

Rund 47.600 Ärztinnen und Ärzte gibt es in Österreich, knapp 200 davon, also 0,4 Prozent, haben sich kürzlich in einem offenen Brief kritisch zum Thema COVID-Schutzimpfung geäußert. In dem genannten Brief werden zahlreiche Behauptungen aufgestellt, die entweder nur halb wahr sind oder aus dem Zusammenhang gerissen wurden. In der Folge soll hier kurz darauf eingegangen werden, um ein vollständiges Bild der Lage zu bieten:

Der Schutz der Impfung verliere nach spätestens sechs bis sieben Monaten statistische Signifikanz.

Es ist richtig, dass der Impfschutz nach dem initialen Impfschema (zwei Impfungen bzw. eine Impfung Johnson&Johnson) nach rund fünf Monaten nachlässt, das zeigen die Zahlen aus Israel schon seit dem Sommer, was natürlich auch mit der Verbreitung der Delta-Variante zusammenhängt. Ebenso lange weist die Österreichische Ärztekammer auf dieses Faktum hin und setzt sich für das Wahrnehmen der dritten Impfung ein. Hier zeigen die Zahlen aus Israel, dass eine rechtzeitige Auffrischung hier den Impfschutz wiederherstellt. „Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine dritte Dosis des BNT162b2-mRNA-Impfstoffs wirksam ist, um Personen vor schweren COVID-19-bedingten Folgen zu schützen, verglichen mit der Einnahme von nur zwei Dosen vor mindestens 5 Monaten“, lautet das Fazit einer großen Studie von Barda et al.

Quelle: [Effectiveness of a third dose of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine for preventing severe outcomes in Israel: an observational study - The Lancet](#)

Es sei wissenschaftlich erwiesen, dass Geimpfte und Ungeimpfte die Infektion gleichermaßen weitergeben können. Hierzu wird auch eine in „The Lancet“ publizierte Studie zitiert.

Auch das ist richtig, aber nicht einmal die halbe Wahrheit. In derselben Studie weisen die Autoren darauf hin, dass sich Geimpfte seltener anstecken und wenn sie sich anstecken, kürzer infektiös sind bzw. weniger Virus ausscheiden. „Die Impfung reduziert das Risiko einer Infektion mit der Delta-Variante und beschleunigt die Virus-Beseitigung“, lautet das Fazit.

Quelle: [Community transmission and viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta \(B.1.617.2\) variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK: a prospective, longitudinal, cohort study - The Lancet Infectious Diseases](#)

Effekte der Booster-Impfung seien allenfalls marginal und würden sicher am Verlauf der Pandemie insgesamt nichts ändern. Auch hierzu wird eine Studie aus dem „New England Journal of Medicine“ zitiert.

Das ist falsch. Das Resultat ebendieser Studie zum Impfstoff Comirnaty lautet: „Wir fanden heraus, dass bei jenen, die einen Booster mit BNT162b2 erhielten, die Raten der bestätigten Covid-19-Fälle und der schweren Erkrankungen substanziell niedriger waren.“ Die Infektionsrate war in der Boostergruppe um den Faktor 11,3 niedriger als in der Nicht-Boostergruppe. Die Rate schwerer Erkrankungen war in der Boostergruppe sogar um den Faktor 19,5 niedriger als in der Nicht-Boostergruppe. Zudem schaffte es Israel, das Ende Juli als erstes Land weltweit damit begonnen hatte, seinen Bürgern eine dritte Impfdosis zu geben, die Neuinfektionen von über 11.000 pro Tag auf durchschnittlich einige hundert pro Tag zu drücken und so die vierte Welle zu brechen (Stand Ende November). Mehrere Folgestudien haben die Ergebnisse bestätigt.

Quelle: [Protection of BNT162b2 Vaccine Booster against Covid-19 in Israel | NEJM](#)

[Israel: Wie das Land seine vierte Corona-Welle gebrochen hat \(rnd.de\)](#)

Es gäbe keinen Zusammenhang zwischen Impfquote und Inzidenz.

Diese Schlussfolgerung, die mit einer Studie aus den USA, in der 68 Länder und 2947 US-Bezirke untersucht wurden, argumentiert wird, hält schon bei einem kurzen Blick auf die Zahlen aus Deutschland oder Europa nicht der Realität Stand. Weil diese Studie in impfkritischen Kreisen natürlich stark verbreitet wird, sah sich der Studienautor S.V. Subramian selbst veranlasst, dazu klarzustellen: Durch die Methodik der Untersuchung sei der Umfang der Arbeit begrenzt. So enthalte die Studie Daten aus Ländern, die sich in Bezug auf Größe, Bevölkerung und Dichte stark unterscheiden oder die in unterschiedlichem Maße und zu unterschiedlichen Zeiten von Covid-19 betroffen waren. Auch die US-Bezirke unterscheiden sich in geringerem Maße in Bezug auf Dichte, Wohlstand, Klima und Dynamik der Epidemie. In der Arbeit wurden ebenso Länder auf der Nordhalbkugel zur Sommerzeit, wie auch auf der Südhalbkugel zur Winterzeit, untersucht. Die beobachteten Länder verfügen zudem nicht über die gleichen Möglichkeiten der Datenerfassung, etwa aufgrund wirtschaftlicher oder gesundheitspolitischer Unterschiede. Auch die Impfquoten unterschieden sich teils enorm. So lag diese beispielsweise in Kenia bei 1,47 Prozent und in den Vereinigten Arabischen Emiraten bei über 76 Prozent. Darüber hinaus arbeiten nicht alle Staaten mit den gleichen Impfstoffen und haben nicht von ähnlich strengen Maßnahmen Gebrauch gemacht. Die Conclusio des Autors lautet wörtlich: "Aus dieser Analyse zu schlussfolgern, dass Impfstoffe unnötig sind, ist irreführend und ungenau. Die Analyse zeigt nämlich, dass die Zahl der Fälle unabhängig von der Durchimpfungsrate höher oder niedriger sein kann, ohne dass es ein klares, wiederkehrendes Muster gibt. Daher bekräftigt die Analyse die Impfung als wichtige Strategie zur Verringerung der Infektion und der Übertragung, zusammen mit dem Händewaschen, dem Tragen von Masken, guter Belüftung und räumlicher Distanz." Andere Studien hätten bereits klar und deutlich bewiesen, dass die Impfung das Risiko von Krankenhausaufenthalten und die Sterblichkeitsrate deutlich senkt und zweifellos ein wichtiger Bestandteil unserer Strategie gegen COVID-19 sei, betonte Subramanian.

Auch die kontinuierlich in Österreich erhobenen Daten zeigen eindeutig den Unterschied in Inzidenzraten zwischen geimpften und ungeimpften Bevölkerungsgruppen.

Quellen: AFP-Faktencheck vom 22. Oktober 2021: [Studienautor dementiert: Diese Havard-Studie belegt nicht die Wirkungslosigkeit von Corona-Impfungen | Faktencheck \(afp.com\)](#)

<https://www.ages.at/themen/krankheitserreger/coronavirus/>

[Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States | SpringerLink](#)

Ob gegenüber der sich derzeit ausbreitenden Omikron-Variante überhaupt noch ein Schutz vorliegt, sei unbekannt.

Dadurch, dass die neue Omikron-Variante erst kürzlich aufgetreten ist, ist die Datenlage dementsprechend gering. Es gibt jedoch bereits erste serologisch-immunologische Untersuchungen, die zeigen, dass obwohl die Schutzwirkung durch die verfügbaren Impfstoffe reduziert sein dürfte, geimpfte Personen (v.a. dreifach geimpfte) dennoch neutralisierende Antikörper auch gegen die Omikron Variante aufweisen. Zusätzlich sollte betont werden, dass geimpfte Personen im Vergleich zu Ungeimpften einen Vorteil haben in Hinsicht auf die Vermeidung von Hospitalisierungen, schweren Verläufen und Todesfällen.

Quellen: [SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation \(publishing.service.gov.uk\)](#)

Hier heißt es: „Frühe Schätzungen deuten darauf hin, dass die Wirksamkeit des Impfstoffs gegen symptomatische Erkrankungen mit der Omikron-Variante im Vergleich zur Delta-

Variante deutlich geringer ist. Dennoch wird in der Frühphase nach einer Auffrischungsimpfung eine mittelgradige bis hohe Impfstoffwirksamkeit von 70 bis 75 % beobachtet.“

Die Schutzwirkung der COVID-19-Impfungen sei – wenn überhaupt – lediglich für Personen mit einem hohen Risiko für einen schweren Verlauf für COVID-19 relevant. Gesunde Menschen unter 65 Jahren ohne Risikofaktoren seien in der Regel nicht durch einen schweren COVID-19-Verlauf (mit Hospitalisierung, Intensivbehandlung oder Tod) betroffen. Bei diesen Personen würden daher mit hoher Wahrscheinlichkeit die Risiken durch die Impfung den potentiellen Nutzen überwiegen.

Das ist falsch. Die Nutzen-Risiko-Relation spricht auch bei gesunden Menschen unter 65 Jahren eindeutig für die Impfungen. Die Verzerrung der im Brief dargelegten Einschätzung kann nur erklärt werden, Die Verzerrung der im Brief dargelegten Einschätzung kann nur erklärt werden, wenn auf Todesfälle fokussiert wird. Ca. 50% der COVID-19 Patienten auf Intensivstationen sind jünger als 65 Jahre^{1 2}. Außerdem wird erstens Long COVID ausgeblendet, das rund 10 Prozent der Infizierten betrifft, zweitens die gesamtgesellschaftliche Schutzwirkung außer Acht gelassen und drittens werden die Nebenwirkungen extrem übertrieben dargestellt. Hier heißt es, es gebe in der „Europäischen Datenbank für Verdachtsfallmeldungen von Arzneimittelnebenwirkungen“ 607.283 Meldungen nur für Comirnaty. Das ist richtig, aber lässt ebenfalls wieder wichtige Informationen weg: Hier sind alle Meldungen zusammengefasst, die lediglich in einem sehr weit gesteckten zeitlichen Zusammenhang mit der Verabfolgung der Impfung beobachtet wurden. Weder sind sie validiert, noch auf Ursächlichkeit und Plausibilität geprüft. Dass die Melderate aufgrund der öffentlichen Diskussion rund um die COVID-Schutzimpfung überdurchschnittlich hoch ist, überrascht wenig. Zudem muss man auch die Relation beachten: In der Europäischen Union wurden bis heute (*Stand 17.12.2021*) rund 660 Millionen Impfdosen für die COVID-19-Schutzimpfung verabreicht, rund 490 Millionen davon mit dem Pfizer/BioNTech-Impfstoff Comirnaty. Selbst wenn alle 607.283 Meldungen tatsächlich auf die Impfung zurückzuführen wären – wozu auch der offene Brief anmerkt, dass „die Kausalität für den individuellen Fall nicht nachweisbar bleibt“ -, wären das gerade einmal 0,12 Prozent. Und auch zur Myokarditis, die immer wieder als schwerste Nebenwirkung der COVID-19-Schutzimpfung angeführt wird, ist festzuhalten: Das Risiko für Erwachsene, nach einer Impfung an Myokarditis zu erkranken, ist deutlich niedriger als nach einer SARS-CoV-2-Infektion. Das untermauern unter anderem zwei große aktuelle Studien:

[Risks of myocarditis, pericarditis, and cardiac arrhythmias associated with COVID-19 vaccination or SARS-CoV-2 infection | Nature Medicine](#)

Zusammenfassung der Studie: „Die Impfung gegen SARS-CoV-2 bei Erwachsenen war mit einem geringen Anstieg des Myokarditisrisikos innerhalb einer Woche nach Erhalt der ersten Dosis sowohl des Adenovirus- als auch des mRNA-Impfstoffs und nach der zweiten Dosis beider mRNA-Impfstoffe verbunden. Im Gegensatz dazu war eine SARS-CoV-2-Infektion mit einem erheblichen Anstieg des Risikos eines Krankenhausaufenthalts oder des Todes durch Myokarditis, Perikarditis und Herzrhythmusstörungen verbunden.“

[Safety of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Setting | NEJM](#)

¹ Bachner, Florian; Rainer, Lukas; Zuba, Martin (2021): Intensivpflege und COVID - Factsheet. Gesundheit Österreich, Wien, abgerufen am 22.12.2021 unter [Intensivpflege und COVID-19 | Gesundheit Österreich GmbH \(goeg.at\)](#)

² <https://www.mdr.de/wissen/corona-intensivstationen-altersstruktur-100.html>

Conclusio der Studie: "In dieser Studie im Setting einer landesweiten Massenimpfung war der Impfstoff BNT162b2 nicht mit einem erhöhten Risiko für die meisten der untersuchten Nebenwirkungen verbunden. Der Impfstoff war mit einem erhöhten Myokarditisrisiko verbunden (1 bis 5 Ereignisse pro 100.000 Personen). Das Risiko dieses potenziell schwerwiegenden unerwünschten Ereignisses und vieler anderer schwerwiegender unerwünschter Ereignisse war nach einer SARS-CoV-2-Infektion erheblich erhöht."

Generell ist zum Thema Nebenwirkungen der aktuelle Bericht der BASG (*Bericht vom 9.12.2021*) zu erwähnen. Hier heißt es: „Die bisher gemeldeten vermuteten Nebenwirkungen entsprechen sowohl in ihrer Art als auch in ihrer Häufigkeit den aus Bericht über Meldungen vermuteter Nebenwirkungen nach Impfungen zum Schutz vor COVID-19 den Zulassungsstudien zu erwartenden Reaktionen. Neben Reaktionen an der Einstichstelle zählen Kopfschmerzen oder Müdigkeit (bei jeweils ca. 53 Prozent der Proband*innen), Muskelschmerzen oder Unwohlsein (44 Prozent), Fiebrigkeit (33 Prozent), Gelenkschmerzen (26 Prozent), Schüttelfrost (32 Prozent) und Fieber über 38 Grad (8 Prozent) auch in den klinischen Studien zu den am häufigsten gemeldeten Impfreaktionen. Die Mehrheit war in der Intensität mild bis moderat und verschwand binnen weniger Tage.“

[Meldung nach COVID-19 Impfung - BASG](#)

Weiters ist zum Nutzen der COVID-19-Schutzimpfung festzuhalten, dass in einer vom WHO-Regionalbüro für Europa zusammen mit dem Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) im Magazin Eurosurveillance veröffentlichten neuen Untersuchung davon ausgegangen wird, dass in 33 untersuchten Ländern der Europäischen Region der WHO seit Beginn der COVID-19-Impfungen etwa 470.000 Menschenleben in der Altersgruppe über 60 gerettet worden sind.

Diese Schätzung schließt nicht jene Fälle ein, die durch die Impfung von Personen unter 60 Jahren gerettet wurden, und auch nicht solche, die durch den indirekten Effekt von Impfungen in Form einer Verringerung der Übertragung gerettet wurden.

[WHO/Europa | Medienzentrum - WHO-Regionalbüro für Europa: Fast eine halbe Million Menschenleben in knapp einem Jahr durch COVID-19-Impfungen gerettet](#)

Ärztinnen und Ärzten müsse nicht nur erlaubt sein, auf ein mögliches Missverhältnis zwischen Nutzen und Schaden bei den COVID-19-Impfungen hinzuweisen, sondern sie seien aufgrund ärztlicher Ethik und nach dem Genfer Gelöbnis geradezu verpflichtet, ihre Patientinnen und Patienten über die zahlreichen möglichen Nebenwirkungen und Risiken der Impfung aufzuklären.

Diese Aussage ist abgesehen von der Definition von „zahlreich“ natürlich richtig. Ärztinnen und Ärzte sind gesetzlich verpflichtet, sich nach dem Stand der Wissenschaft zu orientieren. Die möglichen Kontraindikationen hat das Nationale Impfgremium als oberstes Expertengremium in dieser Frage bereits festgehalten, darauf hat die Österreichische Ärztekammer auch bereits hingewiesen.

Quelle: [Fachinformationen zur Corona-Schutzimpfung in Österreich \(sozialministerium.at\)](#)

Die Ärzteschaft und damit natürlich auch die Ärztekammer sei der evidenzbasierten Medizin verpflichtet.

Das ist selbstverständlich richtig. Dazu gehört aber auch, Studien in ihrem Gesamtzusammenhang darzustellen und nicht willkürlich Aussagen aus dem Kontext zu reißen und zu verzerren, nur um sie für eine eigene Agenda passend zu machen. Es ist richtig, dass COVID-19 eine neue Erkrankung ist und wir laufend darüber dazulernen. Umso wichtiger ist es, sich an den Fakten und dem wissenschaftlichen Konsens zu orientieren. Die

Österreichische Ärztekammer verwahrt sich ausdrücklich dagegen, Daten aus dem Kontext zu reißen und steht für eine transparente Vermittlung aller medizinischen Fakten vom Arzt zum Patient.