

STELLUNGNAHME DER UNABHÄNGIGEN MEDIZINISCH-WISSENSCHAFTLICHEN KOMMISSION ZU PÄDIATRISCHEN COVID-IMPFUNGEN

Aktualisierung der Stellungnahme zu pädiatrischen Anti-COVID-Impfungen der unabhängigen medizinisch-wissenschaftlichen Kommission

März 2022

Wir ergänzen die Stellungnahme zu den pädiatrischen Impfungen mit relevanten Informationen, die in den letzten drei Monaten in der wissenschaftlichen Literatur erschienen sind, und wiederholen unsere Forderung nach einer Diskussion zu diesem Thema mit dem CTS der Regierung.

1. Bei Kindern gibt es keine COVID-Notfallsituation.

Alle wissenschaftlichen Studien stimmen in diesem Punkt überein: Wenn Kinder mit SARS-CoV-2 infiziert sind, sind sie in der Regel [asymptomatisch oder haben leichte Symptome](#) (Abb. 16).

2. Seit die [Omicron-Variante dominiert](#), gibt es zwar mehr Infektionen bei den Kindern, diese zeigen aber einen milderen Verlauf.

Im Vergleich zur Delta-Variante gab es eine Abnahme des Infektionsgeschehens in der Altersgruppe bis 5 Jahre:

- Um 29% bei Vorstellungen in der Ersten Hilfe,
- um 67% bei den stationären Aufnahmen,
- um 68% bei den Aufnahmen in die Intensivstation,
- um 71% beim Einsatz von Beatmungsgeräten, was bei Kindern schon früher nur in Ausnahmefällen nötig war.

3. Bei Kindern ist das Risiko einer stationären Aufnahme im Krankenhaus wegen COVID sehr gering

Stationäre Aufnahmen in die Intensivstation sind äußerst selten notwendig: 252 von mehr als 2.200.000 COVID-19-Diagnosen und [etwa eine auf 33.000 bei den pädiatrischen Diagnosen](#). Das trifft häufig Kinder mit anderen Pathologien. Laut angeführter Studie liegt [in Deutschland der Risikofaktor bei Kindern zwischen 5 und 11 Jahren ohne andere Pathologien](#) bei 1:50.000. Keines der in der Studie angeführten Kinder ist gestorben.

4. Bei Kindern gibt es keinen Anstieg der Sterblichkeit durch COVID-19.

Bei Kindern und Jugendlichen von 0 bis 15 Jahren [hat das italienische Sanitätsinstitut \(ISS\) nach zwei Jahren Pandemie bis heute 40 Todesfälle registriert](#), was ca. 20 Fällen pro Jahr entspricht. Das bedeutet einen Todesfall auf 410.333 Kinder pro Jahr bzw. 0,24 Todesfälle auf 100.000 Kinder pro Jahr. 20 Todesfälle pro Jahr sind etwa 100 Mal weniger als die 1.920 Kinder im Alter von 0 bis 14 Jahren, die im Fünfjahreszeitraum 2015 bis 2019 durchschnittlich pro Jahr starben (ISTAT).

Ein großer Teil dieser jährlichen Todesfälle aus anderen Ursachen wäre vermeidbar gewesen und verdient weitaus größere Aufmerksamkeit.

Fraglich hingegen ist, ob die Impfung einige der 20 Todesfälle durch COVID-19 pro Jahr hätte verhindern können, da die meisten betroffenen Kinder an anderen schweren Vorerkrankungen gelitten hatten. Wir wissen daher nicht, ob SARS-CoV-2 in diesen Fällen die Todesursache war.

5. MIS-C ist selten/sehr selten.

Das pädiatrische Multisystem-Entzündungssyndrom in zeitlichem Zusammenhang mit SARS-CoV-2 (PIMS-TS, auch MIS-C genannt) ist Studien zufolge selten. Es trat in den USA, wo schwarze, hispanische und asiatische Kinder im Vergleich zu weißen Kindern unverhältnismäßig häufig betroffen sind, durchschnittlich bei [3,16 von 10.000 mit SARS-CoV-2 infizierten Kindern auf](#). [In Deutschland lag das Verhältnis bei 1,7 auf 10.000](#).

In einem US-Vergleich war das jährliche Risiko einer Krankenhausaufnahme wegen MIS-C bei Kindern im Alter von 5 bis 10 Jahren [etwa halb so hoch wie das Risiko einer Krankenhausaufnahme wegen Influenza oder Respiratorischem Synzytial-Virus \(RSV\)](#). Die Influenza allein verursachte so viele Tage Krankenhausaufenthalt pro Jahr wie COVID-19 und MIS-C zusammen.

Mit der Massenimpfung begannen auch Berichte über MIS-C bei Kindern nach der Impfung.

6. Die Dauer und der Schweregrad der Symptome von Long COVID sind ähnlich wie bei gewöhnlichen Viruserkrankungen.

Die Zahl der Symptome scheint im Durchschnitt sogar noch geringer zu sein: In Großbritannien hatten 1,8 % der Kinder 4 Wochen nach COVID-19 anhaltende Symptome, 0,9 % der Kinder nach anderen Virusinfektionen der Atemwege; bei COVID-19 traten jedoch im Durchschnitt nur 2 Symptome auf, von denen eines häufig Anosmie war; bei anderen Atemwegsinfektionen waren es 5 Symptome.

Die Inanspruchnahme [medizinischer Beratung war bei Patienten mit Post COVID](#) geringer als bei Patienten mit anderen Atemwegsinfektionen und die Krankheitsbilder waren insgesamt nicht schwerwiegender. Wirksame frühzeitige Therapien können den Schweregrad seltener komplizierter Fälle und deren Langzeitfolgen verringern.

7. In anderen Ländern wird die Impfung von Kindern nicht empfohlen.

In Schweden überwiegt der Nutzen [nach Ansicht der Gesundheitsbehörde](#) die Risiken nicht; in Norwegen [wird die Kinderimpfung nicht empfohlen](#), weil "Kinder nur selten ernsthaft erkranken und nur begrenzte Erkenntnisse über seltene Nebenwirkungen oder solche, die einige Zeit nach der Impfung auftreten können, vorliegen". Die gleiche Vorsicht gilt in [Großbritannien](#), wo die Impfung für eine Minderheit von Kindern zwischen 5 und 11 Jahren empfohlen wird, bei denen ein Risiko für schwere Komplikationen besteht oder die mit immungeschwächten Personen zusammenleben.

8. Kinder sind nicht die Hauptursache für die Übertragung in der Familie.

Kinder sind nicht der wichtigste Faktor für die Verbreitung des Virus, auch nicht innerhalb der [Familie](#).

9. Selbst wenn die Kinder (und alle anderen) geimpft werden, wird keine Herdenimmunität erreicht.

Es ist unmöglich, mit den zurzeit verwendeten Impfungen die Herdenimmunität zu erreichen, und zwar aufgrund

- der rapiden Schutzabnahme gegen SARS-CoV-2. Nach 6-7 Monaten bzw. 9 Monaten (Seite 33) ist keinerlei Impfschutz mehr gegeben (s. untenstehende Grafiken),

In base a una ricca letteratura, è ormai chiarito che la vaccinazione mantiene buona efficacia per vari mesi verso la Covid-19 grave, ma che la protezione verso l'infezione, già **negativa** subito dopo l'inoculo (Hunter PR e Brainard J, 2021 / Craig C, BMJ 2021 / Hitchings MDT et al, 2021 / Chemaitelly H et al, 2021), poi migliora per pochi mesi, **ma si deteriora poi piuttosto in fretta (sino forse a invertirsi)** - Chemaitelly, 2021 - Qatar

Table S11. Effectiveness of the BNT162b2 vaccine against any SARS-CoV-2 infection, symptomatic SARS-CoV-2 infection, or asymptomatic SARS-CoV-2 infection, with effectiveness estimated using a multivariable logistic regression analysis of associations with a PCR-positive test, January 1, 2021 to September 5, 2021, adjusting for sex, age, nationality, reason for PCR testing, and calendar week of PCR test*.

	Original sample size	SARS-CoV-2 positive	Multivariable regression analysis OR (95% CI)	Vaccine effectiveness % (95% CI)
Any SARS-CoV-2 infection				
Unvaccinated			0.0	-5.3 (-9.9; -1.7)
0-13 days after first dose	16,177	2,897 (17.5)	0.05 (1.02; 1.09)	32.5 (29.5; 35.4)
14-29 days after first dose and no second dose	58,187	3,296 (5.7)	0.67 (0.65; 0.70)	78.0 (77.1; 78.8)
1st month after the second dose	31,702	758 (5.5)	0.29 (0.27; 0.30)	71.4 (69.9; 72.8)
2nd month after the second dose	2,177	111	0.36 (0.33; 0.38)	64.3 (61.9; 66.7)
3rd month after the second dose	1,477	111	0.59 (0.54; 0.64)	41.3 (36.0; 46.1)
4th month after the second dose	9,411	111	1.11 (1.03; 1.21)	-11.4 (-21.1; -2.5)
5th month after the second dose	8,861	111	1.21 (1.10; 1.33)	-20.6 (-32.5; -9.8)
6th month or greater after the second dose	2,011	111	1.43 (1.22; 1.66)	-43.4 (-48.3; -38.1)

Con 2 dosi dopo 5-7 mesi potrei infettarmi di più?!

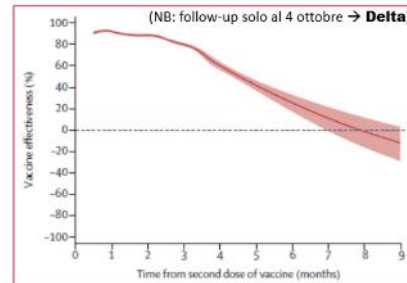


Figure 2: Vaccine effectiveness (any vaccine) against SARS-CoV-2 infection of any severity in 842 974 vaccinated individuals matched to an equal number of unvaccinated individuals for up to 9 months of follow-up. The association is shown using proportional hazards models with 95% CIs (shaded areas) and restricted cubic splines. The model was adjusted for age, baseline date, sex, homemaker service, place of birth, education, and comorbidities at baseline.

La protezione da una **infezione di ogni gravità** in Svezia

- non è più statisticamente significativa a **7 mesi**
- è nulla a **8 mesi**
- è tendenzialmente **negativa**, cioè **sotto alla protezione dei non vaccinati**, a **9 mesi**

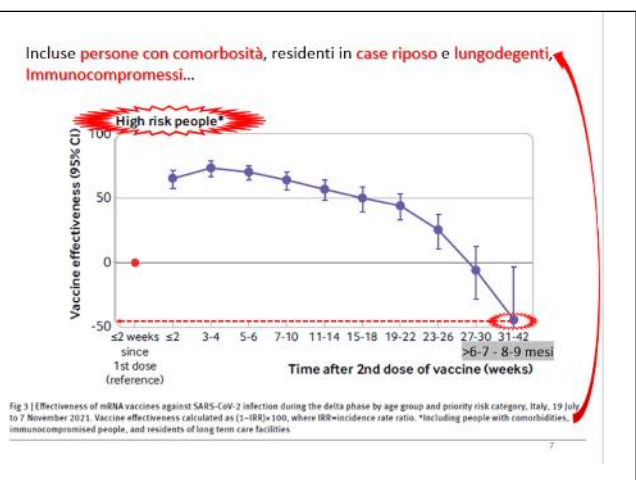
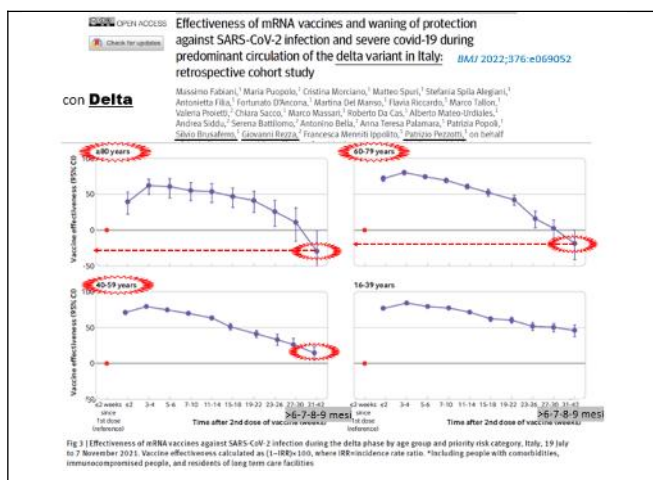
sebbene tra i non vaccinati abbiano espressamente escluso tutti i soggetti con una precedente infezione.

benché con altre modalità di calcolo, indicate nel testo principale dell'articolo, la protezione tra 5-7 mesi resterebbe di segno positivo, anche se di entità trascurabile, come ammettono gli autori. Essi inoltre usano il *disegno test-negativo*, che tende a esagerare l'efficacia vaccinale

- der Übertragbarkeit von SARS-CoV-2 auch nach erfolgter Impfung,
- des Vorhandenseins eines SARS-CoV-2-Reservoirs bei unterschiedlichen Tieren - auch bei Haustieren (Hunde, Katzen, Nagetiere,...).

10. ENTSCHEIDENDES ARGUMENT: Es hat sich gezeigt, dass die Impfstoffe bei der Verhütung von Infektionen unwirksam sind:

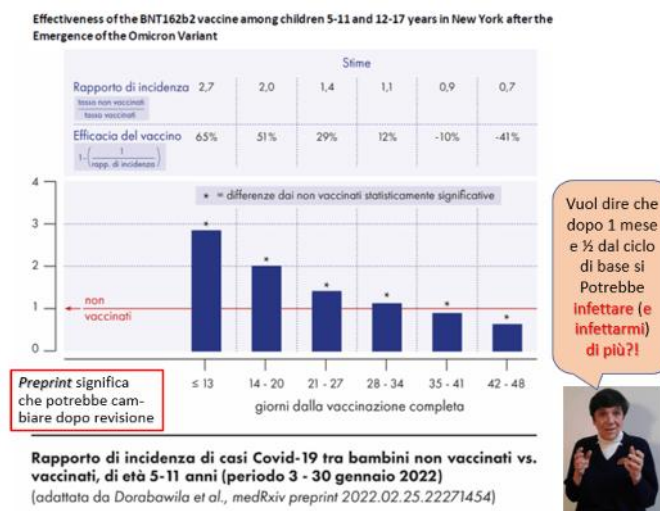
- und zwar in den ersten zwei Wochen nach der Inokulation,
- mittelfristig, weil der Infektionsschutz, der nach den ersten 14 Tagen gut anläuft, 5 Monate nach der zweiten Dosis fast verschwindet und sich sogar umkehrt, so dass vollständig geimpfte Personen noch weniger vor einer Infektion geschützt sind. Dies wurde bereits für die Delta-Variante in Italien vom ISS nachgewiesen, das die folgenden Grafiken im BMJ veröffentlicht hat:



11. Die Omicron-Variante hat die Wirksamkeit der Impfstoffe verringert.

In Dänemark lag die Wirksamkeit im ersten Monat nach der Impfung bei 55 %, nach drei Monaten lag sie nahe bei Null und sie sank [nach 3 bis 5 Monaten](#) auf -76,5 %. Mit einer dritten Dosis wurde der Schutz wieder auf das ursprüngliche Niveau gebracht, aber wie lange wird dieser Schutz anhalten? Israel und das italienische Gesundheitsministerium sprechen bereits über eine vierte Dosis für alle...

Im Staat New York sank einen Monat nach der 2. Dosis bei Kindern im Alter [von 5-11 Jahren](#) der Schutz vor Krankenhausaufenthalt auf 48 %. Der Schutz vor einer Infektion sank nach einem Monat auf 12 % und kehrte sich sogar nach nur 45 Tagen um, so dass die Ungeimpften um 30 % weniger infiziert waren als die Geimpften, wie die folgende Grafik zeigt.



Das bedeutet, dass eines der Hauptargumente für die Impfung von Kindern, nämlich die Verringerung des Erkrankungsrisikos für gebrechliche ältere Menschen und MitschülerInnen, die nicht geimpft werden können, sich bereits eineinhalb Monate nach der zweiten Dosis ins Gegenteil verkehrt.

12. Die fehlende Impfung begünstigt nicht in besonderem Maße die Entstehung von Virusvarianten und deren Zirkulation.

Wird nicht geimpft, fördert dies mittelfristig nicht die [Verbreitung des Virus](#) und die Entstehung von Varianten, [verglichen mit Geimpften](#). In einem Jahr mit 52 Wochen ist das Kind, wenn es nicht infiziert ist, nie ansteckend, wenn es infiziert ist, ist es eine Woche lang ansteckend, und in den restlichen 51 Wochen ist es immun. [Geimpfte](#) sind [in den zwei Wochen nach der Impfung](#) auch [anfälliger für Infektionen](#). Da die Impfung mindestens dreimal wiederholt werden muss, summieren sich die Zeiträume erhöhter Anfälligkeit für Infektionen (und Nebenwirkungen).

13. Auch wenn die Ausführungen in den Punkten 11 und 12 nicht gelten würden, wäre es immer noch unethisch, Kinder zu impfen, um indirekt andere zu schützen.

Wenn ältere und gebrechliche Menschen geimpft zu sind, ist das Risiko einer Übertragung durch ungeimpfte Kindern in den ersten Monaten nach der Impfung zu vernachlässigen, bevor der Schutz nachlässt.

14. Es ist inakzeptabel, Kinder zur Impfung zu erpressen durch den Ausschluss vom gesellschaftlichen Leben.

Darüber hinaus ist ihr Ausschluss vom gesellschaftlichen Leben auch nicht nachvollziehbar, wie in den Punkten 20 und 21 erläutert.

15. Die Zahl der Kinder (und die Erhebung von Nebenwirkungen) bei den Impfstoffversuchen ist unzureichend.

Die Anzahl der Kinder im Rahmen der [klinischen Studien](#) in den Phasen 2/3 betrug 1517 Geimpfte mit Impfstoff gegenüber 751 mit Kochsalzinjektion. Diese Kinder wurden **im Anschluss nur 2 bis 3 Monate beobachtet**. Dieser Zeitrahmen reicht nicht aus, um mögliche schwerwiegende und unerwünschte Folgeerscheinungen zu erkennen.

16. Die Risiken von Kinderimpfungen überwiegen den Nutzen um ein Mehrfaches (mit wenigen Ausnahmen).

Die Risiken der COVID-19-Impfung bei pädiatrischen Patienten überwiegen den Nutzen nachweislich um ein Mehrfaches. Dies zeigt sich sowohl [bei den registrierten Studien](#) als auch [bei den wenigen, aktiv kontrollierten Probanden](#), welche **schwere Nebenwirkungen** mit gesundheitlichen Auswirkungen zeigen (von der Beeinträchtigung normaler täglicher Aktivitäten bis zur Notwendigkeit medizinischer Hilfe in immer größerem Ausmaß). Von Nebenwirkungen waren etwa 11 % der 12- bis 17-Jährigen nach der 1. Dosis und [durchschnittlich 27% nach der 2. Dosis](#) betroffen (lt. Tabelle 3 der PDF-Datei). Die AIFA stellt fest, dass es "derzeit keine Sicherheitsbedenken gibt".

Während der [AIFA-Jahresbericht](#), der auf einer passiven Überwachung, d.h. auf Spontanmeldungen beruht (Stand 26.12.2021), im Durchschnitt nur 109 Meldungen über vermutete unerwünschte Wirkungen pro 100.000 verabreichte Dosen ausweist, zeigt der v-safe-Bericht (aktive Überwachung), der vom [CDC](#) (Center for Disease Control and Prevention) [in den USA](#) veröffentlicht wird (Tabelle 5), für die beiden mRNA-Impfstoffe 68.600 Reaktionen pro 100.000 verabreichte Erstdosen und 71.700 Reaktionen pro 100.000 Zweitdosen.

Also zeigt der AIFA-Bericht eine Meldungshäufigkeit, die rund 640 Mal niedriger ist als bei v-safe, was die völlige Unzulänglichkeit der passiven Überwachung belegt.

Es wäre ein Fehler zu glauben, dass diese unglaubliche Kluft nur leichte Reaktionen von geringer Bedeutung betrifft. Betrachtet man schwerwiegende Reaktionen "mit gesundheitlichen Auswirkungen", so ist die Unterschätzung paradoxerweise noch größer. Tatsächlich meldet v-safe rund 1.250 Mal mehr schwerwiegende Nebenwirkungen als der AIFA-Bericht.

17. Bei Kindern und Jugendlichen besteht die Gefahr, dass sie schwere unerwünschte Nebenwirkungen erleiden.

Diese sind nicht nur unmittelbar, sondern auch mittel- und langfristig möglich, was sich in der Zunahme von [Herzmuskelentzündungen](#) bei Männern, [Menstruationsstörungen](#) bei Frauen und [Autoimmunerkrankungen](#) bei beiden Geschlechtern abzeichnet. Unerwünschte Nebenwirkungen können durch Impfauffrischungen zunehmen, die nun mindestens einmal jährlich zu erwarten sind.

18. Die Herzmuskelentzündungen

Obwohl die exakte Häufigkeit noch nicht feststeht, wurden nach der zweiten Verabreichung des Impfstoffs von Pfizer bei Männern im Alter von 16 bis 17 Jahren spontan mehr als [100 Mal](#) so viele Fälle von Myokarditis gemeldet als erwartet (s. Grafik). Bei Männern [unter 40 Jahren](#) traten eine Zunahme von 3, 12 bzw. 13 Fällen von Myokarditis pro Million in den vier Wochen nach der ersten, zweiten bzw. dritten Dosis des Pfizer-Impfstoffs auf. Nach der ersten und zweiten Dosis des Moderna-Impfstoffs waren es sogar 12 und 101 Fälle von Myokarditis pro Million.

Table 2. Reports to VAERS After mRNA-Based COVID-19 Vaccination That Met the CDC's Case Definition for Myocarditis Within a 7-Day Risk Interval per Million Doses of Vaccine Administered

	Reported cases of myocarditis within a 7-d risk interval per million doses of vaccine administered (95% CI) ^a				Expected cases of myocarditis in a 7-d risk interval per million doses (95% CI) ^b
	Vaccination with BNT162b2		Vaccination with mRNA-1273 ^b		
	First dose	Second dose	First dose	Second dose	
Males					
Age group, y					
12-15	7.06 (4.88-10.23)	70.73 (61.68-81.11)			0.53 (0.40-0.70)
16-17	7.26 (4.45-11.86)	105.86 (91.65-122.27)			1.34 (1.05-1.72)
18-24	3.82 (2.40-6.06)	52.43 (45.56-60.33)	10.73 (7.50-15.34)	56.31 (47.08-67.34)	1.76 (1.58,1.98)

Bei ansonsten gesunden 12- bis 17-Jährigen mit überstandener Infektion birgt selbst eine Dosis [mehr Risiken](#) als Nutzen.

Entgegen den Behauptungen der pädiatrischen Fachgesellschaften, die die Schwere der Myokarditis/Perikarditis durch die Impfung herunterspielen, hat die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) bestätigt, dass sich der Verlauf der Myokarditis/Perikarditis bei Geimpften [nicht von dem in der Allgemeinbevölkerung unterscheidet](#): Es handelt sich also immer um schwerwiegende Nebenwirkungen.

19. Die definitiven Ergebnisse (Gesamtmortalität, nicht nur wegen COVID) der klinischen Studien mit mRNA-Impfstoffen bei Erwachsenen [sind bis heute alles andere als beruhigend](#).

Sie müssten dringend wissenschaftlich untersucht werden, ebenso wie die erwiesene Übersterblichkeit in der Altersgruppe der unter 65-Jährigen im Jahr 2021 im Vergleich zu 2020, die sich in [EuroMOMO](#) [engl. *European Mortality Monitoring*] abzeichnet und mit den ISTAT-Daten 2021 gegenüber 2020 für junge italienische Erwachsene übereinstimmt.

20. Es ist allgemein kontraproduktiv, die SARS-CoV-2-Infektion bei Kindern zu verhindern.

Der Grund dafür ist, dass Kinder sonst in ihrem späteren Leben dem [Risiko](#) ausgesetzt werden, daran zu erkranken - mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eines schwereren Verlaufs. Denn in der Kindheit verläuft die Krankheit fast immer mild oder asymptomatisch und erzeugt eine [natürliche beständige Immunität](#).

21. Mit entsprechenden Vorsichtsmaßnahmen sollte die natürliche Immunität in diesen Altersgruppen gefördert werden.

Es sollten wissenschaftlich fundierte Strategien erörtert werden, um die [Entwicklung einer natürlichen Immunität zu ermöglichen – und zwar in Gruppen mit geringem Risiko](#), an schweren Formen von COVID-19 zu erkranken. Denn durch natürliche Infektion erworbene Immunität ist [stärker und dauerhafter](#) als die durch Impfung erworbene. Davon profitiert nicht nur das Kind selbst, es profitieren auch seine Familie, seine Großeltern und die gesamte Gemeinschaft.

22. Interessenskonflikte machen viele Studien unzuverlässig.

- Die bisher publizierten randomisierten Studien wurden vom Hersteller finanziert, die Autoren haben zumeist wichtige finanzielle Beziehungen zu den Herstellern oder sind bei diesen angestellt.
- Die Doppelblindstudie wurde vorzeitig abgebrochen.
- Entsprechend ist die Anzahl der Nebenwirkungen zum Zeitpunkt des Abbruchs gering.
- Unsicher ist ebenso, ob wirklich eine Doppelblindstudie durchgeführt wurde.

Diese vier Punkte führen jeweils zu einer systematischen Übertreibung des Nutzens und der Sicherheit der untersuchten Produkte.

23. Berufsverbände, welche von Pharmaunternehmen finanziert werden, geben keine unabhängigen Leitlinien heraus.

Führende Berufsverbände, die sich für eine allgemeine Impfung von Kindern einsetzen, erhalten erhebliche finanzielle Mittel von der Pharmaindustrie ([s. Beispiel](#)).

24. Für Kinder, die von diesen Impfstoffen geschädigt worden sind, gibt es noch keine Behandlungen, aber es gibt [prophylaktische Maßnahmen und sinnvolle Frühbehandlungen bei COVID-19 \(ab Min. 30\)](#).