

Aktionsbündnis AstraZeneca

Lose Interessengruppe ohne Rechtsform

Kontakt: aktionsbuendnis.astrazeneca@t-online.de

Internet:

<http://freepdfhosting.com/15665649a6.pdf>

Gründungsdatum: 03.06.2021

Zielsetzung

Darlegung der Interessen derjenigen, die aus Altersgründen (ab 60 Jahre) gemäß STIKO und Vorgaben des Bundes und der Länder keinen Zugang zu mRNA-Impfstoffen hatten und auch nicht heterolog geimpft wurden, sondern bei beiden Impfdosen Vaxzevria erhielten

Forderungen des Aktionsbündnisses AstraZeneca

I.

Wir erkennen an, dass es aufgrund des bei jüngeren Personen höheren Risikos, nach AstraZeneca-(Vaxzevria-)Impfung eine potenziell tödlich verlaufende Sinusvenenthrombose zu erleiden, angemessen und hinzunehmen ist, dass für Personen ab 60 Jahre der Zugang zu mRNA-Impfstoffen durch die STIKO, Bund und Länder verwehrt wurde und Personen ab 60 Jahre nur mit Vaxzevria geimpft werden können.

Aufgrund der Altersunterschiede beim Risiko der Sinusvenenthrombose ist das **ein Akt der Solidarität der Älteren** gegenüber den insoweit stärker gefährdeten jüngeren Impflingen, den die ab 60-Jährigen zu erbringen haben.

Die Schließung des Zugangs zu mRNA-Impfstoffen ab 60 Jahre ist somit als Akt der Solidarität **politisch und gesellschaftlich zu würdigen**, der von den ab 60-Jährigen zu erdulden ist.

Die „Schuld“ für diese Situation liegt bei den Vektorimpfstoffen selbst, da diese mit einem signifikant erhöhten Risiko für Sinusvenenthrombosen bevorzugt bei jungen und mittelalten Menschen einhergehen. Insbesondere die Impfung von Kindern und Jugendlichen mit Vektorimpfstoffen wäre daher *absolut unvertretbar*. Insoweit ist die Solidarität der Älteren mit ihrem geringeren Risiko für Sinusvenenthrombosen nach Impfung mit Vektorimpfstoffen in der aktuellen Situation unabwendbar.

II.

Im **Gegenzug und als Gegenleistung** für diesen zwar politisch aufgezwungenen, in der Sache aber **auch ethisch gebotenen Akt** der Solidarität fordert das Aktionsbündnis der AstraZeneca-Geimpften:

- Dass die Bundesregierung und die anderen in Bund und Ländern zuständigen Institutionen sowie die Arbeitgeber anerkennen, dass es sich bei Vaxzevria *inzwischen* um einen zweitklassigen Impfstoff im Vergleich zu den mRNA-Impfstoffen handelt, jedenfalls was seine Wirksamkeit gegenüber bestimmten Virus-Varianten wie insbesondere Beta (südafrikanische Variante), Gamma (brasilianische Variante) und Delta (indische Variante) betrifft.

Anmerkung: Das Wort „inzwischen“ bezieht sich ausdrücklich auf die veränderte Variantenlage. Es wird daher nicht gefordert, dass die Bundesregierung und die übrigen Institutionen anerkennen, dass Vaxzevria von vornherein zweitklassig gewesen sein soll (dagegen spricht z.B. die Studie von BERNAL et al). Ganz im Gegenteil: die hervorragenden Ergebnisse der heterologen Impfung 1. Dosis Vaxzevria/2. Dosis Cominarty (GROß et al., BARROS-MARTINS et al.) belegen eine wichtige Rolle von Vaxzevria auf dem Impfstoffmarkt, und sei es auch nur als Kombinationspartner eines heterologen Impfschemas. **So wurde Vaxzevria nachträglich noch zu einer echten Erfolgsgeschichte!**

- Dass diese Institutionen diese inzwischen eingetretene Zweitklassigkeit von Vaxzevria gegenüber den Betroffenen **ehrlich kommunizieren**, damit die AstraZeneca-Geimpften verstehen, *in welcher Risikolage sie sich weiterhin befinden*; dass sie nicht so gut geschützt sind wie mRNA-Geimpfte oder heterolog Geimpfte (1. Dosis Vaxzevria/2. Dosis Cominarty); dass insbesondere die AstraZeneca-Geimpften sehr kritisch die wöchentlichen Varianten-Berichte des RKIs (mittwochs) verfolgen müssen, damit sie in voller

Kenntnis dieser Sach- und Risikolage *ihr Verhalten darauf einstellen können*,

d.h. dass sie z.B. freiwillig darauf verzichten, bestimmte Freiheiten in Anspruch zu nehmen, die ihnen als zweimal Geimpften *eigentlich* auf dem Papier („juristisch“) zustehen würden, aber eben für sie mit einem höheren Gesundheitsrisiko verbunden wären als für mRNA- oder heterolog Geimpfte – d.h. für die Fortsetzung des – *jetzt freiwilligen* – restriktiven Verhaltens der AstraZeneca-Geimpften im Sinne eines „*privaten Lockdowns*“, für den das Motto „WIR BLEIBEN ZUHAUSE II“ passen würde.

(Aus dem politisch verordneten „WIR BLEIBEN ZUHAUSE“ in den Lockdowns vor den Impfungen wird nun ein freiwilliges „WIR BLEIBEN ZUHAUSE II“ für die AstraZeneca-Geimpften).

- Dass diese Institutionen anerkennen, dass ein relevantes bis hohes Risiko besteht, dass sich insbesondere die Delta-Variante früher oder später in Deutschland weiter ausbreitet oder gar möglicherweise Dominanz erringt und damit auch zum Träger einer neuen (vierten) Welle („Delta-Welle“) werden kann (vgl. LAUTERBACH 3.6.2021; Pressemitteilungen; DAGPUNAR für England). Ein erhöhtes Risiko besteht zum Beispiel im Sommer oder nach dem Sommer in der Folge erhöhter Reisetätigkeit.

- Dass diese Institutionen anerkennen, dass den AstraZeneca-Geimpften neben den Ungeimpften droht, die bevorzugten „Opfer“ einer solchen vierten Welle oder Delta-Welle zu werden.

- Dass diese Institutionen zugeben und öffentlich deutlich kommunizieren, dass man auch als vollständig Geimpfter schwer erkranken kann – mit Hospitalisierung, Intubation und Tod –, und

dass die Aussage, dass Geimpfte nur asymptomatisch, mild oder moderat erkranken („dank der T-Zell-Immunität“) so nicht stimmt (vgl. KUMAR et al., PLANAS et al., EGAN et al.). Es kann nicht länger hingenommen werden, dass Durchbruchsinfektionen als „Luxusproblem“ dargestellt werden, „weil jemand Angst vor einem kleinen Schnupfen hat“. Durchbruchsinfektionen bieten dasselbe Spektrum an Krankheitserscheinungen, Schweregraden und Outcomes wie Infektionen bei Ungeimpften.

- Dass Arbeitgeber AstraZeneca-Geimpfte angesichts ihrer besonderen Bedrohung durch bestimmte Virusvarianten als *funktionell unzureichend geimpft* betrachten und entsprechende **Rücksicht auf kontakt-vermeidendes Verhalten** nehmen; **das Argument „Stellen Sie sich nicht so an, Sie sind doch jetzt geimpft“ kann für AstraZeneca-Geimpfte nicht greifen.**
- Dass eine systematische Dokumentation und Berichterstattung zu Durchbruchsinfektionen in Deutschland aufgebaut wird, sortiert nach Impfstoffen und Outcomes. Zuzubilligen ist dabei, dass es möglicherweise aus organisatorischen Gründen nicht möglich sein wird, jede asymptomatische oder milde Durchbruchsinfektion zu erfassen. Solche milden Durchbruchsinfektionen sind tolerabel und befanden sich auch von vornherein im Erwartungshorizont aller Impfstoffe. Aber Durchbruchsinfektionen, die zu einer Hospitalisierung führen, gehören systematisch erfasst, einschl. Impfstoff, Altersgruppe, Geschlecht, Zeit seit der letzten Impfdosis, Outcome (maximaler Schweregrad); und darüber sind vom RKI regelmäßige Berichte zu erstellen. Das muss nicht täglich sein – es reicht eine regelmäßige Berichterstattung in vorgegebenen Zeitabständen analog den Varianten-Berichten, unter besonderer Berücksichtigung der beteiligten Impfstoffe oder Impfstoff-Kombinationen. Nur so kann die notwendige Transparenz über das

Durchbruchsgeschehen und die Rolle der einzelnen Impfstoffe daran geschaffen werden.

- Es ist ein flächendeckendes Netz von *frühen* Therapieangeboten (auch) für Durchbruchsinfektionen von Risikopatienten zu schaffen. Bereits jetzt besteht (*mehr theoretisch als praktisch und auch nur mancherorts*) die Möglichkeit zur Infusion monoklonaler Antikörper, allerdings sind die Voraussetzungen und Schwellen so hoch, dass der Zugang für viele Betroffene unmöglich ist, insbesondere mit Rücksicht auf das kurze Zeitintervall, in dem diese Infusionen die volle therapeutische Wirksamkeit zeigen. Die AstraZeneca-Geimpften sind als über 60-Jährige *per definitionem* bereits als Risikopatienten anzuerkennen (in den US-amerikanischen Phase-III-Studien zu monoklonalen Antikörpern galt ein Alter von mindestens 55 Jahren ohne Notwendigkeit von Begleiterkrankungen als Inklusions-Kriterium), und ihnen ist daher ohne weitere Voraussetzungen (wie z.B. zusätzlicher Nachweis bestimmter Grunderkrankungen) Zugang zur Infusion monoklonaler Antikörper zu verschaffen, solange sie sich in einem Zeitintervall seit Diagnose bzw. Symptombeginn befinden, in dem diese Infusion noch Sinn macht (vgl. JENKS et al.). (Das muss natürlich gleichermaßen für alle Infizierten gelten, die die Kriterien für Risikopatienten erfüllen, unabhängig von ihrem Impfstatus. Die Wahrscheinlichkeit, in eine solche Situation zu kommen, wo man eine solche Infusion benötigt, wird allerdings für AstraZeneca-Geimpfte höher sein als wenn die gleiche Person mit mRNA oder heterolog geimpft worden wäre).

- Weitere Optionen einer frühen antiviralen Therapie (z.B. frühe Remdesivir-Infusionen im Sinne der Arbeit z.B. von DÖLKEN et al.) sind zu evaluieren, auf eine evidenzbasierte Grundlage zu stellen, und bei positiver Wirksamkeit oder Erfahrung anzubieten.

- 2x AstraZeneca-Geimpften muss nach verbesserter Verfügbarkeit von mRNA-Impfstoffen so schnell wie möglich im Sinne des Konzeptes heterologer Impfungen eine einzelne Dosis mRNA-Impfstoff zur Verfügung gestellt werden. Sie sind von ihrem Impfschutz her nach dieser Impfung dann zweifach mRNA-Geimpften mindestens gleichgestellt (vgl. GROß et al.), und durch diese eine Dosis mRNA-Impfstoff sind alle Nachteile, denen 2xAstraZeneca-Geimpfte bisher unterlagen, behoben (einer zweiten mRNA-Dosis bedarf es dazu erstmal nicht). Selbst im Falle einer solchen Nachimpfung mit mRNA haben die originär 2xAstraZeneca-Geimpften dann immer noch „eine“ mRNA-Dosis „gespart“ gegenüber der Situation, wenn sie von vornherein (2x) mit mRNA geimpft worden wären, und damit einen Solidaritätsbeitrag von „minus einer Dosis mRNA-Impfstoff“ zum Pool der mRNA-Impfstoffe geleistet.

Die heterologe Nachimpfung der 2xAstraZeneca-Geimpften wäre auch ein Beitrag zur Schwächung der absehbaren „Delta-Welle“ im Sommer, Spätsommer oder Herbst.

- Ab einem bestimmten Verbreitungsanteil von z.B. 5 % oder „spätestens“ 10 % der Delta-Variante oder der Summe aller AstraZeneca-Escape-Varianten (Beta, Gamma, Delta) wären *eigentlich* den 2xAstraZeneca-Geimpften die „Impfprivilegien“ im Sinne der „3Gs“, z.B. Befreiung von Testpflicht, Quarantänepflicht usw. wieder zu entziehen und AstraZeneca-Geimpfte Ungeimpften oder unvollständig Geimpften gleichzustellen. Es ist zu befürchten, dass AstraZeneca-Geimpfte, die dank dieser Impfprivilegien wieder am allgemeinen freien gesellschaftlichen Leben teilnehmen können, zur Verbreitung der Escape-Varianten beitragen und den ohnehin unvermeidlichen Prozesses des Aufstiegs dieser Varianten (jedenfalls Delta) bis zur Dominanz oder Ko-Dominanz (neben Alpha) weiter beschleunigen.

Da es nun schon unvermeidbar geworden ist, wäre es epidemiologisch geboten, den Aufstieg von Delta zur Dominanz oder Ko-Dominanz (*wobei die Dominanz das evolutionär viel wahrscheinlichere Szenario ist im Vergleich zur Ko-Dominanz, es sei denn, es setzt sich eine noch aggressivere VoC durch, die wir heute noch gar nicht kennen*) wenigstens solange zu verzögern, bis alle Impfwilligen entweder heterolog oder homolog mRNA-geimpft sind. Die Impfprivilegien für die 2xAstraZeneca-Geimpften werden aber dazu beitragen, dass sich dieser Prozess nicht solange herauszögern lässt, sondern die Delta-Variante auf ein Heer von Ungeimpften und „Schlecht-Geimpften“ (2x AstraZeneca) trifft, während sie zur Dominanz aufsteigt.

Da es jetzt aber bereits irreversibel zu spät ist, die Rücknahme der Impfprivilegien für die 2xAstraZeneca-Geimpften (ab einer bestimmten Delta- oder Escape-Quote) formell und organisatorisch umzusetzen, sind kompensatorisch alle anderen vom Aktionsbündnis AstraZeneca gestellten Forderungen besonders dringend und intensiv umzusetzen. Dies gilt besonders für die im vorausgehenden Abschnitt geforderte einmalige mRNA-Nachimpfung.

- mRNA-Impfstoffe müssen schnellstens an die neuen Varianten angepasst und ausgerollt werden. Während die Pharmaindustrie daran arbeitet bzw. angepasste Impfstoffe bereits existent und in frühen klinischen Erprobungsphasen sind, hat die Politik die Voraussetzungen zu schaffen, dass Zulassung und Ausrollung schnellstmöglich erfolgen. Der südafrikanischen Variante sollte dabei besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden (MOYO-GWETE et al.).
- Die Politik muss erkennen, dass das Verhalten der EMA bei der Zulassung der neuen COVID-Impfstoffe inzwischen inakzeptabel geworden ist und die EMA zum größten Impfhindernis geworden ist, sowie dass die EMA die Verantwortung dafür trägt, dass immer noch

so viele Leute mit (inzwischen) suboptimalen Impfstoffen (wie Vaxzevria) versorgt werden müssen, weil nichts „Besseres“ zugelassen wird. Notfalls muss die Politik die EMA „von außen“ reformieren, wenn sie von sich aus („von innen“) nicht reformfähig ist. Die Politik kann durch gesetzliche Regelungen Einfluss nehmen, wie die EMA zu agieren hat. Notfalls muss man im Arzneimittelrecht ein „Variantengesetz“ integrieren, das sich mit den arzneimittelrechtlichen Voraussetzungen für die Zulassung von COVID-Impfstoffen im Kontext des Nachweises der Wirksamkeit gegen die einzelnen Virusvarianten beschäftigt und damit Standards schafft, denen sich die EMA unterwerfen muss, um sich nicht länger zur Blockade-Behörde und Hüter veralteter Impfstoffe zu erheben.

Wir wissen inzwischen, dass die neutralisierenden Antikörper-Titer ein sehr enges Proxy für die klinische Wirksamkeit eines Impfstoffes gegen eine bestimmte Variante darstellen (s. Nature 27.5.2021; EARLE et al.).

Es ist nicht hinnehmbar, dass die EMA einen COVID-Impfstoff erst dann zulässt, wenn der Hersteller in einer monatelangen Phase-III-Studie genügend Infektionsfälle für jede einzelne Variante separat (!) nachweisen konnte – wodurch sich die Zulassung von Impfstoffen um viele Monate, ja Jahre verzögern kann. Es muss ausreichend sein, wenn die Wirksamkeit in der Phase III auf der Basis der im Untersuchungsgebiet der Phase III-Studie im gegebenen Zeitraum dominierenden Varianten nachgewiesen wurde, und für Varianten, die aufgrund ihrer Häufigkeit und geographischen Verbreitung dabei nicht in ausreichender Anzahl erfasst wurden, der Nachweis der Wirksamkeit über die Messung neutralisierender Antikörper-Titer erfolgt.

Wenn die EMA ihre bisherige Strategie (wie sie z.B. gegenüber CureVac ausgespielt wird; vgl. M. WEINER) beibehält, ist damit zu rechnen, dass sich nicht nur die Zulassung neuer) lange verzögert, **sondern auch die Zulassung der dringend benötigten angepassten**

Versionen der bereits vorhandenen Impfstoffe wie Moderna und Biontech/Pfizer.

Selbstverständlich ist es extrem wichtig, dass die Wirksamkeit gegen alle relevanten Varianten vor der Zulassung untersucht wird. Keiner braucht weitere suboptimale oder veraltete Impfstoffe – vielleicht ist CureVac mit seiner Wirksamkeit von 47 % gerade deshalb gescheitert, weil er zum Zeitpunkt der klinischen Testung bereits veraltet war? Würde AstraZeneca heute noch die Zulassung bestehen? An der südafrikanischen Variante würde er mit Gewissheit scheitern, an der brasilianischen wohl auch.

Wenn aber die EMA auf die letzte Infektionsstatistik gegen die Variante XYZ wartet, statt sich für die seltenen Varianten auf neutralisierende Titer/Labordaten (Immunobridging) zu verlassen, so trägt die aufgrund der damit verbundenen Verzögerung letztendlich die Verantwortung für Wellen von Durchbruchinfektionen, die dadurch zustande kommen, dass dank des Vorgehens der EMA nicht schnell genug die angepassten Impfstoffe ausgerollt werden konnten. Dabei ist auch zu beachten, dass die differenzielle Wirksamkeit der Impfstoffe gegen unterschiedliche Varianten für sich allein genommen schon einen Selektionsfaktor für Escape-Varianten darstellt, so dass Escape-Varianten recht schnell zur Dominanz gelangen und neue Wellen auch unter Geimpften auslösen können, wenn nicht durch ultra-schnelle Ausrollung angepasster Impfstoffe direkt gegengesteuert wird.

Die EMA ist keine autonome, völlig unabhängige, nur der Verfassung unterliegende Institution wie das Bundesverfassungsgericht. Durch (EU-)gesetzliche Vorgaben zum Nachweis der Variantenwirksamkeit von neuen oder angepassten Impfstoffen im Zulassungsverfahren kann sie in ihre Schranken verwiesen werden. Ein Kompromiss kann wie oben beschrieben so aussehen, dass die Wirksamkeit in Phase III zum einen an den mehr oder weniger zufällig im Untersuchungsgebiet zirkulierenden Varianten nachzuweisen ist, und

zum anderen für die Varianten, die dabei nicht in der notwendigen Frequenz für statistisch signifikante Effekte angetroffen wurden, die Wirksamkeit in Form neutralisierender Antikörpertiter zu belegen ist.

Hinweis zum Vektor-Impfstoff von JOHNSON & JOHNSON

Das Aktionsbündnis zielt nicht auf den Impfstoff von JOHNSON & JOHNSON, auch wenn auch für diesen Impfstoff von einer deutlich verringerten Wirksamkeit im Vergleich zu mRNA-Impfstoffen in Bezug auf bestimmte Varianten auszugehen ist. Allerdings wurde er in Deutschland bisher wenig verimpft und auch die Evidenzlage ist insgesamt geringer. Die Situation weicht auch deshalb von Vaxzevria ab, weil er nur in einer Impfdosis verimpft wird und schon von daher nicht den Anspruch einer Gleichwertigkeit mit 2 x verimpften mRNA-Impfstoffen oder einer heterologen Kombination erheben kann.

JOHNSON & JOHNSON ist wegen der *einen* Impfdosis besonders für Personen interessant, die sehr schnell mit der im rechtlichen Sinne (!) „vollständigen“ Impfung verbundene Freiheitsrechte in Anspruch nehmen wollen und sich daher im Klaren darüber sind, welches Risiko sie dafür eingehen und welchen gesundheitlichen Preis sie für die schnelle Wiedererlangung bestimmter Freiheitsrechte zu bezahlen bereit sind im Sinne einer individuellen Abwägung zwischen

bestimmten Freiheitsrechten und der Gesundheitsgefährdung durch Durchbruchinfektionen mit COVID-19-Varianten.

Wer sich zwecks schneller Erlangung bestimmter Freiheitsrechte für J&J entscheidet, ist in einer völlig anderen Situation als jemand, der z.B. zur Zweitimpfung mit Vakzevria im Impfzentrum eingeladen ist, dort mehrfach fragt und argumentiert, ob er nicht doch mRNA erhalten könne, und dann klascht der dicke rote „AstraZeneca“-Stempel runter auf das Impfformular wie der Siegel unter ein Gerichtsurteil, das da lautet: „WIR BLEIBEN ZUHAUSE II“.

Insofern kann man die Situation der JJ-Geimpften nicht mit den AstraZeneca-Geimpften (ab 60 Jahre) vergleichen.

Quellen:

Zur Zulassungspraktik der EMA:

M. WEINER (t-online): Wo bleibt eigentlich der Corona-Impfstoff von Curevac?

https://www.t-online.de/gesundheit/krankheiten-symptome/id_89474190/corona-impfstoff-von-curevac-wann-kommt-das-tuebinger-vakzin-eigentlich-.html

(Zugriff 3.6.2021).

Zu früher Remdesivir-Behandlung:

DÖLKEN L et al., Remdesivir for Early COVID-19 Treatment of High-Risk Individuals Prior to or at Early Disease Onset-Lessons Learned. Viruses 2021 May 22;13(6):963.
doi: 10.3390/v13060963.

Zur heterologen Impfung Vaxzevria/Cominarty:

GROß R et al., Heterologous ChAdOx1 nCoV-19 and BNT162b2 prime-boost vaccination elicits potent neutralizing antibody responses and T cell reactivity.
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.30.21257971v1.full.pdf>

Zur sehr schwachen klinischen Wirksamkeit (ca. 10 %) von Vaxzevria gegen die südafrikanische Variante (Beta):

MADHI SA et al., Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) Covid-19 vaccine against the B.1.351 variant in South Africa.
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.10.21251247v1.full.pdf>

Keine bzw. sehr niedrige neutralisierende Titer gegen P.1 und B.1.351 nach 2 x Vaxzevria im Vergleich zur heterologen Impfung Vaxzevria/Cominarty, und niedrigere Titer gegenüber B.1.1.7 bei 2 x Vaxzevria (s. Abbildung 1 c); Überlegenheit der heterologen Impfung:

BARROS-MARTINS J et al., Humoral and cellular immune response against SARS-CoV-2 variants following heterologous and homologous ChAdOx1 nCoV-19/BNT162b2 vaccination.
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.01.21258172v1.full.pdf>

Zur schwachen Wirksamkeit von COVISHIELD (= Vaxzevria) bei Zahnärzten in Indien während der 2. Welle in Indien (Risikoreduktion: 37 %)

Außerdem: Durchbruchinfektionen verlaufen- jedenfalls bei COVISHIELD-Geimpften – nicht schwächer als bei Ungeimpften:

KUMAR S et al., Effectiveness of the Covid-19 vaccine in preventing infection in dental practitioners: results of a cross-sectional questionnaire based survey.

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.28.21257967v1.full.pdf>

51,2 % der 2x COVIDSHIELD-Geimpften hatten keine neutralisierenden Titer gegen B.1.617.1 (bzw. extrem niedrige Titer unter der hier als Untergrenze festgelegten 20 Einheiten/ml)

YADAV PD et al., Neutralization potential of Covishield vaccinated individuals against B.1.617.1.

<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.05.12.443645v1.full.pdf>

Deutlich schlechtere Wirksamkeit von 2 x Vaxzevria gegen B.1617.2 in England im Vergleich zu 2 x Cominarty (59,8 % vs. 87,9 % für Endpunkt symptomatische Infektion):

BERNAL JL (2), Effectiveness of COVID-19 vaccines against the B.1.617.2 variant.

doi: <https://doi.org/10.1101/2021.05.22.21257658>

Durchbruchinfektionen bei 2 x COVISHIELD-geimpften Krankenhauspersonal während der 2. Welle in Indien (darunter moderate Verläufe mit Sauerstoffbedarf, wobei allerdings aus der Studie nicht hervorgeht, ob die moderaten Verläufe nach COVISHIELD- oder BBV152-Impfung erfolgten):

SHARMA P et al., Breakthrough infection with SARS-CoV-2 and its predictors among healthcare workers in a medical college and hospital complex in Delhi, India.

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.07.21258447v1.full.pdf>

1 Dosis Vakzevria wirkt gegenüber B.1617.2 nicht besser als gegenüber B.1.351 (jeweils 8 % der Probanden hatten neutralisierende Antikörper entwickelt)

PLANAS D et al., Reduced sensitivity of infectious SARS-CoV-2 variant B.1.617.2 to monoclonal antibodies and sera from convalescent and vaccinated individuals.
<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.05.26.445838v1.full.pdf>

Ökologisch-epidemiologische Studie, wonach die COVID-Impfung (mRNA- und Vektor-Impfstoffe zusammen betrachtet) das Sterberisiko nur um 78 % gegenüber konventionellen Varianten und 70 % gegenüber B.1.1.7 senkt. (Es ist zu vermuten, aber nicht in dieser Studie untersucht, dass sich diese Durchschnitts-Werte aus „besseren“ Werten für mRNA-Impfstoffe und „schlechteren“ Werten für Vektor-Impfstoffe ergeben):

JABLONSKA K et al., The real-life impact of vaccination on COVID-19 mortality in Europe and Israel; doi: <https://doi.org/10.1101/2021.05.26.21257844>

Zur Rolle neutralisierender Antikörpertiter als Proxy für den Impferfolg:

Scientists zero in on marker of COVID-vaccine efficacy.
<https://www.nature.com/articles/d41586-021-01388-y>, Nature 27.5.2021

EARLE KA et al., Evidence for antibody as a protective correlate for COVID-19 vaccines. doi: <https://doi.org/10.1101/2021.03.17.20200246>

Impfungen und Krankheitsschwere:

Kein Unterschied in der Krankheitsschwere bei 1 x Geimpften und Ungeimpften von Biontech gegen die südafrikanische Variante

KNABL L et al., Impact of BNT162b first vaccination on the immune transcriptome of elderly patients infected with the B.1.351 SARS-CoV-2 variant.
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.11.21256862v1.full.pdf>

Hohe Mortalität bei hospitalisierten Geimpften:

EGAN C et al., Hospitalised vaccinated patients during the second wave, update April '21

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/982499/S1208_CO-CIN_report_on_impact_of_vaccination_Apr_21.pdf

außerdem: s. KUMAR et al. (bereits oben erwähnt)

Zum Selektionsvorteil der indischen Variante B.1.617.2 gegenüber der britischen:

DAGPUNAR JS, Interim estimates of increased transmissibility, growth rate, and reproduction number of the Covid-19 B.1.617.2 variant of concern in the United Kingdom.

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.03.21258293v1.full.pdf>

Man sollte gezielt gegen die südafrikanische Variante impfen, das „hilft“ gegen alle Varianten:

MOYO-GWETE T et al., SARS-CoV-2 501Y.V2 (B.1.351) elicits cross-reactive neutralizing antibodies.

<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.03.06.434193v1.full.pdf>

Niedrigschwellige „Infusionszentren“ für monoklonale Antikörper

JENKS JD et al., Early Monoclonal Antibody Administration Can Reduce Both Hospitalizations and Mortality in High-Risk Outpatients with COVID-19. Clin Infect Dis 2021 Jun 6;ciab522. doi: 10.1093/cid/ciab522.

Sonstige im Forderungskatalog erwähnte Arbeiten:

BERNAL JL et al., Early effectiveness of COVID-19 vaccination with BNT162b2 mRNA vaccine and ChAdOx1 adenovirus vector vaccine on symptomatic disease, hospitalisations and mortality in older adults in England.

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.01.21252652v1.full.pdf>

V.i.S.d.P.:

Dr. Reinhard Steinmeyer, Am Alten Bierkeller 3, 56072 Koblenz

Email: **aktionsbuendnis.astrazeneca@t-online.de**

Internet:

<http://freepdfhosting.com/15665649a6.pdf>