

Präsidentin: a.o. Univ.-Prof. Dr. Daniela Karall
Sekretärin: PD Dr. med. Dipl. oec. troph. Sabine Scholl-Bürgi

Medizinische Universität Innsbruck
Univ.-Klinik für Pädiatrie I
Anichstr. 35
6020 Innsbruck
E-Mail: lki.ki.oegkj@tirol-kliniken.at
Internet: www.paediatric.at

Innsbruck, 17.10.2023

An Herrn Prof. Dr. Andreas Sönnichsen und Dr. Lukas Trimmel
Für das Team der Wissenschaftlichen Initiative Gesundheit für Österreich
Landstraßer Hauptstraße 1A/Ebene 07/ Top 9
1030 Wien
Per Email: info@gesundheit-oesterreich.at

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Sönnichsen,

danke für Ihr kritisches Schreiben vom 29.9.2023.

Eine Nutzen-Risiko-Abschätzung einer COVID-Impfung lässt sich nicht in einigen wenigen DIN-A4-Seiten zusammenfassen. Wir möchten dennoch zu einigen von Ihnen erwähnten Punkten und insbesondere zur zitierten Literatur Stellung nehmen:

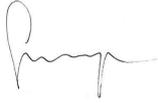
1. Das nationale Impfgremium empfiehlt die Impfung von Kindern (ohne Risikofaktoren) ab 6 Monaten nicht. Die Impfung von Personen (ohne Risikofaktoren) ab 12 Jahren ist mit geringer Priorität empfohlen. Darüber hinaus ist die Impfung für Personen mit Risikofaktoren (unabhängig vom Alter) mit hoher Priorität empfohlen (letzteres entspricht z.B. auch der STIKO-Empfehlung).
2. WHO, CDC und AAP sprechen eine generelle Empfehlung für die Impfung ab 6 Monaten bzw. ohne Alterslimit aus. Die österreichischen Empfehlungen sind somit restriktiver als die genannten.
3. Noe et al. beschreiben eine Veränderung der Cytokinantwort 28 Tage (und bei 8 Kindern auch 6 Monate) nach Impfung. Ob sich dieser „heterologous effect“ positiv („protection“ s.u.) oder negativ (gar nicht) auf die Abwehr anderer Erreger auswirkt, kann jedoch mit dieser Arbeit nicht beantwortet werden: „There are currently no data on the clinical effects of COVID-19 vaccination-related heterologous effects in children“ bzw. „Whether SARS-CoV-2 mRNA-based vaccines can induce the epigenetic and metabolic changes associated with trained immunity to provide protection against other infectious diseases remains an open question.“
4. Auch die Arbeit von Irrgang et al. kann den praktischen Effekt der gezeigten immunologischen Vorgänge (Vermehrung des IgG4-Anteils) nicht bewerten: “In our study, antibody-mediated phagocytic activity and complement deposition were reduced in sera after the third immunization, in parallel to higher proportions of anti-spike IgG4 antibodies. However, how these

changes affect subsequent virus infections remains unclear. Because Fc-mediated effector function could be critical for viral clearance, an increase in IgG4 subclasses might result in longer viral persistence in case of infection. However, it is also conceivable that noninflammatory Fc-mediated effector functions reduce immunopathology, whereas virus is still being neutralized via high-avidity antibody variable regions.” Vielmehr beschreiben Irrgang et al. – entgegen der von Ihnen befürchteten schweren Verläufe – milde Verläufe bei Durchbruchinfektionen: “In a cohort of vaccinees with breakthrough infections, we did not obtain any evidence for an alteration of disease severity, which was mild in almost all of our cases.”

5. Was meinen Sie mit dem „Problem der Immunprägung“? Die zitierte Literatur vergleicht die Titer neutralisierender Antikörper und die Virusreplikation im Respirationstrakt von Makakenaffen nach Omicron-Infektion („viral challenge“) nach der Booster-Impfung mit 2 unterschiedlichen Impfstoffen (mRNA-1273 oder mRNA-Omicron) mit dem Ergebnis, dass diese vergleichbar sind. Die Arbeit zeigt, dass (im Tierversuch) auch eine Boosterimpfung mit einem nicht an Omicron angepassten Impfstoff neutralisierende Antikörper gegen Omicron induziert. In dieser Arbeit können wir kein „Problem der Immunprägung“ feststellen.
6. Shimizu et al. beschreiben das in vitro Vorhandensein von ADE-vermittelnden Antikörpern nach der Verabreichung von monoklonalen Antikörpern (diese werden nicht mehr verwendet) sowie nach mRNA-Impfung. Dies sind interessante in vitro Beobachtungen, deren klinische Bedeutung unbedingt evaluiert und beobachtet werden muss. Uns sind jedoch keine Berichte von ADE bei Patient*innen nach Impfung bekannt. Sollten Ihnen entsprechende Arbeiten vorliegen, bitten wir Sie, uns diese zuzusenden.
Auf Basis dieser Studie muss auch die Frage gestellt werden, ob auch nach einer Infektion ADE-vermittelnde Antikörper vorliegen und nach einer gewissen Zeit gegenüber den neutralisierenden Antikörpern überwiegen (und damit ein Risiko für ADE darstellen). In diesem Fall wäre eine Boosterimpfung, welche das Verhältnis wieder in Richtung neutralisierende Antikörper verschiebt, ADE-protektiv.
7. Es gibt unseres Wissens zu keinem anderen Impfstoff so viele wissenschaftliche Studien und ein so intensives – und kritisches - post-Marketing Monitoring wie zu den aktuell verwendeten COVID-19 Impfstoffen. Wie bei allen Impfstoffen gibt es auch hier Impfreaktionen in unterschiedlicher Ausprägung und auch teilweise ernstzunehmende Gesundheitsprobleme in zeitlichem und teilweise auch kausalem Zusammenhang mit diesen millionenfach durchgeführten Impfungen. Dies muss – wie wir auch in unserer Stellungnahme zu den Impfpfehlungen festhalten - intensiv beobachtet und bewertet werden. Siehe z.B.:

<https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2022-05-19/03-COVID-Shimabukuro-508.pdf>) (eingesehen am 06.10.2023)

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-31-03-23-aus-bulletin-zur-arzneimittelsicherheit-2-2023-s-12-29.pdf?__blob=publicationFile&v=5 (eingesehen am 06.10.2023)



Assoz.-Prof. Dr. Volker Strenger
Leiter AG Infektiologie der ÖGKJ



Priv.-Doz. Dr. Hans Jürgen Dornbusch
Leiter Referat Impfkommision der ÖGKJ



Mag. Dr. Daniela Kohlfürst
Leiterin Referat der Jungen ÖGKJ



Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Kerbl
Generalsekretär der ÖGKJ



Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Sperl
Vizepräsident der ÖGKJ



Priv.-Doz. Dr. Sabine Scholl-Bürgi
1. Sekretärin der ÖGKJ



Mag. Dr. Christian Lechner
2. Sekretär der ÖGKJ



a.o. Univ.-Prof. Dr. Daniela Karall
Präsidentin der ÖGKJ