

Wien, 3. 11. 2023

Sehr geehrte Frau Prof. Dr. Karall,
sehr geehrter Herr Prof. Dr. Sperl,
sehr geehrter Herr Prof. Dr. Kerbl,

danke für Ihre ausführliche Antwort vom 17.10.2023 auf unser Schreiben vom 29.9.2023.

Zusammenfassend entnehmen wir Ihrem Schreiben, dass es bei den COVID-Impfungen zwar einige Warnsignale gibt, die klinischen Auswirkungen aber noch nicht beurteilbar sind, weshalb es für Sie vertretbar scheint, die Impfungen fortzuführen und die Auswirkungen „intensiv zu beobachten“. Dieser Ansatz widerspricht aus unserer Sicht eindeutig sowohl dem ärztlichen Grundsatz „nihil nocere“ als auch den Prinzipien Evidenzbasierter Medizin.

Das Risiko schwerer COVID-Verläufe ist für Kinder und Jugendliche (spätestens seit dem Auftreten der Omikron-Variante) vernachlässigbar (sollten Sie Zahlen oder Studien haben, die dies widerlegen, bitten wir Sie, uns diese zukommen zu lassen).

Zudem möchten wir Sie bitten, uns **Studienevidenz** zu nennen, die einen klinischen Nutzen der Impfung bei Kindern belegt, denn nur bei Kenntnis des klinischen Nutzens, also im Falle COVID die Verhinderung von schweren Verläufen, Krankenhausaufnahmen oder Todesfällen, kann eine **ehrliche Bewertung des Nutzen-Schaden-Verhältnisses** erfolgen. Die Empfehlung des Nationalen Impfgremiums wie auch der anderen von Ihnen angegebenen Organisationen (WHO, CDC, STIKO) sind in diesem Sinne nicht evidenzbasiert, denn es gibt weder für Kinder ab sechs Monaten mit Risikofaktoren noch für alle gesunden Kinder ab 12 Jahren einen belastbaren Nutznachweis für die COVID-Impfung. Ein Abweichen von der Forderung nach einem soliden Nachweis von Studienevidenz wäre nur im Falle einer epidemiologischen Notlage gerechtfertigt. Diese liegt aber spätestens seit Anfang 2022 nicht mehr vor, und schon gar nicht für Kinder und Jugendliche. Dass die Impfung für Kinder ab 12 Jahren nur mit geringer Priorität empfohlen wird, erschließt sich für Laien aus dem Empfehlungstext des NIG nicht. Im Gegenteil suggeriert der Text „**Ab einem Alter von 6 Monaten können also alle Menschen, die sich schützen möchten, geimpft werden**“, für die Bevölkerung, dass auch kleine Kinder geimpft werden sollen. Weiter heißt es: „**Empfohlen ist die Impfung aber grundsätzlich auch allen anderen Personen ab 12 Jahren, insbesondere dem Gesundheitspersonal.**“ Aus diesem Text ist nicht zu entnehmen, dass die Impfung bei Jugendlichen nur mit geringer Priorität erfolgen soll.

Im Gegensatz zum fehlenden Nutznachweis gibt es inzwischen zum Risiko der COVID-Impfungen eine wachsende Anzahl an Publikationen, die **schwerwiegende Sicherheitsbedenken und Nebenwirkungen (inklusive Todesfälle gesunder Kinder und Jugendlicher)** thematisieren, z.B. Gill J et al, Autopsy Histopathologic Cardiac Findings in 2

Adolescents Following the Second COVID-19 Vaccine Dose, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35157759/>). Bis zum sicheren Ausschluss einer Schädigung bzw. bis zum Nachweis eines eindeutig positiven Nutzen-Schaden-Verhältnisses sollten diese Impfungen daher zumindest bei Kindern und Jugendlichen **unverzüglich gestoppt** werden (was in vielen anderen Ländern schon vor längerer Zeit gemacht wurde, siehe z.B. Dänemark (<https://medonline.at/news/klinische-immunologie/10117255/daenemark-keine-covid-19-impfung-mehr-fuer-kinder-jugendliche-unter-18/>)). Selbst wenn die schädlichen Wirkungen der Impfung bisher nur in Einzelfällen dokumentiert wurden, ist diese Impfung für **Kinder aufgrund des fehlenden Nutznachweises ethisch nicht vertretbar**. Es erfüllt uns mit Erstaunen, dass die Österreichische Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde hierzu schweigt bzw. das nicht evidenzbasierte Vorgehen der durch Interessenkonflikte behafteten Behörden Nationales Impfgremium und STIKO unwidersprochen toleriert. Unsere **Verantwortung als Ärzte** (und besonders Ihre als Berufsverband) gegenüber dieser besonders schützenswerten Bevölkerungsgruppe ist doch, Schaden in jedem Fall abzuwenden.

Noch ein paar Worte zu Ihren Anmerkungen zu den Studien:

ad Punkt 3) Die heterologen Effekte der Impfungen auf das Immunsystem sind noch ungeklärt. Ihre Gleichsetzung „negative Effekte“ mit „gar keine Effekte“ ist nicht zulässig, da dies aus der Studie nicht hervorgeht.

ad Punkt 4) Die klinischen Auswirkungen einer IgG4-Erhöhung sind laut Autoren ebenfalls noch unklar. Hier zu spekulieren, dass es wohl keine Auswirkungen haben wird, ist ohne belastbare Daten ebenfalls ein etwas lockerer Zugang zur Gesundheit unserer Kinder. Bei Erwachsenen sieht man in der Praxis zunehmend schwere COVID-Verläufe bei Geimpften und eine erhöhte Infektanfälligkeit, besonders für COVID, siehe z.B. Shrestha et al., Effectiveness of the Coronavirus Disease 2019 Bivalent Vaccine (<https://academic.oup.com/ofid/article/10/6/ofad209/7131292?login=false>). Die Autoren sind selbst überrascht über die erhöhte Anfälligkeit für COVID in Abhängigkeit von der Anzahl der verabreichten Impfungen und diskutieren Immune-Imprinting als eine der möglichen Erklärungen. Sie schreiben:

*“Ours is not the only study to find a possible association with more prior vaccine doses and higher risk of COVID-19. During an Omicron wave in Iceland, individuals who had previously received ≥ 2 doses were found to have higher odds of reinfection than those who had received < 2 doses, in an unadjusted analysis [21]. A large study found, in an adjusted analysis, that those who had an Omicron variant infection after previously receiving 3 doses of vaccine had a higher risk of reinfection than those who had an Omicron variant infection after previously receiving 2 doses [22]. Another study found, in multivariable analysis, that receipt of 2 or 3 doses of an mRNA vaccine following prior COVID-19 was associated with a higher risk of reinfection than receipt of a single dose [7]. **Immune imprinting** from prior exposure to different antigens in a prior vaccine [22, 23] and class switch toward noninflammatory spike-specific immunoglobulin G4 antibodies after repeated SARS-CoV-2 mRNA vaccination [24] have been suggested as possible mechanisms whereby prior vaccine may provide less protection than expected.”*

Darüber hinaus gibt es bereits eine Fülle von Literatur zu diversen IgG4-assoziierten Erkrankungen.

ad Punkt 5) In der zitierten Arbeit wird das Problem der Immunprägung in der Diskussion sogar dezidiert angesprochen und die neuen weltweiten Empfehlungen, dass für „Impfnaive“ nur mehr 1 Dosis des monovalenten XBB.1.5.-Impfstoffes ausreicht, zeigen, dass sich auch die Behörden schließlich dieses Problems bewusst wurden.

ad Punkt 6) Das ADE-Risiko ist noch ungeklärt. Im Hinblick auf die Katastrophe mit dem Dengue-Impfstoff (wo sich die klinischen Auswirkungen auch erst nach Jahren zeigten), sollte das jedoch abgeklärt werden, bevor wir weitere Kinder unnötig impfen. Perakute COVID-Verläufe, wie man sie bei Geimpften immer wieder sieht, könnten sehr wohl auf ein ADE hinweisen, die Abklärung dieser Fälle scheint jedoch keine Priorität zu haben.

Unsere Kinder und Jugendlichen haben in den letzten Jahren psychisch und physisch genug gelitten (wie sich z.B. anhand der massiven Zunahme psychiatrischer Diagnosen eindrucksvoll belegen lässt) – oft auf Grund von Vorgaben oder Behauptungen, die **sich im Nachhinein als falsch herausgestellt** haben (was von vielen Ärzten und Wissenschaftern weltweit auf Grund gut belegbarer Daten vorausgesagt wurde).

Machen wir nicht wieder die gleichen Fehler. Wie viele Warnhinweise braucht es noch? Anhand der vorliegenden Daten ist eine Weiterführung der COVID-Impfungen (vor allem bei Kindern und Jugendlichen, die diese Entscheidung entweder nicht selbst treffen können oder sich der Tragweite nicht bewusst sind) **nicht mehr zu rechtfertigen**. Jede Nebenwirkung dieser Impfungen ist eine zu viel und angesichts der fehlenden Gefährdung durch die Erkrankung völlig unnötig (und daher fahrlässig). Auch wenn die offiziellen Empfehlungen zur Impfung gesunder Kinder und Jugendlicher schon eingeschränkt wurden, kann immer noch jeder Elternteil sein Kind ab 6 Monaten impfen lassen – im Glauben, das Kind und dessen Umgebung (!) mit einem „harmlosen Pieks“ zu schützen (was medial immer noch so verbreitet und von den diversen Ärzteverbänden leider immer noch nicht richtiggestellt wird). Das nationale Impfgremium haftet nicht für seine Empfehlungen. **Als Ärzte sollte uns jedoch eine Haftung für unser Handeln ein ethisches Bedürfnis sein.**

In der Hoffnung auf eine Zusammenarbeit zum Wohle unserer Kinder und Jugendlichen,

Prof. a.D. Dr. Andreas Sönnichsen

Dr. Lukas Trimmel

für das Team der Wissenschaftlichen Initiative
Gesundheit für Österreich

PS: Der Schutz unserer Kinder und Jugendlichen hat für uns oberste Priorität. Deshalb sehen wir es als unsere Pflicht, die Bevölkerung neutral über Nutzen und Risiken dieser Impfungen zu informieren. Wir behalten uns daher vor, diesen Briefwechsel zu veröffentlichen.