Der Immunologe Christian Münz von der Universität Zürich: „Spitalseinweisungen sind bei Omikron drei bis fünf Mal seltener als bei Delta.“

Omikron verursacht eine Infektion der oberen Luftwege mit typischen grippeartigen Symptomen. Ein Teil der Sanftmut von Omikron, d. h. der mildere Verlauf der Krankheit, dürfte auf die Impfungen zurückzuführen sein.

Dazu Dr. Münz: „Die durch eine Impfung oder auch eine Infektion erreichte Grundimmunität schützt zwar schlecht vor einer Omikron-Infektion, aber doch sehr gut vor schweren Krankheitsverläufen.“

Lauf Dr. Münz kann Omikron zwar die Antikörperantwort unterlaufen, aber noch nicht die zelluläre Immunantwort. Das ist bisher noch keiner SARS-CoV-2-Mutante gelungen (entnommen aus Neue Zürcher Zeitung, Alan Niederer „Aus der Sicht des Virus ist es eine gute Sache, wenn es sich abschwächt und auf die oberen Luftwege fokussiert“, 9. 1. 2022).

Bisher wurde aber noch nicht die Frage behandelt, warum die SARS-CoV-2-Mutationen immer – außer Alpha – als illegale „Migrantenviren“ nach Europas kommen.

Der Verlauf der Spanischen Grippe zeigte, dass die einzelnen Wellen innerhalb eines Jahres um die Welt liefen, um in der kalten Jahreszeit wieder nach Europa zurückzukehren. Dies könnte auch für das SARS-CoV-2-Virus seine Gültigkeit haben.

Die Omikron-Welle erreichte in Südafrika bereits Mitte Dezember 2021 ihren Höchststand. Die vielen Mutationen deuten aber darauf hin, dass Omikron bereits eine deutlich längere Zeit im Land vor sich hin köchelte. Erst jetzt im Jänner 2022 beginnen sich in Südafrika die Krankenhäuser zu füllen.

Dabei ist gilt es hervorzuheben, dass die Hospitalisierungsrate (Anzahl der Covid-19-Erkrankten in den südafrikanischen Krankenhäusern bezogen auf die Zahl der aktuell Infizierten insgesamt) bei der Omikron-Welle nur bei 1,7 Prozent lag, während sie bei Delta noch bei 19 Prozent angesiedelt war. Die Impfquote lag Mitte Jänner 2022 in Südafrika bei nicht mehr als 27 Prozent. (Was war noch mal Omikron? Die Zeit, Nr. 1, 30.12. 2021).

Dies lässt auch für Österreich hoffen, wo der Hospitalisierungsgrad während der Delta-Welle nicht über sechs Prozent lag. Die Durchseuchung unserer Bevölkerung dürfte bereits so weit voran geschritten sein, sodass mit milden Krankheitsverläufen zu rechnen ist. Allerdings kann die bedeutend höhere Zahl an Infizierten (bis zur dreifachen Zahl wie bei der Delta-Welle) wiederum die österreichischen Krankenhäuser an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringen. **Da aber „Omikron“ bevorzugt die oberen Atemwege befällt, dürfte dies zu kürzeren Krankenhausaufenthalten führen sowie die Intensivstationen weniger belasten.**

Umgelegt auf die Situation in Österreich würde dies bedeuten, dass der Höchststand an Neuinfektionen noch vor Ende Jänner und die Belastungen in den Krankenhäusern im Laufe des Februars 2022 erreicht sein dürften.

Wie ist die Lage in den anderen Ländern?

Großbritannien mit einer Impfquote von 71 Prozent wurde von der Omikronwelle hart gebeutelt. Die Fallzahlen stiegen und stiegen. Am Silvestertag wurde mit 189.000 Neuinfektionen ein neues Allzeithoch erreicht, das alte stammt mit ungefähr 50.000 Neuinfektionen vom 9. Jänner 2021- und zwar aus der zweiten Welle.

Damit war die diesmalige Welle mehr als drei Mal so hoch wie im Jänner 2021. Es bedurfte ungefähr zwanzig Tage, um den neuen Gipfel des Allzeithochs zu erreichen.

Trotzdem ist aber bisher die Zahl der Covid-19-Patienten auf den Intensivstationen englischer Krankenhäuser weitgehend konstant geblieben.

Inzwischen wurden aber die gar nicht so schweren Maßnahmen gelockert. Es bestand nämlich immer die 3-G-Regel.

In **Dänemark** mit einer der höchsten Impfquoten in Europa (80,1 Prozent am 11. Jänner 2022) sind die Fallzahlen der derzeit an Omikron Infizierten fünf Mal so hoch wie während der zweiten Welle. Die Zahl der gegenwärtig auf Intensivstationen behandelten Patienten steigt zwar an, sie liegt aber immer noch deutlich unter den Werten früherer Wellen als es nur einen Bruchteil der derzeitigen Infizierten gab.

Interessant ist auch der Blick auf **Australien**, wo der Omikron-Anteil – trotz Sommer – einer der höchsten in der Welt ist. Australien verfolgte bisher eine Zero-Covid-Strategie und hatte die ganze Zeit über nur wenige Covid-19-Patienten in den Krankenhäusern zu versorgen. Die gegenwärtigen Infektionszahlen sind aber fünfzehn Mal so hoch wie beim vormaligen Höchststand. Und dies trotz einer hohen Durchimpfung der Bevölkerung: 77,6 Prozent. Auch die Hospitalisierungen steigen im Gegensatz zu Europa. Die einzige Erklärung, die sich hierfür anbietet, ist der niedrige Grad einer natürlichen Durchseuchung (weitgehend entnommen aus: „Die Omikron-Welle klingt in Südafrika ab. Ein starker Anstieg der Intensivpatienten ist bisher ausgeblieben“, Eike Hoppmann, Neue Zürcher Zeitung, Online, 7. 1. 2022)

(4) Welle auf Welle – das Corona-Gebirge wird immer höher?

Vorerst wollen wir uns der Entwicklung der Covid-19-Pandemie in Österreich zuwenden.

Man kann vier bzw. fünf Wellen unterscheiden:

(1) **Der Beginn der ersten Welle** kann mit dem 26. Februar 2020 und ihr Ende mit dem 30. April 2020 festgelegt werden. Danach schien es so, als ob der Spuk vorbei sei. Am 30. April wurden lediglich 46 am Corona-Virus Erkrankte gezählt. Der Höhepunkt lag am 27. März bei 1.074 täglichen Neuinfektionen.

(2) **Die zweite und dritte Welle** sind aber schwer voneinander abzugrenzen. Man kann sie auch als eine(!) Welle mit zwei Gipfeln sehen. Der erste Höhepunkt wurde am 12. November 2020 mit 9.198 täglichen Neuinfektionen erreicht, um sich dann in den Monaten Dezember 2020 sowie Jänner und Februar 2021 auf einem hohen Niveau zwischen 1.000 und 2.000 täglichen Neuinfektionen einzupendeln.

Der zweite Höhepunkt mit 4.011 täglichen Neuinfektionen wurde am 26. März 2021 (es war ja bereits Frühjahr) registriert. Zwei Lockdowns – einmalig in Europa – wurden dazu verfügt. Diese fast acht Monate wütende Pandemiewelle war dann im Mai praktisch erloschen. Man konnte wieder einmal das Ende der Pandemie verkünden.

(3) Im Spätherbst und Frühwinter 2021 bescherte uns dann die Delta-Mutation die vierte Welle. Richtig an Fahrt gewann sie erst ab dem 16. Oktober 2021 und erreichte am 19. November 2021 ihren bisherigen Allzeit-Höhepunkt mit 15.809 täglichen Neuinfektionen.

In Deutschland wie auch in Österreich betrug ihr Anteil 99,3 Prozent aller sequentiellen Proben. Mit dieser Variante steckten sich im Durchschnitt mehr als doppelt so viele Menschen wie beim Ursprungsvirus an. Es bestand eine 1.200-Mal höhere Virusdichte. Zudem bestand auch ein verstärktes Risiko schwerer Krankheitsverläufe. Impfungen mit den herkömmlichen Impfstoffen verhinderten Infektionen mit der Delta-Variante nur in der Hälfte der Fälle. So die WHO!

Die Belastungen unserer Krankenhäuser in den Normal- und Intensivstationen zusammen durch die Delta-Variante soll anhand der nunmehr folgenden Tabelle veranschaulicht werden. Die Einweisungen auf die Normalstationen haben eine ungefähre Vorlaufzeit von ungefähr zehn Tagen, auf die Intensivstationen dauert es etwas länger. Daher wurde der Hospitalisierungsgrad der Covid-19-Patienten in unseren Krankenhäusern um elf Tage zeitversetzt berechnet: Infektionen vom 1. Oktober führten allenfalls zu einer Hospitalisierung am 12. Oktober 2021.

Berechnung des Hospitalisierungsgrades: Hospitalisierte insgesamt / Infektionsfälle zeitversetzt um elf Tage * 100. Er lag aber zu keinem Zeitpunkt über sechs Prozent.

Tab. 4: Hospitalisierungsgrad in unseren Krankenhäusern Zwischen 1. Oktober und den 28. Dezember 2021 von Covid-19-Patienten				
Krankenhausaufenthalte insgesamt		Infektionsfälle insgesamt		
Datum	Anzahl: Kran- kenhausauf- enthalte	Datum	Anzahl: In- fektions- fälle	Hospitalisie- rungsgrad
12. Oktober	880	1. Oktober	20.188	4,3 %
19. Oktober	934	8. Oktober	20.649	4,5 %
26. Oktober	1.168	15. Oktober	20.968	5,6 %
2. November	1.603	22. Oktober	27.999	5,7 %
9. November	2.152	29. Oktober	39.843	5,4 %
16. November	2.568	5. November	62.659	4,1 %
23. November	3.145	12. November	98.717	3,2 %
30. November	3.458	19. November	138.841	2,5 %
7. Dezember	3.115	26. November	152.362	2,0 %
14. Dezember	2.386	3. Dezember	123.238	1,9 %
21. Dezember	1.705	10. Dezember	78.581	2,2 %
28. Dezember	1.199	17. Dezember	51.189	2,3 %

(4) Ende November 2021 ist „Omikron“, diese neue Virusmutation, mit einer medialen Wucht sondergleichen über uns hereingebrochen. Die erste „Omikron“-Virusinfektion meldete Tirol am 27. November 2021.

Ihre herausstechenden Eigenschaften sind ihr milder Verlauf unter der jungen südafrikanischen Bevölkerung, ihre große Verbreitungsfreude vergleichbar mit Masern und die vielen Untervarianten. Delta wurde von der neuen Omikron-Mutante abgelöst.

Es gilt daher festzuhalten, dass alle von Omikron infizierten Europäer, die aus Südafrika wieder in ihre Heimatländer zurückkehrten, vollständig geimpft waren. Ansonsten hätten sie nach Südafrika gar nicht einreisen dürfen.

Es ist ebenso eine Tatsache, dass die Geimpften und keineswegs die Ungeimpften von ihren Fernreisen die Virenmutationen bei uns einschleppen. Wer ist jetzt unsolidarisch?

Ihr extrem steiler Anstieg – exponentielles Wachstum – ließ auf einen hohen Reproduktionsfaktor schließen: 1,45 laut AGES, der aber nur bis zum 12. Jänner 2022 zu beobachten war. Danach „mäanderte“ die Welle bis zum 19. Jänner auf hohem Niveau, um am 27. Jänner ihren Allzeithöhepunkt von ungefähr 43.000 täglichen Neuinfektionen zu erreichen. Danach setzte ein zögerlicher Abschwung ein.

Aber einen klassischen Kurvenverlauf mit einem Reproduktionsfaktor von 1,45 zeigten die Daten nicht auf.

Zwei Erklärungen bieten sich hierfür an:

- Die PCR-Tests liefern keine validen Daten. Diskussionen darüber mit unterschiedlichen Schuldzuweisungen wurden bereits geführt. **Die Bundesregierung ist eigentlich im „Blindflug“ unterwegs!**
- Staaten wie Spanien, Großbritannien, Frankreich wie auch Dänemark wurden von der Delta-Variante nicht so schwer getroffen wie die mitteleuropäischen Länder. Letztere sind vermutlich auf ihrem Weg zu einer „natürlichen“ Verseuchung bereits weiter voran geschritten.

Unter einem Reproduktionsfaktor versteht man, wieviele Personen ein Infizierter wiederum ansteckt. Beispielsweise ein Reproduktionsfaktor von 1,45 – klingt eigentlich nicht nach viel – befeuert aber eine Pandemie ungemein: 100 Infizierte stecken ihrerseits wieder 145 Personen an und diese 145 Personen ihrerseits wiederum 210 Personen. Fortsetzung der Zahlenreihe: 305, 442, 641, 929, 1.348 usw.. Bei einem Infektionsumschlag von ungefähr drei Tagen hieße dies eine wöchentliche Verdoppelung der Infektionszahlen.

Tab. 5: Getestete und hochgerechnete Entwicklung der Omikron-Mutante mit einem Reproduktionsfaktor von 1,45 (AGES) und von 1,25 ähnlich wie in Großbritannien			
Datum	Tägliche Neuinfektionen	Repr.-Faktor von 1,45 laut AGES	Repr.-Faktor von 1,25 wie in GB
31. 12. 2021	3.624	3.624	3.624
3. 1. 2022	3.319	5.255	4.530
6. 1. 2022	8.853	7.619	5.662
9. 1. 2022	10.291	11.048	7.7078
12. 1. 2022	17.006	16.020	8.848
15. 1. 2022	16.749	23.229	11.060
18. 1. 2022	16.685	33.682	13.824
21. 1. 2022	25.346	48.839	17.281
24. 1. 2022	25.610		21.600
27. 1. 2022	43.053		27.000
30. 1. 2022	27.127		33.751
2. 2. 2022	39.410		42.189
5. 2. 2022	32.258		

Tab. 6: Verlauf der vier Wellen der Corona-Pandemie							
Wellen	Beginn	Ende	Höchststand täglicher Infektionen	Infektionen insgesamt	Todesfälle insgesamt	Sterberate	Impfquote
1. Basis -Variante	26. 2. 2020	30. 4. 2020	1.074 27. 3.2020	15.369	584	3,8 %	0 %
2. u. 3. Alpha, Beta	24. 8. 2020	27. 6. 2021	9.1888 12.11. 2020 4.011 26.3.2021	634.892	10.116	1,6 %	26 %
4. Delta	19. 7. 2021	30. 11. 2021	15.809 19.11.2021	509.734	1.792	0,4 %	66,5 %
5. Omikron 15. 1. 2022	28. 12. 2021	offen	43.053 (27.1.2022)	190.230	1.360	0,7 %	73,8 %

Fazit: Von Welle zu Welle wird immer mehr Corona-Gebirge aufgetürmt. Vergleiche mit der Spanischen Grippe im Jahr 1918 sind aber nur bedingt möglich.

Diese schwere Pandemie gebar dreieinhalb Wellen, wobei die zweite Welle die tödlichste war. Sie dauerte keine zwei Jahre und bescherte der Welt 50 – 100 Millionen Tote, die direkt an(!) der Spanischen Grippe verstarben. Mehr als im Ersten Weltkrieg Gefallene. Dem stehen die etwas mehr als fünf Millionen Toten der mit(!) dem Corona-Virus Verstorbenen gegenüber. Praktisch niemand ist am(!) Virus verstorben.

Die zweite Welle der Spanischen Grippe hatte aber nichts mehr von einer Grippe an sich. Zwar begann sie mit grippeähnlichen Symptomen und schweren bakteriellen Lungenentzündungen, nahm aber einen dramatischen Verlauf.

Es begann mit Verfärbungen der Extremitäten von Rot auf Schwarz, die in der Folge auf den ganzen Körper übergriffen und diesen stark aufblähten. Weiße und Farbige konnten danach nicht mehr unterschieden werden.

Als der französische Dichter Guillaume Apollinaire im November 1918 verstarb, musste sein so stark aufgeblähter und total verfärbter Leichnam mit Gewalt in den Sarg hineingepresst werden, damit der Sargdeckel geschlossen werden konnte.

Klaus Püschel, der ehemalige Leiter des Instituts für Rechtsmedizin im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, hat bereits 2020 anhand der Obduktion von 95 Covid-19-Todesfällen, wovon in jedem einzelnen Fall – vielfach multiple - Vorerkrankungen vorlagen, hanseatisch trocken erklärt: „Ich kann natürlich nicht sagen, wann ein solcher Mensch sterben wird. Aber seine Lebenserwartung war eingeschränkt.“

In Anbetracht der sich im November 2021 rasant entwickelnden Inzidenzen ist unsere Bundesregierung in einen Panikmodus verfallen. Einzigartig in Europa! Nur die Slowakei ist kurzfristig dem österreichischen Beispiel gefolgt. Andere Länder trafen zum Teil auch harte Maßnahmen. In der Schweiz durften aber die Bürger des Landes über die Maßnahmenpolitik des Bundesrates abstimmen, die dann mit einer Zweidrittelmehrheit bestätigt wurde.

Wie aber hat Israel reagiert, das sogar eine etwas niedrigere Impfquote als Österreich aufweist. Die Impfquote in Israel lag im November 2021 bei 62,6 Prozent und in Österreich bei 65,5 Prozent. Der „Coronazar“, Salman Zarka, oberster Covid-19-Beamter Israels, erklärte in einem Spiegel-Interview: „Wir hatten in Israel drei Infektionswellen. Nach der dritten Welle war ein Großteil der Bevölkerung geimpft, wir dachten: Wir haben den Krieg gewonnen. Aber dann begann die vierte Welle und wir verstanden, dass wir uns geirrt hatten. Die Impfung schützt vor einem schweren Verlauf, aber sie bietet keinen hundertprozentigen Schutz Wir haben früh mit der Boosterimpfung begonnen.“ Und die Israelis haben diese Strategie akzeptiert.

Inzwischen (Stand: Mitte Jänner 2022) haben ungefähr 500.000 Israelis die vierte Covid-19-Impfung erhalten, die sich aber gegenüber „Omikron“ als völlig wirkungslos erwies. Von einer allgemeinen Impfpflicht ist in Israel noch immer keine Rede!

(5) Warum lohnt sich ein Blick über die Grenzen unseres Landes?

Die Behauptung, dass eine hohe Impfquote die Pandemie brechen kann, wurde anhand von 15 Staaten untersucht. Hierbei handelte es sich um die Nachbarländer von Österreich, erweitert um einige weitere interessante Staaten.

Die Höhe der Impfquoten in den einzelnen Ländern wurde den höchsten Sieben-Tage-Inzidenzen zwischen August und Ende November 2021 gegenüber gestellt:

Ein Inzidenzwert berechnet sich aus der Zahl der Neuinfektionen innerhalb von sieben Tagen bezogen auf jeweils 100.000 Einwohner. Dadurch sind die Länder mit unterschiedlichen Einwohnergrößen direkt vergleichbar.

Das Ergebnis dieser Analyse ist nicht überraschend. Siehe dazu die Tabellen sieben und acht! Was können wir aus diesen beiden Tabellen ersehen?

Es ist ein leichter Zusammenhang zwischen niedriger Impfquote und hoher Sieben-Tage-Inzidenz zu beobachten. Die Länder Slowenien, Slowakei, Ungarn und Tschechien passen in diese Kategorie: eine Impfquote von unter 60 Prozent und eine sehr hohe Infektionsrate.

Eine höhere Impfquote hingegen bietet keinen ausreichenden Schutz vor einer starken Infektion. Länder mit einer relativ hohen Impfquote – und zu dieser Gruppe zählt auch Österreich – mussten bei der vierten Welle, der Delta-Variante, hohe wie auch niedrige Infektionszahlen hinnehmen: Schweden, Frankreich, Schweiz, Deutschland, Österreich, Dänemark wie auch Italien und Spanien.

D.h. in diesen Ländern müssen andere Faktoren für die Entwicklung der vierten Welle der Pandemie verantwortlich zeichnen. Beispielsweise: Hoher Anteil an Migranten, die immer noch in Verbindung mit ihren Heimatländern stehen, Stellung als Transitland, ausländische Pflegekräfte, Bedeutung des Sommer- und vor allem des Wintertourismus. So trägt der Tourismus in Österreich doppelt so viel zum BIP bei wie in der Schweiz.

Die für die Analyse verwendeten Daten bezogen sich auf die Delta-Variante. Inzwischen litten auch Länder wie Spanien, Frankreich und Dänemark trotz einer hohen nationalen Impfquote unter der Omicron-Flut!

Dass die Höhe der Impfquote keinerlei Einfluss auf die Verbreitungsfreude von Omikron hat, zeigen die Daten aus dem deutschen Bundesland Bremen. Die Impfquote für Deutschland beträgt derzeit 72,2 Prozent und für Bremen 84,5 Prozent (12. 1. 2022).

Der Sieben-Tage-Inzidenz-Wert (Anzahl der Infektionen innerhalb der letzten sieben Tage bezogen auf 100.000 Einwohner) war aber am 13. 1. 2022 in Bremen drei Mal so hoch wie in Deutschland insgesamt. In Bremen betrug er 1.349 und für Deutschland insgesamt nur 428. Dies erklärt eigentlich alles!

Tab. 8: Zusammenfassung aus Tabelle 6 zwischen Impfquote und der höchsten Sieben-Tage-Inzidenz bei der vierten Welle					
	Höchster Sieben-Tage-Inzidenzwert bei der vierten Welle				
Impfquote:	Unter 100	101 - 400	401 - 700	701 – 1.000	Über 1.000
Unter 50 %					Slowakei
50 -55 %				Slowenien	
56 – 60 %		USA		Ungarn	Tschechien
61 – 65 %			Israel		
66 – 70 %	Schweden	Frankreich	Schweiz Deutschland Großbritannien	Österreich(!)	
Über 70 %		Italien Spanien	Dänemark		

Tab. 7: Sieben-Tage-Covid-19-Inzidenz und Impfquote in 15 untersuchten Ländern

Land: 1)	Sieben-Tage-Inzidenzen 2021					Impfquote
	1. August	1. September	1. Oktober	1. November	28. November	
1. Dänemark	103,1	105,6	51,2	205,9	505,3	76,1 %
2. Schweiz	57,7	203	97,3	116,4	523,4	65,5 %
3. Schweden	32,1	73,4	41,8	54,3	99,5	67,5 %
4. Deutschland	18,4	82,3	68,1	164,5	462,2	68,0 %
5. Israel	168,9	627,2(!)	317	47,1	19,1	62,6 %
6. Slowakei	7,1	13,2	120,4	669,8	1.425,8(!)	42,8 %
7. Slowenien	28,7	147,1	292,8	766,7	944(!)	54,2 %
8. Tschechien	11,5	12,7	32,8	311,8	1.278(!)	58,6 %
8. Österreich	34,6	107,3	140,4	358	997(!)	65,5 %
10. Frankreich	220,8	149,2	55,4	93,9	304	69,3 %
11. USA	165,5	339,6	235,6	156,1	147,4	59,2 %
12. Italien	61,8	74,8	37,2	51	136	74,0 %
13. Ungarn	3,9	11,8	32,8	203,4	730,7(!)	59,0 %
14. Großbritannien	278,4	344,8	355,2	418,9	451,7	68,7 %
15. Spanien	356,4	108,3	32,6	28,7	107,7	79,3 %

1) Die Rangreihung der einzelnen Länder erfolgte nicht willkürlich, sondern basierte auf ausführlichen Analysen bezüglich des Abschneidens dieser 15 Staaten im Jahr 2020 anhand von vier ausgewählten Indikatoren: Erhöhung der Staatsschuldenquote, Rückgang des BIP, Zunahme der Arbeitslosenquote sowie Zunahme der mit Covid-19 Verstorbenen. **Je höher die Position in der Rangreihung, desto schlechter schnitt das jeweilige Land ab!** Näheres zum Aufbau und den Ergebnissen dieser Analyse ist auf unserer Website <https://www.5-sterne-oesterreich.at> nachzulesen.

(6) Können die vielen Corona-Wellen wie beim Pockenvirus durch eine allgemeine Zwangsimpfung gebrochen werden?

Was in anderen Ländern – vor allem Pflichtimpfungen bei bestimmten Berufs- oder Altersgruppen - geplant bzw. verfügt wurde, wird ab Februar 2022 in Österreich traurige Wirklichkeit: eine allgemeine Covid-19-Impfpflicht ab 18 Jahren - verbunden mit saftigen Strafzahlungen bei Zuwiderhandeln.

Mit verfassungsrechtlichen Widerständen ist aber nicht zu rechnen! So Prof. Michael Lysander Fremuth, Professor am Institut für Staats- und Verwaltungsrecht der Universität Wien: „ Hinsichtlich der Abwägung zwischen den individuellen Interessen an körperlicher Unversehrtheit und Autonomie einerseits und den kollektiven Interessen zum Schutz von Leben und öffentlicher Gesundheit andererseits könnte Österreich problemlos eine allgemeine Impfpflicht verordnen, gestützt auch auf Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte.“ (Geldstrafen für Unwillige, Der Spiegel, Nr. 48/27.11.2021)

Für die Bundesregierung ist die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht „alternativlos“ wie es Gesundheitsminister Dr. Wolfgang Mückstein sehr knapp und äußerst restringiert formulierte.

Anhand für jedermann überprüfbarer Fakten soll hierorts aufgezeigt werden, dass eine allgemeine Impfpflicht keinesfalls „alternativlos“ ist.

a) Seit wann gibt es eine Impfpflicht in Österreich?

Viele werden auf Maria Theresia tippen. Obwohl die Kaiserin selbst und vier ihrer Kinder an Pocken erkrankten, wurde in Österreich – anders als in Preußen – keine Impfpflicht verordnet. Eine solche wurde erst 1939 in der Ostmark eingeführt. Unsere Bundesregierung könnte doch aus dieser Zeit, der NS-Zeit nämlich, weitere Ideen entlehnen. **Beispielsweise bei der Übernahme polizeistaatlicher Methoden!**

Am 30. Juni 1948 wurde ein eigenes „Bundesgesetz über Schutzimpfungen zu Pocken“ beschlossen, das zwar keine allgemeine Impfpflicht festlegte, aber einer solchen ziemlich nahe kam. De facto wurden aber von der Impfpflicht nur alle Kinder und Erwachsene in „gefährdeten“ Berufen bzw. in einem „gefährdeten“ Arbeitsumfeld erfasst.

b) Warum sind Corona-Viren mit Pocken oder Masern nicht vergleichbar?

Das SARS-CoV-2-Virus entfaltet eine Vielzahl von Mutationen, die ihrerseits wieder viele eigene Untervarianten hervorbringen.

Die Mutationen der Masern- und Pockenviren sind hingegen nicht „lebensfähig“. Einmalimpfungen wurden daher möglich. Dies verhalf auch dazu, dass die Pocken ausgerottet werden konnten.

Die bekannte Virologin und ehemalige Professorin an der Universität Zürich, Karin Mölling, schrieb in ihrem Buch: „Viren, Supermacht des Lebens“, C.H. Beck, 2020, dass es jahrelanger Versuche zum Trotz nicht möglich war, gegen die HIV-Viren einen wirksamen Impfstoff zu entwickeln. Etwas überspitzt formuliert: Jeder HIV-Infizierte entwickelt seine eigenen überlebensfähigen Mutanten. Daher hat man sich auch erfolgreich auf die medikamentöse Behandlung Aidskranker konzentriert.

Die Corona-Viren sind aber mit den HIV-Viren nicht direkt vergleichbar. Professor Mölling äußerte sich dazu vorsichtig: „Die Coronaviren verändern sich zwar nicht so freudig wie die HIV-Viren, aber sie verändern sich.“

Eine Ausrichtung auf eine erfolgreiche medikamentöse Behandlung von Covid-19-Erkrankten hat in den österreichischen Krankenhäusern noch nicht Platz gegriffen.

Der Infektiologe von der Medizinischen Universität Wien, Florian Thalhammer, erklärte dazu, dass der Einkauf von Medikamenten für Corona-Therapien zu spät und unzureichend erfolgt ist, sodass eine Beistellung von Heilmitteln nicht mehr möglich erschien (entnommen aus Krone, 21. 11. 2021). Diese Äußerungen bezogen sich auf den Höhepunkt bei der Delta-Welle Ende November 2021.

Vielfachimpfungen können sich auch zu einer ernsthaften Gefahr für die öffentliche Gesundheit entwickeln.

So meinte der Vakziologe Philip Krause, der eine WHO-Arbeitsgruppe zu Covid-19-Impfstoffen leitet: „Die nicht ganz so gute Nachricht: die schnelle Entwicklung dieser Varianten deutet darauf hin, dass sich das Virus schneller zu einem Impfstoff resistenten Phänotypus entwickeln könnte als uns lieb ist.“ Und er fügte im Science Magazine hinzu: „Schwache Impfungen begünstigen gefährliche Mutationen.“

Hinzu kommt, dass „Escape Mutanten“ einer zu schwachen Immunabwehr entkommen können und den Erreger „aggressiver“ (d.h. verbreitungsfreudiger) machen.

Der BioNTech Gründer, Dr. Ugur Sahin, befürchtete, dass Omikron eine solche Escape-Mutante sein könnte, wogegen es keinen Impfschutz gibt. Er zerstreute aber gekonnt diesbezügliche Befürchtungen (Spiegel-Interview, Nr. 50/11.12.2021).

Dabei ist aber nicht ganz klar geworden, ob hier der Wissenschaftler oder eher der erfolgreiche Unternehmer, der in erster Linie seinen Shareholdern verpflichtet ist, spricht.

c) Totimpfstoffe oder das Warten auf Godot?

Viele Befürchtungen von Impfgegnern richten sich gegen den mRNA-Impfstoff von Pfizer/BioNTech, der „gentechnisch“ hergestellt wird. Wie zudem auch große Teile der österreichischen Bevölkerung „genbasierende“ Lebensmittel ablehnen. Ich gehöre eigentlich nicht dazu.

Gegen den Einsatz der mRNA-Technologie als Impfung ist auch Dr. Robert Mallone, amerikanischer Immunologe und Molekularbiologie aufgetreten. Er war Ko-Autor der Ende der 1980er Jahre zur Entwicklung der „Lipofektion“ mit mRNA erstellten Pionierstudie, einer wesentlichen Technik bei den späteren mRNA-Impfstoffen.

In Kürze: Robert Mallone warnte vor ihrer Verwendung wegen ihrer unkontrollierten Nebenwirkungen, die Zulassungsuntersuchungen seien nur an Gesunden durchgeführt worden und die Impfungen würden Kindern schaden, deren Immunschutz noch im Aufbau befindlich ist.

Amerikanische Experten haben ihm aber widersprochen. Daraufhin wurde ihm sein Twitter-Konto wegen wiederholter Verstöße gegen die Covid-19-Fehlinformationsrichtlinien gesperrt.

Auch Sarah Wagenknecht äußerte Ängste vor einer Covid-19-Impfung mit dem neuen Impfstoff und plädierte für eine Impfung mit Totimpfstoffen. (Der Spiegel, Nr. 46/13.11.2021).

Richard David Precht, einer der profiliertesten Intellektuellen im deutschsprachigen Raum ergänzte, dass er seine Kinder nicht impfen lassen würde, weil Kinder ein im Aufbau befindliches Immunsystem haben, welches durch die Impfungen mit dem neuartigen Impfstoff manipuliert wird (Die Zeit, 18. 11. 2021). Dieser Meinung schloss sich auch mein Hausarzt an!

Drei Totimpfstoffe gegen Covid-19 sind bereits auf dem Markt bzw. stehen vor der Zulassung!

Bei Totstoffimpfungen werden wie bei den jährlichen Grippeimpfungen inaktivierte („abgestorbene“) Viren verimpft. Dies ist eine seit bereits mehr als sechzig Jahren eingeführte Impfstofftechnologie mit sehr hoher Sicherheit. Die Menschen konnten mit diesen Impfungen gute Erfahrungen sammeln.

Mit dem Begriff „Totimpfstoffe“ wird aber in unserem Land (beispielsweise auf der Hotline 1450 oder auch von Ärzten in Radiosendungen) mutwillig Schindluder getrieben, indem die mRNA-Impfstoffe auch dazu gezählt werden, da sie ebenfalls keine Lebendviren enthalten.

Welche Alternativen bieten sich derzeit an?

(1) Große Hoffnungen ruhen auf einem Präparat des französisch/ österreichischen Pharmaunternehmens Valneva. Es befindet sich bereits in der zulassungsrelevanten Phase III für die EU. Das Unternehmen berichtete von positiven Ergebnissen. Mit Auslieferung der Impfstoffe ist aber frühestens April 2022 zu rechnen.

(2) China hat auch längst einen Totimpfstoff auf den Markt gebracht. Seit Mai 2021 bemüht sich das chinesische Pharmaunternehmen Sinopharm bisher vergeblich für CoronaVac eine Zulassung in der EU zu erwirken.

Zu Jahresbeginn 2021 wurde der chinesische Impfstoff in Chile großflächig mit durchwachsenem Erfolg verimpft. Eine Studie der Universität Santiago de Chile stellte aber einen geringen Impfschutz von Coronavac fest, sodass die Impfungen mit dem chinesischen Präparat ausgesetzt wurden.

(3) Ein weiteres Präparat, das bereits in den USA erfolgreich eingesetzt wird, ist Nuvaxovid (NVX-CoV2373) vom amerikanischen Pharmaunternehmen Novavax.

Manche zählen es ebenfalls zu den Totimpfstoffen, wobei diese Bezeichnung eher ungenau ist. Das Präparat enthält künstlich hergestellte Teile des Spike-Proteins. Im Gegensatz zu den mRNA- und den Vektorimpfstoffen, die den genetischen Bauplan für das Protein liefern, welches dann in einem zweiten Schritt entsteht, werden bei Novavax bereits fertige Teile des Proteins injiziert. (entnommen aus: Neue Zürcher Zeitung, Manche Impfskeptiker könnten willig werden: Was es mit den Totimpfstoffen von Valneva und Novavax auf sich hat, 21. 11. 2021).

Inzwischen wurde das Präparat von Novavax in der EU zugelassen. Und man kann sich bereits für März 2022 anmelden.

Auch dies hätte für eine Verschiebung der allgemeinen Covid-19-Impfpflicht gesprochen, um mit den Totimpfstoffen mRNA-Impfskeptikern einen für sie akzeptablen Weg zu einer Covid-19-Impfung zu bahnen!

Aber all diese Vorschläge sind letztlich leere Worte, die in den Wind gesprochen sind.

Man will sich aber nicht um eine gangbare Alternative bemühen, um den Impfskeptikern entgegen zu kommen.

Die Bundesregierung hat nämlich bereits 30,5 Millionen Impfdosen gekauft, wovon mit Stand November 2021 erst 13 Millionen verimpft wurden. Am 6. Mai 2021 hat sich die Bundesregierung zudem die Option für weitere 42 Millionen Impfdosen gesichert. D. h. diese 72,5 Millionen Impfdosen müssen erst einmal verabreicht werden.

(7) Brachten die Ungeimpften die medizinischen Kapazitäten der Krankenhäuser an die Grenzen ihrer Belastbarkeit?

In diesem Abschnitt soll überprüft werden, ob die vierte Welle die Intensivstationen in den Krankenhäusern unseres Landes an die Grenze ihrer Belastbarkeit brachten, so dass ein vierter Lockdown verordnet und zudem eine allgemeine Impfpflicht – verbunden mit saftigen Verwaltungsstrafen bei Zuwiderhandeln – angedroht werden mussten.

In einer OECD-Studie aus dem Jahr 2019 wurden für Österreich 28,9 Intensivbetten, für Deutschland 33,3 Intensivbetten und für Italien lediglich 8,6 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner ausgewiesen. Dieser OECD-Studie zufolge stünden in unserem Land ungefähr 2.600 Intensivbetten zur Verfügung.

Wie kann es aber sein, dass bei einer Spitzenbelastung von nicht mehr als 670 Intensivpatienten wie bei der vierten Welle im November des letzten Jahres der nationale Notstand ausgerufen werden musste? Und dies bei einer theoretischen Auslastung von nicht mehr als 25 Prozent!

Zwei Faktoren bestimmen den Auslastungsgrad von Intensivstationen:

- (1) Sie müssen auch für andere Intensivpatienten offen bleiben, um eine Triage zu verhindern.
- (2) Entscheidend ist aber, ob genügend ausgebildete Pflegekräfte zur Verfügung stehen.

Die AGES (Österreichische Agentur – Gesundheit für Mensch, Tier und Pflanzen) kommt daher zu einem etwas anderen, einen höheren Auslastungsgrad der Intensivstationen während der letzten Welle.

Am 29. November des letzten Jahres betrug der durchschnittliche Auslastungsgrad in den Intensivstationen der Krankenhäuser unseres Landes nicht mehr als 52 Prozent, wiewohl damals einzelne Bundesländer wie vor allem Salzburg, aber auch Tirol und Oberösterreich an den Grenzen der Belastbarkeit schrammten.

In Anbetracht der niedrigen Auslastungen der Intensivstationen – in Wien laut AGES überhaupt nur zu 29 Prozent und immer noch etwas niedriger als bei der 2. Welle im November 2020 – stellt sich die Frage, wie die Äußerungen des Gesundheitsministers Wolfgang Mückstein zu verstehen sind, dass der vierte Lockdown (Herunterlassen der Rollläden in unserem Land) ein Zeichen sei, dass das Krankenhauspersonal gehört wird. (Interview in der Kronenzeitung am 21. 11. 2021).

Tab. 9: Höchstzahl an Patienten in Normal- und in Intensivstationen		
Coronawellen	Normalstationen	Intensivstationen
2. Welle: 25. November 2020	3.876 Personen	709 Personen
3. Welle: 19. April 2021	1.530 Personen	570 Personen
4. Welle: 1. Dezember 2021	2.727 Personen	649 Personen 670 Personen am 7.12 2021

Tab. 10: Auslastungsgrad der für Corona-Patienten zur Verfügung gestellten Normal- und Intensivbetten nach Bundesländern (AGES – 29. November 2021)		
	Normalbetten	Intensivbetten
Salzburg	73,6 %	93,3 %
Tirol	71,6 %	83,8 %
Oberösterreich	63,7 %	70,4 %
Kärnten	66,8 %	63,6 %
Steiermark	52,1 %	63,3 %
Niederösterreich	63,8 %	54,7 %
Burgenland	58,6 %	40,0 %
Vorarlberg	48,4 %	30,4 %
Wien	53,0 %	28,6 %
Österreich insgesamt	60,7 %	52,2 %

Die Dauerbelastung der Pflegekräfte – gepaart mit einer schlechten Bezahlung – sowie die Aufgabe und der Wechsel vieler in andere, ruhigere Abteilungen der Krankenhäuser sind die wahren Probleme auf den Intensivstationen unseres Landes.

Thomas Riedel, Intensivmediziner im Rottal-Inn-Klinikum in Bayern, zeigte sich in einem Interview mit der Neuen Zürcher Zeitung sehr besorgt: in der ersten Coronawelle standen in seiner Klinik noch 25 Intensivbetten zur Verfügung, derzeit sind es aber nur mehr 14.

Auch in Österreich denken viele Pflegekräfte ans Aufhören. Laut einer ORF-Mitteilung vom 5. Oktober des letzten Jahres ist es ein Fünftel.

In der nunmehr fast zwei Jahren andauernder Pandemie haben aber weder die Spitalsleitungen noch die Politiker irgendwelche Anstrengungen unternommen, um neues Personal – auch ausländisches – anzuwerben, auszubilden und die Bezahlung entscheidend anzuheben.

So schilderte eine Pflegekraft: „Jetzt geht auch ihr die Luft aus. Dauernd einspringen, arbeiten im Schutzanzug und keine entsprechende Entlohnung seien auf Dauer nicht aushaltbar. Es ist eine seit eineinhalb Jahren weltweite Pandemie und es wurde nicht einmal die Infektionszulage erhöht.“ (ORF.at: Ein Fünftel der Pflegekräfte denkt ans Aufhören, 5. Oktober 2021)

Wenn es nämlich nicht um ihre eigenen Gehaltserhöhungen geht, dann werden die Spitalsmanager sehr schmallippig. In Deutschland wurden noch 2020 Jahr 686 Millionen Euro an die Kliniken überwiesen, um 14.000 zusätzliche Intensivbetten zu schaffen. Allerdings musste man sich inzwischen fragen, wo das viele Geld versickert ist.

Eine solche Frage braucht aber in Österreich nicht gestellt werden, da bei uns dafür gleich gar kein Geld flüssig gemacht wurde. Die erfolgreiche Suche nach Sündenböcken – und zwar mit der Benennung der Ungeimpften - war da ungleich günstiger zu haben.

Dass Ungeimpfte das Virus nicht stärker als Geimpfte verbreiten und sich daher nicht unsolidarisch verhalten können, wurde bereits bei der Abschnitt Eins hinlänglich beantwortet. Der zweite Vorwurf, dass die Nicht-Geimpften die Intensivstationen in den Krankenhäusern unseres Landes an den Rand des Zusammenbruches bringen, kann aber nicht beurteilt werden, da zum Impfstatus der Covid-19-Patienten keine Zahlen veröffentlicht werden.

Die Krankenanstalten melden zwar täglich an das epidemiologische Meldesystem (EMS) die Zahl der Corona-Patienten in Normal- und Intensivstationen. Und sie erheben zudem auch den Impfstatus der Covid-19-Patienten. Veröffentlicht wird aber nur die Zahl der täglichen Corona-Patienten in den beiden Stationen eines Krankenhauses.

Eine Pflegekraft in einer Klinik unseres Landes wurde fristlos entlassen, weil sie in sozialen Medien davon sprach, dass in ihrer Klinik der Impfstatus von Patienten auf den Intensivstationen von geimpft auf ungeimpft verfälscht wurde und dass Patienten von der Normal- auf die Intensivstation verlegt wurden, um eine Vollbelegung vorzutäuschen. **Den Wahrheitsbeweis wird diese Pflegerin aber nicht erbringen können!**

Was aber zu denken gibt, das ist vielmehr: Der Impfstatus der Covid-19-Patienten wird sehr wohl erhoben. Warum wird er aber nicht veröffentlicht?

Wenn während der vierten Welle auf den Intensivstationen unseres Landes kaum Geimpfte zu finden waren, dann wäre dies doch ein starkes Argument gewesen, das für die Covid-19-Impfungen spräche. Oder?

Richten wir wieder einmal einen Blick auf unser Nachbarland, die Schweiz. Dort sind die Ärzte dazu verpflichtet, die Daten von stationär aufgenommenen Patienten an das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zu melden. Und sie werden auch veröffentlicht! Es wird hierbei nicht nur der Covid-19-Impfstatus (Anzahl der Impfungen, Impfstoff etc.) erhoben, sondern auch das Alter der Patienten.

Daher ist eine evidenzbasierte (d.h. datenbasierte) Untersuchung des Krankheitsverlaufes der einzelnen Alterskohorten möglich. Und sie hilft dadurch der Politik wie den Ärzten gleichermaßen! (Die Hinweise zur Schweiz stammen aus der Seuchenkolumne der Zeitschrift FALTER, Nachrichten aus einer verwirren Welt, Armin Thurnherr).

(8) Zwölf Überlegungen, die zur Diskussion einladen

(1) Es gibt keine Pandemie der Ungeimpften, sondern nur eine solche aller. Die eigentliche gefährdete Gruppe sind nicht die ungeimpften Jugendlichen, sondern die vollgeimpften Alten mit ihrem niedrigen Immunschutz und ihren vielen Vorerkrankungen. Daher kann nicht die Erhöhung der Impfquote das Ziel sein, sondern eine dritte und vierte Corona-Impfung – vor allem bei den gefährdeten Gruppen wie den Alten und den Menschen mit Vorerkrankungen. Israel hat während der vierten Welle diesen Weg – ohne Lockdown und Pflicht- bzw. Zwangsimpfungen – erfolgreich beschritten. **Inzwischen (Stand: Mitte Jänner 2022) haben bereits ungefähr 500.000 Israelis die vierte Covid-19-Impfung erhalten, wiewohl sich diese Impfungen gegenüber „Omikron“ als wirkungslos erwiesen. Und von einer allgemeinen Impfpflicht ist in Israel noch immer keine Rede!**

(2) Die Geimpften übertragen das Corona-Virus in gleicher Weise wie die Ungeimpften – vor allem in den ersten Tagen nach einer Infektion, worauf es aber ankommt. So Prof. Dr. Christian Drosten von der Charité in Berlin

(3) Geimpfte erkranken etwas weniger häufiger als Ungeimpfte. Die Impfdurchbrüche (d.h. Infektion trotz Impfung) beträgt laut AGES bei der Bevölkerung insgesamt 40 Prozent und bei den über 60-Jährigen fast 70 Prozent. Allerdings mit einem milden Verlauf der Krankheit.

(4) Selbst eine Impfquote von 100 Prozent in Österreich böte keine Gewähr, dass dann die Pandemie erlischt. Die Corona-Mutationen von Beta bis Omikron wurden und werden aus dem Ausland eingeschleppt - und seit der Impfpflicht für Reisende ins Ausland ausschließlich von den völlig Geimpften.

(5) Für die österreichische Bundesregierung und die Gesundheitsbehörden liegt das allein selig machende Heil in der Erhöhung der Impfquote - und sei es durch allgemeine Pflichtimpfungen. Diese simple Behauptung, dass eine hohe Impfquote die Pandemie brechen kann, wurde bei der Delta-Welle anhand von 15 Staaten untersucht.

Hierbei handelte es sich um die Nachbarländer von Österreich, erweitert um einige weitere interessante Staaten. Die Höhe der Impfquoten in den einzelnen Ländern wurde den höchsten Sieben-Tage-Inzidenzen zwischen August und Ende November 2021 gegenüber gestellt. Das Ergebnis dieser Analyse ist eigentlich nicht überraschend: Es ist ein leichter Zusammenhang zwischen niedriger Impfquote und hoher Sieben-Tage-Inzidenz zu beobachten. Die Länder Slowenien, Slowakei, Ungarn und Tschechien passen in diese Kategorie: eine Impfquote von unter 60 Prozent und eine sehr hohe Infektionsrate. Eine höhere Impfquote bietet hingegen keinen ausreichenden Schutz vor vielen Infektionen. Länder mit einer relativ hohen Impfquote – und zu dieser Gruppe zählt auch Österreich – mussten bisher bei der vierten Welle hohe wie auch niedrige Infektionszahlen hinnehmen: Schweden, Frankreich, Schweiz, Deutschland, Österreich, Dänemark wie auch Italien und Spanien. D. h. hier dürften andere Faktoren wirksam werden, die die Pandemie befeuern.

Die für die Analyse verwendeten Daten bezogen sich auf die Delta-Variante. Inzwischen litten auch Länder wie Spanien, Frankreich und Dänemark trotz einer hohen nationalen Impfquote unter der Omicron-Flut!

(6) Das SARS-CoV-2-Virus produziert anders als bei Pocken, Masern und Polio, die nicht überlebensfähige Mutationen hervorbringen, wodurch Einmalimpfungen möglich wurden, immer aggressivere (d.h. verbreitungsfreudigere) Varianten, sodass man mit der Entwicklung angepasster Impfstoffe nicht nachkommen kann. So wurden bei der dritten Impfung gegen das Delta-Virus die gegen die beiden Varianten Alpha und Beta entwickelten Impfstoffe verabreicht. Und sie waren daher – von Placebo-Effekten abgesehen – nicht sehr wirksam.

(7) Der Vakziologe Philip Krause von der WHO vertrat folgende Ansicht: „Die nicht ganz so gute Nachricht: die schnelle Entwicklung dieser Varianten deutet darauf hin, dass sich das Virus schneller zu einem Impfstoff resistenten Phänotypus entwickeln könnte als uns lieb ist.“ Beispielsweise wie bei der Wirkungslosigkeit von Antibiotika gegen manche Bakterien. Und er fügte im Science Magazine hinzu: „Schwache Impfungen begünstigen gefährliche Mutationen.“

(8) Viele Befürchtungen von Impfgegnern richten sich gegen den mRNA-Impfstoff von Pfizer/BioNTech, der „gentechnisch“ hergestellt wird. Wie zudem auch große Teile der österreichischen Bevölkerung „genbasierende“ Lebensmittel ablehnen. Daher wünscht man sich Impfungen mit Totimpfstoffen wie beispielsweise ein Präparat des französisch/österreichischen Pharmaunternehmens Valneva.

Es handelt sich hierbei wie bei den Grippeimpfungen um eine klassische, seit mehr als 60 Jahren eingesetzte und erprobte Impftechnologie. In der EU befindet sich das Präparat mit positiven Ergebnissen in der Beurteilungsphase III, also vor der Zulassung. Mit einer Auslieferung der Impfstoffe ist aber frühestens April 2022 zu rechnen.

Ein weiteres Präparat, das bereits in den USA erfolgreich eingesetzt wird, ist Nuvaxovid (NVX-CoV2373) vom amerikanischen Pharmaunternehmen Novavax.

Manche zählen es ebenfalls zu den Totimpfstoffen, wobei diese Bezeichnung eher ungenau ist. **Inzwischen wurde das Präparat von Novavax in der EU zugelassen. Und man kann sich bereits für März 2022 anmelden.**

Auch dies hätte für eine Verschiebung der allgemeinen Impfpflicht gesprochen, um mit den Totimpfstoffen den mRNA-Impfskeptikern einen Weg zu einer Covid-19-Impfung zu bahnen!

(9) Am 29. November des letzten Jahres betrug laut AGES der durchschnittliche Auslastungsgrad in den Intensivstationen der Krankenhäuser unseres Landes nicht mehr als 52 Prozent, wiewohl einzelne Bundesländer wie vor allem Salzburg, aber auch Tirol und Oberösterreich an den Grenzen der Belastbarkeit schrammten.

In einer OECD-Studie aus dem Jahr 2019 wurden für Österreich 28,9 Intensivbetten, für Deutschland 33,3 Intensivbetten und für Italien lediglich 8,6 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner ausgewiesen. Dieser OECD-Studie zufolge stünden in unserem Land ungefähr 2.600 Intensivbetten zur Verfügung. Wie kann es aber sein, dass bei einer Spitzenbelastung von nicht mehr als 670 Intensivpatienten wie bei der vierten Welle im November des letzten Jahres der nationale Notstand ausgerufen werden musste? Und dies bei einer theoretischen Auslastung von nicht mehr als 25 Prozent!

(10) Die Dauerbelastung der Pflegekräfte – gepaart mit einer äußerst schlechten Bezahlung – sowie die Aufgabe und der Wechsel vieler in andere ruhigere Abteilungen der Krankenhäuser sind die wahren Probleme auf den Intensivstationen unseres Landes. In der nunmehr seit fast zwei Jahren andauernden Pandemie haben aber weder die Spitalsleitungen noch die Politiker irgendwelche Anstrengungen unternommen, um neues Personal – auch ausländisches – anzuwerben, auszubilden und die Bezahlung entscheidend anzuheben.

(11) Die Krankenanstalten unseres Landes melden täglich an das epidemiologische Meldesystem (EMS) die Zahl der Corona-Patienten in den Normal- und in den Intensivstationen. Und sie erheben zudem auch den Impfstatus ihrer Covid-19-Patienten. Veröffentlicht wird aber nur die Zahl der täglichen Corona-Patienten in den beiden Stationen der Krankenhäuser. Gilt es hier vom Gesundheitsministerium etwas zu verbergen? Das ist die Frage!

(12) Zur Omikron-Mutante ist mit Sicherheit noch nicht das letzte Wort gesprochen. Als gesichert gilt ihr milder Verlauf, nicht nur bei der ungeimpften südafrikanischen Jugend. Als weitgehend gesichert gilt auch ihr extremer Anstieg (wöchentliche Verdoppelung der täglichen Infektionsfälle), der auch wieder einen raschen Abfall erwarten lässt. Die schiere Masse an Infektionen (dreimal so hohe Höchststände wie bei „Delta“) ließen die Befürchtung aufkommen, dass die Krankenhäuser wiederum an die Grenzen der Belastbarkeit gelangen. Da aber „Omikron“ bevorzugt die oberen Atemwege befällt, ist eine extreme Belastung - vor allem - der Intensivstationen nicht zu erwarten. Als gesichert gilt auch die Wirkungslosigkeit der bisherigen Impfstoffe. Eine natürliche Durchseuchung der österreichischen Bevölkerung wäre aber billiger zu haben. Als nicht gesichert ist hingegen anzusehen, ob „Omikron“ mit ihren grippe-ähnlichen Symptomen die „Exit-Mutante“ aus der Pandemie bilden und zu einer Endemie überleiten kann.

Resümee: Die zur Diskussion gestellten Ergebnisse zeigen ganz klar auf, dass eine allgemeine Covid-19-Impfpflicht ab 18 Jahren nicht geeignet sein kann, das angestrebte Ziel, Erlöschen der Pandemie, zu erreichen. Diese Zwangsmaßnahme führt lediglich in eine sündteure Sackgasse!

Man ist vielmehr auf dem besten Wege, viele Selbstständige und Arbeitnehmer in den Ruin zu treiben und die Gesellschaft zu spalten. Es soll auch nicht vergessen werden: Wer Wind sät, der wird Sturm ernten! Daher ist zu fordern: Keinen Vollzug des Bundesgesetzes über die Impfpflicht gegen COVID-19! Nur so kann der soziale Frieden in unserem Land wieder hergestellt werden.

Des Weiteren ist auch zu fordern: Gleichstellung der Geimpften und der Genesenen mit den Getesteten (3-G-Regel) in allen gesellschaftlichen Bereichen – vor allem in der medizinischen Behandlung – und Beibehalten der kostenlosen Tests für alle.

Wenn - wie mehrere wissenschaftliche Studien und Experten bestätigen - Geimpfte wie Ungeimpfte gleichermaßen die SARS-CoV-2-Viren unter der Bevölkerung verbreiten, dann dient doch die 2-G-Regel lediglich zur Disziplinierung der Impfunwilligen, dem Schutz unserer Bevölkerung aber mitnichten.

Folgerichtig müsste man eigentlich die 1-G-Regel fordern. Alle – geimpft, genesen oder auch nicht geimpft - müssen dann ein negatives Testzertifikat vorweisen, wenn sie eine Dienstleistung in Anspruch nehmen.

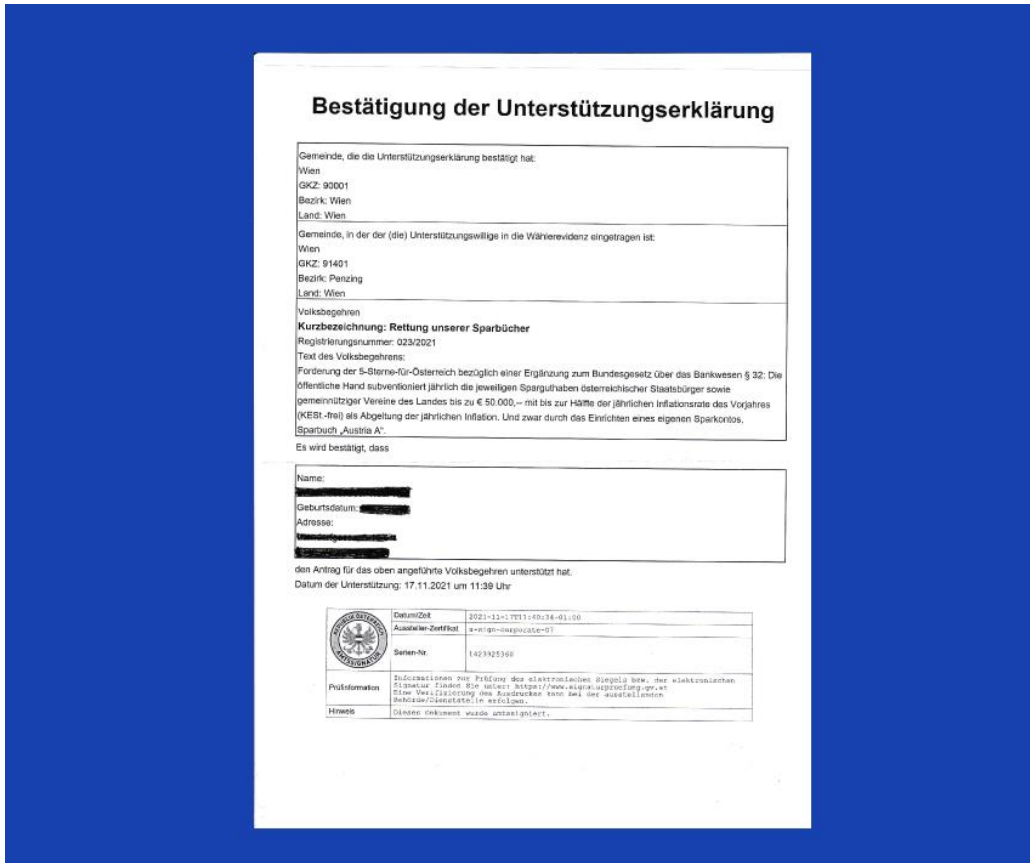
Spanien geht aber einen anderen Weg. Die spanische Gesundheitsministerin, Carolina Darias, arbeitet an einem fundamentalen Wandel in der internationalen Anti-Corona-Strategie: Die Herabstufung der Pandemie zu einer Endemie. Für Infizierte mit leichten Symptomen und ohne Vorerkrankungen würde eine Umstellung das Ende von Tests, Meldepflichten, Quarantänen und vor allem anderen bedeuten, dass Covid-19 wie eine Grippeerkrankung zu behandeln ist. Der angekündigte Paradigma-Wechsel trifft voll die Stimmung im Land. (Neue Zürcher Zeitung, Spanien will grundsätzlichen Wandel im Umgang mit Corona, 17. Jänner 2022, Online)

Und mitten in eine solche Endemie hinein will dann Österreich mit polizeistaatlichen Kontrollen den Vollzug einer allgemeinen Covid-19-Pflichtimpfung überwachen? Dies auch - und nicht nur die vier Lockdowns bisher – wären dann einzigartig in Europa!

Wir von den 5-Sterne-für-Österreich beschäftigen uns auch mit anderen Themen. Beispielsweise mit der „Rettung unserer Sparbücher“, wofür beim Innenministerium ein Antrag zum Einleiten eines Volksbegehrens eingebracht wurde. Unterstützungserklärungen können bis zum 31. Dezember 2022 auf den Gemeinde- bzw. Bezirksämtern Ihrer Heimatgemeinde bzw. ONLINE geleistet werden.

Text des geplanten Volksbegehrens:

Forderung der 5-Sterne-für-Österreich bezüglich einer Ergänzung zum Bundesgesetz über das Bankwesen § 32: Die öffentliche Hand subventioniert die jeweiligen Sparguthaben österreichischer Staatsbürger sowie gemeinnütziger Vereine des Landes bis zu € 50.000,- mit bis zur Hälfte der jährlichen Inflationsrate des Vorjahres (KESt.-frei) als Abgeltung der jährlichen Inflation. Und zwar durch das Einrichten eines eigenen Sparbuchkontos, Sparbuch „Austria A“.



Näheres dazu ist dem Blogbeitrag auf unserer Website zu entnehmen. Folgen Sie dem Link! <https://5-sterne-oesterreich.at/2021/11/18/volksbegehren-2022-rettung-unserer-sparbuecher/>



Website:

<https://www.5-sterne-oesterreich.at>

E-Mail:

fuenf-sterne-oesterreich@hotmail.com

Youtube-Kanal: Kurt Traar

SPENDEN

5-Sterne-für-Österreich-Verein

Erste Bank

IBAN-Code: AT32 2011 1841 2117 6601

BIC-Code: GIBA ATWW XXX

MITGLIEDSCHAFTEN

a. Aufruf: Spendenkonto/Mitgliedschaften auf unserer Website

b. oder folgen Sie dem Link:

<https://www.5-sterne-oesterreich.at/spenden-und-mitgliedschaften>