Auswirkungen von gesundheitlicher Fehlinformationen im digitalen Nachrichtenumfeld in den Vereinigten Staaten während der COVID-19-Pandemie

von Todd Rokita, Generalstaatsanwalt von Indiana, u.a.

-- Englisch Text: see below --

2. Mai 2022

Behörde: Department of Health and Human Services, Büro des Surgeon General

Aktion: Anforderung von Informationen (RFI)

Thema: Auswirkungen von gesundheitlicher Fehlinformationen im digitalen Nachrichtenumfeld in den Vereinigten Staaten während der COVID-19-Pandemie

Antwort: COVID-19 Fehlinformationen aus offiziellen Quellen während der Pandemie

Einreichende Parteien: Todd Rokita, Generalstaatsanwalt von Indiana; Dr. Jay Bhattacharya, Professor an der Stanford University School of Medicine; und Dr. Kulldorff, Senior Research Fellow am Brownstone Institute und ehemaliger Professor an der Harvard University School of Medicine.

Das Office of the Surgeon General bat um Informationen über die Verbreitung von Fehlinformationen über die Gesundheit während der COVID-19-Pandemie und die Auswirkungen solcher Fehlinformationen auf das öffentliche Gesundheitssystem der USA, um besser auf künftige Krisen im Bereich der öffentlichen Gesundheit vorbereitet zu sein.

Wir stimmen zu, dass Fehlinformationen ein großes Problem während der Pandemie waren. Die Verbreitung ungenauer wissenschaftlicher Informationen hat es der Öffentlichkeit schwer gemacht, die richtigen Entscheidungen zu treffen, um sich selbst, ihre Familien und ihre Gemeinden vor COVID-19 und den kollateralen Schäden für die öffentliche Gesundheit zu schützen, die durch die Pandemie-Gegenmaßnahmen entstehen. Die Desinformation hat das Leben und die Lebensgrundlagen der Amerikaner stark beeinträchtigt. Wir bringen die folgenden Beispiele für Desinformation durch die CDC und andere Gesundheitsorganisationen, die das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Wissenschaft und die öffentliche Gesundheit erschüttert haben und deren Wiederherstellung Jahrzehnte dauern wird.

#1 Überzählung von COVID-19: Die offiziellen CDC-Zahlen für COVID-19-Todesfälle und Krankenhausaufenthalte sind ungenau. In den offiziellen Zahlen sind viele Menschen enthalten, die nicht an COVID-19, sondern mit COVID-19 gestorben sind. Die CDC unterscheidet nicht zwischen

Todesfällen, bei denen COVID-19 die Haupttodesursache war, bei denen COVID-19 eine mitwirkende Todesursache war, oder bei denen der Tod in keinem Zusammenhang mit COVID-19 stand, die aber zufällig positiv getestet wurden.

Für dieses Problem gibt es drei Gründe. (i) Die Zählung der COVID-19-Fälle und -Todesfälle unterscheidet sich von der Art und Weise, wie das öffentliche Gesundheitswesen die Inzidenz und Mortalität anderer Krankheiten zählt; Ärzten wurde geraten, Todesbescheinigungen auszufüllen, um COVID-19 als unmittelbare Ursache zu bevorzugen, selbst wenn die medizinischen Fakten etwas anderes nahelegen. [1] (ii) Die bevölkerungsweiten Tests zur Identifizierung asymptomatischer, mit dem SARS-CoV-2-Virus infizierter Personen sind in der Geschichte der Menschheit beispiellos. (iii) Obwohl es einfach gewesen wäre, hat die CDC keine landesweiten Stichproben von Krankenakten durchgeführt, um festzustellen, welcher Anteil der gemeldeten COVID-19-Todesfälle tatsächlich auf COVID-19 zurückzuführen war. Ex-post-Prüfungen von Totenscheinen und Krankenakten in Santa Clara County2 und Alameda County3, Kalifornien, wurde beispielsweise festgestellt, dass bei ~25 % der Totenscheine, in denen COVID-19 als primäre Todesursache angegeben war, andere Todesursachen wahrscheinlicher waren. In der Fachliteratur wird bestätigt, dass COVID-19 in anderen Industrieländern überbewertet wird. Ex-post-Prüfungen von Sterbeurkunden sollten durchgeführt werden, um die genaue Zahl der Todesfälle durch COVID-19 zu ermitteln.

1 Jefferson T, Dietrich M, Brassey J, Heneghan C. CG Report 8: Verständnis von Definitionen und Berichterstattung über Todesfälle, die COVID-19-19 im Vereinigten Königreich zugeschrieben werden - Erkenntnisse aus FOI-Anfragen. Collateral Global. Version 1, 15. März 2022. https://collateralglobal.org/article/understanding-COVID-19-19-deaths-in-the-uk/.

2 Reese M. Santa Clara County revidiert die Gesamtzahl der COVID-19-Todesfälle um über 20 %. 8. Juli 2021. https://sanjosespotlight.com/santa-clara-county-revises-total-COVID-19-deaths-by-over-20/

3 Krans B. Alameda County's new COVID-19 death toll is 25% lower than thought. Die Oaklandside. 4. Juni 2021. https://oaklandside.org/2021/06/04/alameda-countys-new-COVID-19-death-toll-is-25-lower-than-thought/

4 Kulldorff M. Eine Überprüfung und Autopsie von zwei COVID-19 Immunitätsstudien. November 2, 2021 https://brownstone.org/articles/a-review-and-autopsy-of-two-COVID-19-immunity-studies/

5 Alwan NA et al. Wissenschaftlicher Konsens über die COVID-19-19-Pandemie: Wir müssen jetzt handeln. The Lancet. October 15, 2020. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32153-X/fulltext

6 Kulldorff M. Hospitals Should Hire, Not Fire, Nurses with Natural Immunity. Brownstone Institute, Oktober 1, 2021. https://brownstone.org/articles/hospitals-should-hire-not-fire-nurses-with-natural-immunity/

#2 Infragestellung der natürlichen Immunität: Die natürliche Immunität wurde nach der Genesung von COVID-19 immer wieder in Frage gestellt und geleugnet. Unter Verwendung schwer fehlerhafter Studien behauptete die CDC fälschlicherweise, dass die natürliche Immunität schlechter sei als die durch Impfung erworbene Immunität. [4] Im Oktober 2020 veröffentlichte der CDC-Direktor ein "Memorandum" in The Lancet, in dem er die natürliche Immunität in Frage stellte. [5] Am kritischsten ist, dass die Regierung, Unternehmen und Universitäten die natürliche Immunität de facto leugnen, indem sie die Impfung für Menschen vorschreiben, die sich von COVID-19 erholt haben.

Für die Wissenschaftler war dies die überraschendste Desinformation. Die natürliche Immunität ist seit der Athener Pest 430 v. Chr. bekannt; andere Coronaviren erzeugen eine natürliche Immunität; und während der gesamten Pandemie wussten wir, dass die von COVID-19 Erkrankten eine gute natürliche Immunität haben, falls und wenn sie das nächste Mal infiziert werden. Das heißt, sechs Monate nach

Beginn der Pandemie hatten wir epidemiologische Beweise dafür, dass die natürliche Immunität mindestens sechs Monate anhält; ein Jahr nach Beginn der Pandemie wussten wir, dass die natürliche Immunität mindestens ein Jahr anhält, und so weiter. [6]

#3 COVID-19-Impfstoffe verhindern die Übertragung: Der CDC-Direktor und andere Gesundheitsbeamte behaupteten fälschlicherweise, dass der COVID-19-Impfstoff die Übertragung von COVID-19 auf andere verhindert. [7] Dies war auch der Grund für die Impfpflicht und die Pässe - um die Ausbreitung des Virus auf andere zu verhindern. Damals wussten wir das noch nicht, und es stellte sich heraus, dass es falsch war. [8] Als die COVID-19-Impfstoffe für den Notfalleinsatz zugelassen wurden, legten die Hersteller randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) vor, aus denen hervorging, dass die Impfstoffe symptomatische Erkrankungen reduzierten. Die Studien waren nicht darauf ausgelegt, festzustellen, ob sie auch die Übertragung einschränken oder Todesfälle verhindern können, obwohl dies möglich gewesen wäre9. Wie sich herausstellte, konnten geimpfte Personen die Krankheit auf andere übertragen10. Auch wenn es bedauerlich ist, dass die RCTs nicht darauf ausgelegt waren, die Frage der Krankheitsübertragung zu beantworten, so ist es doch unverantwortlich, wenn Beamte des öffentlichen Gesundheitswesens behaupten, sie hätten dies getan, obwohl in den RCTs nicht einmal der Versuch unternommen wurde, diese Frage zu beantworten.

7 Rochelle Walensky. MSNBC März 2021. https://twitter.com/KyleMartinsen_/status/1509206752780238851

8 Chemaitelly H, Tang P, Hasan MR, AlMukdad S, Yassine HM, Benslimane FM, Al Khatib HA, Coyle P, Ayoub HH, Al Kanaani Z, Al Kuwari E, Jeremijenko A, Kaleeckal AH, Latif AN, Shaik RM, Abdul Rahim HF, Nasrallah GK, Al Kuwari MG, Al Romaihi HE, Butt AA, Al-Thani MH, Al Khal A, Bertollini R, Abu-Raddad LJ. Nachlassender Schutz des BNT162b2-Impfstoffs gegen eine SARS-CoV-2-Infektion in Katar. N Engl J Med. 2021 Oct 6:NEJMoa2114114. doi: 10.1056/NEJMoa2114114. Epub ahead of print. PMID: 34614327; PMCID: PMC8522799.

9 Reynald Castañeda. Die Fähigkeit von COVID-19-19-Impfstoffen, die Übertragung zu verringern, lässt Experten zweifeln, ob der Rückgang der Infektionsereignisse ein geeignetes Surrogatmaß ist. Clinical Trials Arena. 1. März 2021.

https://www.clinicaltrialsarena.com/comment/COVID-19-19-vaccines-capacity-to-reduce-transmission-has-experts-torn/

#4 Schulschließungen waren wirksam und kostensparend: In den Vereinigten Staaten wurden die meisten Schulen für einige Zeit für den Präsenzunterricht geschlossen, viele Schulen sogar für mehr als ein Jahr. Diese Entscheidung beruhte auf der falschen Behauptung, dass dies dem Schutz von Kindern, Lehrern und der Gemeinschaft im Allgemeinen dienen würde. Bereits im Frühsommer 2020 wussten wir, dass dies falsch war. Schweden war das einzige große westliche Land, das die Schulen während des gesamten Frühjahrs 2020 ohne Masken, soziale Distanzierung oder Tests offen hielt. Unter diesen 1,8 Millionen Kindern im Alter von 1 bis 15 Jahren gab es keine COVID-19-Todesfälle, nur wenige Krankenhausaufenthalte, und die Lehrer hatten kein höheres COVID-19-Risiko als der Durchschnitt anderer Berufsgruppen. [11]

Darüber hinaus hatten ältere Menschen, die mit einem Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter zusammenlebten, zwar ein höheres COVID-19-Risiko, es gab jedoch keine Hinweise darauf, dass das Zusammenleben mit einem Kind dieses Risiko weiter erhöhte. In einem Artikel des "New England Journal of Medicine" vom Juli 2020, in dem Schulschließungen bewertet wurden, wurden die

schwedischen Daten und Belege nicht erwähnt, was einer Bewertung eines neuen Medikaments ohne Einbeziehung der Daten der Placebo-Vergleichsgruppe gleichkommt. [12] Trotz eindeutiger Beweise für die Sicherheit des Offenhaltens von Schulen führten Fehlinformationen dazu, dass viele Schulen für mehr als ein Jahr geschlossen wurden.

[10] Riemersma, K. K., Grogan, B. E., Kita-Yarbro, A., Halfmann, P. J., Segaloff, H. E., Kocharian, A., Florek, K. R., Westergaard, R., Bateman, A., Jeppson, G. E., Kawaoka, Y., O'Connor, D. H., Friedrich, T. C., & Grande, K. M. (2021). Shedding von infektiösem SARS-CoV-2 trotz Impfung. medRxiv, Preprint. doi: 10.1101/2021.07.31.21261387

[11] Öffentliche Gesundheit Schweden. COVID-19-19 bei Schulkindern (folkhalsomyndigheten.se). Juli 2020 https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c1b78bffbfde4a7899eb0d8ffdb57b09/COVID-19-19-school-aged-children.pdf

[12] Levinson M, Cevik M, Lipsitch M. Reopening Primary Schools during the Pandemic. N Engl J Med. 2020 Sep 3;383(10):981-985. doi: 10.1056/NEJMms2024920. Epub 2020 Jul 29. PMID: 32726550.

#5 Jeder Mensch hat das gleiche Risiko, wegen einer COVID-19-Infektion ins Krankenhaus eingeliefert zu werden und zu sterben: Auch wenn die öffentliche Gesundheitspolitik diese Tatsache verdrängt hat, ist das Risiko einer Krankenhauseinweisung und eines Todesfalls für alte Menschen im Vergleich zu jungen Menschen mehr als tausendmal so hoch. [13] Obwohl das Sterberisiko für alte Menschen und einige andere gefährdete Bevölkerungsgruppen mit schweren chronischen Erkrankungen hoch ist, ist das Risiko einer COVID-19-Infektion für Kinder in etwa so hoch wie das Risiko einer schlechten Grippesaison. Umfragen zeigen jedoch, dass sowohl alte als auch junge Menschen das Risiko, an einer COVID-19-Infektion zu sterben, überschätzen. [14] Diese Fehleinschätzung des Risikos ist schädlich, weil sie dazu führt, dass Maßnahmen - wie Schulschließungen und Abriegelungen - gefordert werden, die selbst schädlich sind.

[13] Kulldorff M. COVID-19-19 Gegenmaßnahmen sollten altersspezifisch sein. LinkedIn. April 10, 2020. https://www.linkedin.com/pulse/COVID-19-19-counter-measures-should-age-specific-martin-kulldorff/

[14] Lee M. Die Öffentlichkeit überschätzt das Risiko eines Krankenhausaufenthalts aufgrund von COVID-19-19 erheblich: Studie. Washington Examiner. March 21, 2021. https://www.washingtonexaminer.com/news/americans-overestimate-hospitalization-COVID-19-study

#6 Es gab keine vernünftige politische Alternative zu Abriegelungen: Schon seit Beginn der Pandemie hat der starke Altersgradient des Risikos einer schweren Erkrankung bei einer COVID-19-Infektion eine Alternative zu den auf Abriegelung ausgerichteten Maßnahmen geboten, die viele US-Bundesstaaten ergriffen haben - den gezielten Schutz von alten und anderweitig gefährdeten Menschen. Im Oktober 2020 verfassten wir zusammen mit Prof. Sunetra Gupta von der Universität Oxford die Great Barrington Declaration - eine öffentliche Petition, in der verstärkte Maßnahmen zum Schutz der gefährdeten Personen und eine Rückkehr zum nahezu normalen Leben für die weniger gefährdeten Personen (einschließlich der Öffnung von Schulen) vorgeschlagen wurden. [15] Zehntausende von Ärzten und Wissenschaftlern unterzeichneten die Erklärung und sprachen sich gegen die Abriegelung aus. In der Erklärung selbst und in den Begleitdokumenten haben wir viele konkrete politische Vorschläge für einen besseren Schutz der Schwachen gemacht, u. a. einen geringeren Personalwechsel in Pflegeheimen, die kostenlose Lieferung von Lebensmitteln und anderen lebensnotwendigen Gütern an ältere Menschen,

die in der Gemeinde leben, bezahlten Sabbaturlaub oder alternative Arbeitsregelungen für ältere Arbeitnehmer und viele andere politische Optionen. Wir forderten auch das öffentliche Gesundheitswesen auf, sich an kreativen Überlegungen zu anderen Ideen zum Schutz der Schwachen zu beteiligen. Wie spätere Untersuchungen bestätigt haben, war schon damals klar, dass Abriegelungen die gefährdeten Personen nicht schützen konnten (fast 80 % der COVID-19-Todesfälle traten in den USA unter älteren Menschen auf[16]). In Ländern wie Schweden, die keine Abriegelungsmaßnahmen eingeführt haben, gab es in den letzten beiden Jahren der Pandemie fast keine überzähligen Todesfälle mehr. [17] Abriegelungen sind ein Irrweg - eine scharfe Abweichung vom traditionellen Management von Atemwegsepidemien durch das öffentliche Gesundheitswesen - und ein katastrophales Versagen der öffentlichen Gesundheitspolitik.

15 Bhattacharya J, Kuldorff M, & Gupta S. Great Barrington Declaration. https://gbdeclaration.org/

16 Kaiser Family Foundation. 8 von 10 Menschen, die an COVID-19-19 gestorben sind, waren 65 Jahre oder älter - aber der Anteil variiert je nach Staat. Juli 2020. https://www.kff.org/coronavirus-COVID-19-19/press-release/8-in-10-people-who-have-died-of-COVID-19-19-were-age-65-or-older-but-the-share-varies-by-state/

17 Brownlee S und Lenzer J, What Sweden Got Right About COVID-19. Washington Monthly. April 19, 2022. https://washingtonmonthly.com/2022/04/19/what-sweden-got-right-about-COVID-19/

#7 Maskenpflicht ist ein wirksames Mittel, um die Ausbreitung von viralen Infektionskrankheiten zu verringern: Im Gegensatz zu den Behauptungen einiger Beamter des öffentlichen Gesundheitswesens haben sich Maskenvorschriften nicht als wirksam erwiesen, um die meisten Menschen vor dem COVID-19-Risiko zu schützen. [18] Das SARS-CoV-2-Virus verbreitet sich durch Aerosolisierung. [19] Im Gegensatz zu größeren Virentröpfchen, die kurz nach ihrer Emission durch die Schwerkraft zu Boden gezogen werden, handelt es sich bei Aerosolen um winzige Partikel, die über längere Zeit in der Luft verbleiben können. Aerosole entweichen durch die Lücken schlecht sitzender Masken, was deren Fähigkeit, die Ausbreitung der Krankheit zu verhindern, stark einschränkt. Vor allem Stoffmasken können Aerosole nicht aufhalten, und selbst gut sitzende N95-Masken können die Übertragung von Viren nicht mehr verhindern, wenn sie durch das Atmen feucht werden. Es ist daher nicht überraschend, dass die hochwertigsten verfügbaren Nachweise - randomisierte Studien - die sowohl vor als auch während der Pandemie durchgeführt wurden, haben ergeben, dass Masken die Verbreitung von Atemwegsviren in den meisten Fällen nicht verhindern können, wenn sie von ungeschulten Personen getragen werden. [20, 21, 22]

18 Damian D. Guerra, Daniel J. Guerra. Maskenmandat und Wirksamkeit der Verwendung zur Eindämmung von COVID-19-19 in US-Bundesstaaten.International Research Journal of Public Health, 2021; 5:55. DOI: 10.28933/irjph-2021-08-1005

19 Soucheray S. Experten drängen CDC und Weißes Haus, sich mit der Verbreitung von COVID-19-19-Aerosolen zu befassen. CIDRAP. 7. Februar 2021. https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2021/02/experts-push-cdc-white-house-address-COVID-19-19-aerosol-spread

20 Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten. Verwendung von Gesichtsmasken in der Gemeinschaft: erste Aktualisierung. 15

Februar 2021. ECDC: Stockholm; 2021.

21 Tom Jefferson, Carl Heneghan (2020) Masking lack of Evidence with Politics. Arbeitspapier des Zentrums für evidenzbasierte Medizin. Universität Oxford. https://www.cebm.net/COVID-19-19/masking-lack-of-evidence-with-politics/

[22] Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, van Driel ML, Jones MA, Thorning S, Beller EM, Clark J, Hoffmann TC, Glasziou PP, Conly JM. Physikalische Interventionen zur Unterbrechung oder Reduzierung der Verbreitung von Atemwegsviren. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Ausgabe 11. Art. Nr.: CD006207. DOI: 10.1002/14651858.CD006207.pub5.

#8 Massentests bei asymptomatischen Personen und die Ermittlung von Kontaktpersonen bei positiven Fällen sind wirksam, um die Ausbreitung der Krankheit einzudämmen: Massentests bei asymptomatischen Personen und die Rückverfolgung von Kontakten sowie die Quarantäne von positiv getesteten Personen haben das Fortschreiten der Epidemie nicht wesentlich verlangsamt und den Personen, die unter Quarantäne gestellt wurden, hohe Kosten verursacht, obwohl von ihnen keine Ansteckungsgefahr ausging. [23] Drei Fakten sind entscheidend für das Verständnis, warum diese Politik gescheitert ist. Erstens ist es unwahrscheinlich, dass selbst enge Kontaktpersonen von Personen, die positiv auf das SARS-Cov-2-Virus getestet wurden, die Krankheit weitergeben. In einer großen Meta-Analyse von Haushaltskontakten asymptomatischer positiver Fälle erkrankten nur 3 % der Personen, die in derselben Wohnung lebten. [24] Zweitens liefert der PCR-Test, der zur Identifizierung asymptomatischer Infektionen verwendet wurde, häufig ein positives Ergebnis für Personen, die tote Virusfragmente haben, nicht infektiös sind und kein Risiko für die Ansteckung anderer darstellen. [25] Und drittens ist das System zur Ermittlung von Kontaktpersonen überlastet, sobald die Zahl der Fälle ansteigt, was zu langen Verzögerungen bei der Kontaktaufnahme mit neuen Fällen führt. Genau in dem Moment, in dem die Ermittlung von Kontaktpersonen notwendig wäre, kann sie ihre Aufgabe nicht erfüllen. Gleichzeitig ist die Quarantäne von Menschen kostspielig - für Arbeitnehmer, die nicht ausreichend krankgeschrieben sind, bedeutet die Abwesenheit aufgrund der Ermittlung von Kontaktpersonen Lohnkürzungen, verlorene Chancen und vielleicht sogar die Unfähigkeit, Familien zu ernähren. Für Kinder bedeutet dies mehr versäumte Unterrichtsstunden und verpasste Gelegenheiten für akademisches und soziales Wachstum in der Schule, was langfristig negative Folgen für ihre Zukunftsaussichten hat. Im Vereinigten Königreich wurde in einer offiziellen Untersuchung der Regierung festgestellt, dass die 37 Milliarden Pfund, die in die Ermittlung von Kontaktpersonen investiert wurden, eine Verschwendung von Ressourcen waren. [26] Das Gleiche gilt zweifellos auch für die Vereinigten Staaten.

[23] Bhattacharya J und Packalen M. On the Futility of Contact Tracing. Inference. September 2020. https://inference-review.com/article/on-the-futility-of-contact-tracing

[24] Madewell ZJ, Yang Y, Longini IM Jr, Halloran ME, Dean NE. Haushaltsübertragung von SARS-CoV-2: Eine systematische Überprüfung und Meta-Analyse. JAMA Netw Open. 2020;3(12):e2031756. Veröffentlicht 2020 Dec 1. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.31756

[25] Jefferson T, Spencer EA, Brassey J, Heneghan C. Viralkulturen für die Bewertung der Infektiosität von Coronavirus-Erkrankungen 2019: A Systematic Review. Clin Infect Dis. 2021 Dec 6;73(11):e3884-e3899. doi: 10.1093/cid/ciaa1764. PMID: 33270107; PMCID: PMC7799320.

[26] Triggle N. COVID-19-19: NHS Test and Trace "keine klare Auswirkung" trotz 37 Mrd. £ Budget. BBC. March 10, 2021. https://www.bbc.com/news/health-56340831

#9 Die Ausrottung von COVID-19 ist ein realisierbares Ziel: Während der gesamten Pandemie, von "zwei Wochen bis zur Abflachung der Kurve" an, war die Eindämmung der Ausbreitung von COVID-19 ein ausdrückliches politisches Ziel. Implizit haben die Verantwortlichen des öffentlichen

Gesundheitswesens die Eindämmung der Ausbreitung von COVID-19 auf ein Niveau nahe Null zum Endpunkt der Pandemie erklärt. SARS-CoV-2 weist jedoch keines der Merkmale einer Krankheit auf, die ausgerottet werden kann. Erstens haben wir keine Technologie, um die Ausbreitung der Krankheit einzudämmen oder die Krankheitsdynamik sinnvoll zu verändern. Abriegelungen und soziale Einschränkungen scheitern daran, dass nur Menschen, die es sich leisten können, von zu Hause aus zu arbeiten, ohne ihren Arbeitsplatz zu verlieren, dies über einen längeren Zeitraum hinweg tun können. Es gibt zwar Impfstoffe, die dazu beitragen können, Krankenhausaufenthalte oder Todesfälle infolge von COVID-19-Infektionen zu verhindern, aber die Impfstoffe verlieren an Wirksamkeit gegen COVID-19-Infektionen und können die Übertragung nicht verhindern. Zweitens gibt es viele tierische Wirte für SARS-CoV-2 und Hinweise auf eine Übertragung zwischen Säugetieren und Menschen. Eine USDA-Studie von Ende 2021 ergab, dass bei fast 80 % der Weißwedelhirsche in den USA COVID-19-Antikörper nachgewiesen wurden. [27] Hunde, Katzen, Fledermäuse, Nerze und viele andere Säugetiere können COVID-19 bekommen. Selbst wenn die Krankheit beim Menschen ausgerottet würde, wäre die zoonotische Übertragung eine Garantie dafür, dass sie zurückkehren würde. Schließlich erfordert die Ausrottung eine globale Verpflichtung aller Länder - ein unmögliches Ziel, da die Ausrottung von COVID-19 für viele Entwicklungsländer bei weitem nicht das dringlichste Problem der öffentlichen Gesundheit ist.

27 SciTechDaily. Mehr als 80 % der Hirsche in der Studie wurden positiv auf COVID-19 getestet - sie könnten ein Reservoir für das Virus sein, das kontinuierlich zirkuliert. November 6, 2021. https://scitechdaily.com/over-80-of-deer-in-study-test-positive-for-COVID-19-they-may-be-a-reservoir-for-the-virus-to-continually-circulate/

Impact of Health Misinformation in the Digital Information Environment in the United States Throughout the COVID-19 Pandemic

by Todd Rokita, Indiana Attorney General & Office of the Surgeon General

May 2, 2022

Agency: Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General

Action: Request for Information (RFI)

Subject: Impact of Health Misinformation in the Digital Information Environment in the United States Throughout the COVID-19 Pandemic

Response: COVID-19 Misinformation from Official Sources During the Pandemic

Submitting parties: Todd Rokita, Indiana Attorney General; Dr. Jay Bhattacharya, Professor at Stanford University School of Medicine; and Dr. Kulldorff, Senior Research Fellow at the Brownstone Institute and former Professor at Harvard University School of Medicine.

The Office of the Surgeon General requested information on the prevalence of health misinformation during the COVID-19 pandemic and the impact of such misinformation on the U.S. public health system in order to be better prepared to respond to a future public health crisis.

We agree that misinformation has been a major problem during the pandemic. The spread of inaccurate scientific information has made it difficult for the public to make the right decisions to protect themselves, their families, and their communities from COVID-19 and the collateral public health damage arising from the pandemic countermeasures. As such, the disinformation has led to great harm in the lives and livelihoods of Americans. We submit the following examples of disinformation from the CDC and other health organizations that have shattered the public's trust in science and public health and will take decades to repair.

#1 Overcounting COVID-19: The official CDC numbers for COVID-19 deaths and hospitalizations are inaccurate. The official tallies include many people who have died with rather than from COVID-19. CDC has not distinguished deaths where COVID-19 was the primary cause of death, where COVID-19 was a contributing cause of death, or where the death was entirely unrelated to COVID-19, but they incidentally tested positive.

There are three reasons for this problem. (i) The counting of COVID-19 cases and deaths is unlike the way that public health counts the incidence and mortality caused by other diseases; physicians have been advised to fill out death certificates to privilege COVID-19 as a proximal cause, even when the medical facts suggest otherwise.[1] (ii) The population-wide testing to identify asymptomatic individuals infected with the SARS-CoV-2 virus is unprecedented in human history. (iii) Although it would have been easy, CDC has not conducted random national surveys of medical charts to determine what proportion of reported COVID-19 deaths were truly due to COVID-19. Ex-post audits of death certificates and medical records in

[1] Jefferson T, Dietrich M, Brassey J, Heneghan C. CG Report 8: Understanding Definitions and Reporting of Deaths Attributed to COVID-19-19 in the UK – Evidence from FOI Requests. Collateral Global. Version 1, 15 March 2022. https://collateralglobal.org/article/understanding-COVID-19-19-deaths-in-the-uk/.

Santa Clara County[2] and Alameda County[3], California, for instance, found that in ~25% of death certificates in which COVID-19 was labeled as the primary cause of death, other causes of death were more likely. The peer-reviewed literature confirms that COVID-19 is overcounted in other developed countries. Ex post audits of death certificates should be conducted to establish an accurate death count from COVID-19.

[2] Reese M. Santa Clara County revises total COVID-19 deaths by over 20% . July 8, 2021. https://sanjosespotlight.com/santa-clara-county-revises-total-COVID-19-deaths-by-over-20/

[3] Krans B. Alameda County's new COVID-19 death toll is 25% lower than thought. The Oaklandside. June 4, 2021. https://oaklandside.org/2021/06/04/alameda-countys-new-COVID-19-death-toll-is-25-lower-than-thought/

[4] Kulldorff M. A Review and Autopsy of Two COVID-19 Immunity Studies. November 2, 2021 https://brownstone.org/articles/a-review-and-autopsy-of-two-COVID-19-immunity-studies/

[5] Alwan NA et al. Scientific consensus on the COVID-19-19 pandemic: we need to act now. The Lancet. October 15, 2020. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32153-X/fulltext

[6] Kulldorff M. Hospitals Should Hire, Not Fire, Nurses with Natural Immunity. Brownstone Institute, October 1, 2021. https://brownstone.org/articles/hospitals-should-hire-not-fire-nurses-with-natural-immunity/

[7] Rochelle Walensky. MSNBC March 2021. https://twitter.com/KyleMartinsen_/status/1509206752780238851

[8] Chemaitelly H, Tang P, Hasan MR, AlMukdad S, Yassine HM, Benslimane FM, Al Khatib HA, Coyle P, Ayoub HH, Al Kanaani Z, Al Kuwari E, Jeremijenko A, Kaleeckal AH, Latif AN, Shaik RM, Abdul Rahim HF, Nasrallah GK, Al Kuwari MG, Al Romaihi HE, Butt AA, Al-Thani MH, Al Khal A, Bertollini R, Abu-Raddad LJ. Waning of BNT162b2 Vaccine Protection against SARS-CoV-2 Infection in Qatar. N Engl J Med. 2021 Oct 6:NEJMoa2114114. doi: 10.1056/NEJMoa2114114. Epub ahead of print. PMID: 34614327; PMCID: PMC8522799.

[9] Reynald Castañeda. COVID-19-19 vaccines' capacity to reduce transmission has experts torn if infection event decrease is an appropriate surrogate measure. Clinical Trials Arena. March 1, 2021.

#2 Questioning Natural Immunity: There has been consistent questioning and denying of natural immunity after COVID-19 recovery. Using seriously flawed studies, CDC falsely claimed that natural immunity is worse than vaccine acquired immunity.[4] In October 2020, the CDC director published a "memorandum" in The Lancet, questioning natural immunity.[5] Most critically, by mandating vaccination for people who have recovered from COVID-19, the government, corporations, and universities de facto deny natural immunity.

For scientists, this has been the most surprising disinformation. We have known about natural immunity since the Athenian Plague in 430 BC; other coronaviruses generate natural immunity; and throughout the pandemic, we knew that the COVID-19 recovered have good natural immunity if and when they get exposed the next time. That is, six months after the start of the pandemic, we had epidemiological evidence that natural immunity lasts at least six months; a year into the pandemic, we knew that natural immunity lasted at least one year, and so on. [6]

#3 COVID-19 Vaccines Prevent Transmission: The CDC director and other health officials falsely claimed that the COVID-19 vaccine prevents the transmission of COVID-19 to others.[7] This was also the rationale for vaccine mandates and passports -- to prevent the spread of the virus to others. At the time, we did not know, and it turned out to be wrong.[8] When the COVID-19 vaccines were approved for emergency use, the manufacturers presented randomized controlled trials (RCTs) that showed that the vaccines reduced symptomatic disease. The trials were not designed to determine whether they could also limit transmission or prevent death, even though they could have been designed to do so[9]. As it turned out,

https://www.clinicaltrialsarena.com/comment/COVID-19-19-vaccines-capacity-to-reduce-transmission-has-experts-torn/

[10] Riemersma, K. K., Grogan, B. E., Kita-Yarbro, A., Halfmann, P. J., Segaloff, H. E., Kocharian, A., Florek, K. R., Westergaard, R., Bateman, A., Jeppson, G. E., Kawaoka, Y., O'Connor, D. H., Friedrich, T. C., & Grande, K. M. (2021). Shedding of infectious SARS-CoV-2 despite vaccination. medRxiv, Preprint. doi: 10.1101/2021.07.31.21261387

[11] Public Health Sweden. COVID-19-19 in schoolchildren (folkhalsomyndigheten.se). July 2020 https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c1b78bffbfde4a7899eb0d8ffdb57b09/COVID-19-19-school-aged-children.pdf

[12] Levinson M, Cevik M, Lipsitch M. Reopening Primary Schools during the Pandemic. N Engl J Med. 2020 Sep 3;383(10):981-985. doi: 10.1056/NEJMms2024920. Epub 2020 Jul 29. PMID: 32726550.

[13] Kulldorff M. COVID-19-19 Counter Measures Should be Age Specific. LinkedIn. April 10, 2020. https://www.linkedin.com/pulse/COVID-19-19-counter-measures-should-age-specific-martin-kulldorff/

[14] Lee M. Public vastly overestimates risk of hospitalization from COVID-19-19: Study. Washington Examiner. March 21, 2021. https://www.washingtonexaminer.com/news/americans-overestimate-hospitalization-COVID-19-study

vaccinated individuals spread the disease to others[10]. While it was unfortunate that the RCTs were not designed to answer the disease transmission question, it is irresponsible for public health officials to claim that they did when the RCTs did not even attempt to answer that question.

#4 School Closures Were Effective and Costless: In the United States, most schools were closed for in-person teaching for some time, and many schools were closed for over a year. This decision was based on false claims that it would protect children, teachers, and the community at large. Already in the early summer of 2020, we knew this was false. Sweden was the only major Western country to keep schools open throughout spring 2020 without masks, social distancing, or testing. Among these 1.8 million children ages 1 to 15, there were zero COVID-19 deaths, only a few hospitalizations, and teachers did not have a higher COVID-19 risk than the average of other professions.[11]

Moreover, while older people living with a working-age adult had a higher COVID-19 risk, there was no evidence that also living with a child increased that risk further. In a July 2020 New England Journal of Medicine article evaluating school closures, they did not mention the Swedish data and evidence, which is like evaluating a new drug without including data from the placebo comparison group.[12] Despite clear evidence on the safety of keeping schools open, misinformation led to many schools being closed for over one year.

#5 Everyone is equally at risk of hospitalization and death from COVID-19 infection: Though public health messaging has blunted this fact, there is more than a thousand-fold difference in the risk of hospitalization and death for the old relative to the young.[13] Though the risk of death is high for the old and some other vulnerable populations with severe chronic illness, the risk posed to children from COVID-19 infection is on par with the risk posed by a bad influenza season. Surveys indicate, however, that both old and young overestimate the risk of death from COVID-19 infection.[14] This misperception about risk is harmful because it leads to demand for policies – such as school closures and lockdowns – that were themselves harmful.

#6 There was no reasonable policy alternative to lockdowns: Even from the beginning of the pandemic, the sharp age-gradient in the risk of severe disease on COVID-19 infection has provided an alternative to the lockdown-focused policies that many U.S. states adopted – focused protection of the aged and otherwise vulnerable. In October 2020, along with Prof. Sunetra Gupta of Oxford University, we wrote the Great Barrington Declaration – a public petition that proposed heightened measures to protect the vulnerable and a return to near-normal life for the less vulnerable (including the opening of schools).[15] Tens of thousands of doctors and scientists signed the Declaration in opposition to lockdowns. In the

Declaration itself and in supporting documents, we offered many concrete policy suggestions for better protecting the vulnerable, including reduced staff rotations in nursing homes, free home delivery of groceries and other essentials offered to older people living in the community, paid sabbatical leave or alternative work arrangements for older workers, and many other policy options. We also invited the public health community to join in thinking creatively about other ideas to protect the vulnerable. As subsequent research has confirmed, it was clear even at the time that lockdowns could not protect the vulnerable (nearly 80% of COVID-19 deaths have occurred among the elderly in the U.S.[16]). Meanwhile, countries like Sweden, which did not implement lockdowns, have had near-zero overall excess death over the last two years of the pandemic.[17] Lockdowns are an aberration– a sharp deviation from traditional public health management of respiratory epidemics – and a catastrophic failure of public health policy.

15 Bhattacharya J, Kuldorff M, & Gupta S. Great Barrington Declaration. https://gbdeclaration.org/

16 Kaiser Family Foundation. 8 in 10 People Who Have Died of COVID-19-19 Were Age 65 or Older – But the Share Varies By State. July 2020. https://www.kff.org/coronavirus-COVID-19-19/press-release/8-in-10-people-who-have-died-of-COVID-19-19-were-age-65-or-older-but-the-share-varies-by-state/

17 Brownlee S and Lenzer J, What Sweden Got Right About COVID-19. Washington Monthly. April 19, 2022. https://washingtonmonthly.com/2022/04/19/what-sweden-got-right-about-COVID-19/

18 Damian D.Guerra, Daniel J.Guerra. Mask mandate and use efficacy for COVID-19-19 containment in US States.International Research Journal of Public Health, 2021; 5:55. DOI: 10.28933/irjph-2021-08-1005

19 Soucheray S. Experts push CDC, White House to address COVID-19-19 aerosol spread. CIDRAP. February 7, 2021. https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2021/02/experts-push-cdc-white-house-address-COVID-19-19-aerosol-spread

#7 Mask mandates are effective in reducing the spread of viral infectious diseases: Contrary to assertions by some public health officials, mask mandates have not been effective in protecting most populations against COVID-19 risk.[18] The SARS-CoV-2 virus spreads by aerosolization.[19] Unlike larger viral droplets, which are pulled by gravity to the ground shortly after emission, aerosols are tiny particles that can persist in the air for extended periods. Aerosols escape through gaps of poorly fitted masks, greatly reducing their ability to stop disease spread. Cloth masks, in particular, cannot stop aerosols, and even well-fitted N95 masks have diminished capacity to stop viral transmission when they become moist from breathing. It is thus unsurprising that the highest quality evidence available – randomized trials – conducted both before and during the pandemic find that masks are ineffective at stopping the spread of respiratory viruses in most settings when worn by untrained people.[20, 21, 22]

20 European Centre for Disease Prevention and Control. Using face masks in the community: first update. 15

February 2021. ECDC: Stockholm; 2021.

[21] Tom Jefferson, Carl Heneghan (2020) Masking Lack of Evidence with Politics. Centre for Evidence Based Medicine working paper. Oxford University. https://www.cebm.net/COVID-19-19/masking-lack-of-evidence-with-politics/

[22] Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L, Ferroni E, Al-Ansary LA, Bawazeer GA, van Driel ML, Jones MA, Thorning S, Beller EM, Clark J, Hoffmann TC, Glasziou PP, Conly JM. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 11. Art. No.: CD006207. DOI: 10.1002/14651858.CD006207.pub5.

[23] Bhattacharya J and Packalen M. On the Futility of Contact Tracing. Inference. September 2020. https://inference-review.com/article/on-the-futility-of-contact-tracing

[24] Madewell ZJ, Yang Y, Longini IM Jr, Halloran ME, Dean NE. Household Transmission of SARS-CoV-2: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2020;3(12):e2031756. Published 2020 Dec 1. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.31756

[25] Jefferson T, Spencer EA, Brassey J, Heneghan C. Viral Cultures for Coronavirus Disease 2019 Infectivity Assessment: A Systematic Review. Clin Infect Dis. 2021 Dec 6;73(11):e3884-e3899. doi: 10.1093/cid/ciaa1764. PMID: 33270107; PMCID: PMC7799320.

[26] Triggle N. COVID-19-19: NHS Test and Trace 'no clear impact' despite £37bn budget. BBC. March 10, 2021. https://www.bbc.com/news/health-56340831

#8 Mass testing of asymptomatic individuals and contact tracing of positive cases is effective in reducing disease spread: Mass testing of asymptomatic individuals with contact tracing and quarantining of people who test positive has failed to substantively slow the progress of the epidemic and has imposed great costs on people who were quarantined even though they posed no risk of infecting others.[23] Three facts are crucial to understanding why this policy has failed. First, even close contacts of someone who tests positive for the SARS-Cov-2 virus are unlikely to pass the disease on. In a large meta-analysis of household contacts of asymptomatic positive cases, only 3% of people living in the same home got sick.[24] Second, the PCR test that has been used to identify asymptomatic infections often returns a positive result for people who have dead viral fragments, are not infectious, and pose no risk of infecting others.[25] And third, the contact tracing system becomes overwhelmed whenever cases start to rise, leading to long delays in contacting new cases. At precisely the moment when contact tracing might be needed, it cannot do its job. At the same time, quarantining people is costly – for workers without adequate sick leave, absenteeism due to contact tracing means pay cuts, lost opportunities, and perhaps even an inability to feed families. For children, it means more skipped lessons and missed opportunities for academic and social growth at school, with long-run negative consequences for their future prospects. In the U.K., an official government review determined that its 37 billion pound investment in contact tracing was a waste of resources.[26] The same is undoubtedly true in the United States.

#9 The eradication of COVID-19 is a feasible goal: Throughout the pandemic, from "two weeks to flatten the curve" and onwards, the suppression of the spread of COVID-19 has been an explicit policy goal. Implicitly, public health leaders have made the suppression of COVID-19 spread to near-zero levels the endpoint of the pandemic. However, SARS-CoV-2 has none of the characteristics of a disease that

can be eradicated. First, we have no technology to reduce the spread of the disease or meaningfully alter disease dynamics. Lockdowns and social restrictions fail because only people who can afford to work from home without losing their job can comply over long periods. While we have vaccines that can help prevent hospitalization or death resulting from COVID-19 infection, the vaccines wane in efficacy against COVID-19 infection and cannot stop transmission. Second, there are many animal hosts for SARS-CoV-2 and evidence of transmission between mammals and humans. One USDA study in late 2021 found that nearly 80% of white-tailed deer in the U.S. had evidence of COVID-19 antibodies.[27] Dogs, cats, bats, mink, and many other mammals can get COVID-19. So even if the disease were eradicated among humans, zoonotic transmission would guarantee that it would come back. Finally, eradication takes a global commitment from every country – an impossible goal since COVID-19 eradication is far from the most pressing public health problem for many developing countries.

[27] SciTechDaily. Over 80% of Deer in Study Test Positive for COVID-19 – They May Be a Reservoir for the Virus To Continually Circulate. November 6, 2021. https://scitechdaily.com/over-80-of-deer-in-study-test-positive-for-COVID-19-they-may-be-a-reservoir-for-the-virus-to-continually-circulate/