

# Arbeitsgemeinschaft „Impfpflicht“



Initiative Soziales  
Österreich  
1080 Wien

[office@isoe.at](mailto:office@isoe.at)

Institut für Angewandte  
Politische Ökonomie  
1080 Wien

[office@iapoe.at](mailto:office@iapoe.at)

Vereins zur Förderung der  
Völkerverständigung (VFV)  
1140 Wien

[voelkerverstandigung@gmx.at](mailto:voelkerverstandigung@gmx.at)

An das

- Österreichische Parlament  
mittels E-Mail: [begutachtungsverfahren@parlament.gv.at](mailto:begutachtungsverfahren@parlament.gv.at)
- BMSGPK-Gesundheit - VI/A/4  
mittels E-Mail: [s7@gesundheitsministerium.gv.at](mailto:s7@gesundheitsministerium.gv.at)

|          |                                                                                                                                       |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Betreff: | „Stellungnahme COVID-19-Impfpflichtgesetz“<br>Entwurf eines Bundesgesetzes über die Impfpflicht gegen COVID-19<br><b>Begutachtung</b> |
| GZ       | Geschäftszahl: 2021-0.853.462                                                                                                         |

Bezugnehmend auf das Schreiben des BMSGPK-Gesundheit - VI/A/4 vom 09.12.2021 wird in der Folge die Stellungnahme der überparteilichen zivilgesellschaftlichen Vereine der Initiative Soziales Österreich, dem Institut für Angewandte Politische Ökonomie und dem Verein zur Förderung der Völkerverständigung zum Bundesgesetz über die Impfpflicht gegen COVID-19, übermittelt.

Vorab wird festgehalten, dass in die vorliegende Stellungnahme von ISÖ, IAPÖ und VfV auch zahlreiche Anliegen und Anregungen befreundeter Initiativen und Organisationen, die mit der gegenständlichen Problematik eines unverhältnismäßigen, evidenz- und faktenbefreiten, den demokratischen Rechtsstaat und seine Grundrechte gefährdenden Gesetzesentwurf berührt und befasst sind, berücksichtigt.

Die von unseren Experten aus Öffentlicher Verwaltung, Universität, Gesundheitswesen, Privatwirtschaft unter Mitwirkung von Juristen, Publizisten, Wirtschaftswissenschaftlern, Naturwissenschaftlern, Politikwissenschaftlern erarbeitete Stellungnahme erarbeitet wurde, berücksichtigt nationale und internationale Studien, Erfahrungsberichte und persönliche Erfahrungen und beschreibt dafür gelindere, dafür aber effektivere Mittel zur Erreichbarkeit der von der Regierung angestrebten epidemiologischen Ziele inklusive Schutz des stationären Spitalswesens in Österreich.

In diesem Schreiben wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen beiderlei Geschlechter

# Begutachtung

In der folgenden Begutachtung befassen wir uns einerseits mit der epidemiologisch-, virologischen- und vaccinologische Ausgangslage (Pkt.1) sowie andererseits mit der juristisch-, verfassungsrechtlich-, grundrechtsbezogenen und gesellschaftspolitischen Beurteilung (Pkt. 2) und begründen evidenz- sowie faktenbasiert unsere Ablehnung des gegenständlichen Gesetzesentwurfes.

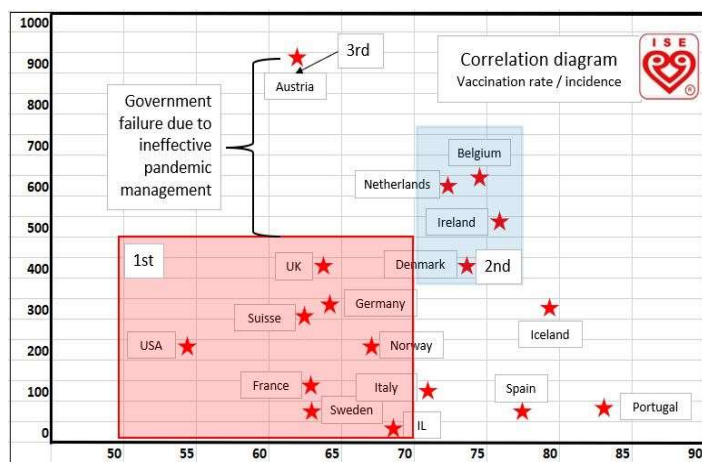
## 1. Zur epidemiologisch- virologische und vaccinologische Lage

Das gegenständliche Gesetzesvorhaben wird durch die Regierung aufgrund des von ihr verbreiteten Narratives einer „Pandemie der Ungeimpften“ aufgrund einer nach Meinung der Regierung unzureichenden Impfbereitschaft der Bevölkerung sich mit der erstmals in der Humanmedizin erstmals eingesetzten mRNA-Impftechnologie impfen zu lassen begründet, was nach Ansicht der Regierung zu einer Überlastung des Gesundheitssystems, im Speziellen der Intensivstationen geführt hat. Die dadurch notwendig gewordenen Lock-Downs hätten ebenfalls aufgrund der Impfunwilligkeit zu enormen wirtschaftlichen Schaden geführt. Daher sei man gezwungen durch eine Impfpflicht für eine höhere Durchimpfungsrate zu sorgen, um damit die Covid-Pandemie beenden zu können.

### Die bisher eingesetzten mRNA- und Vektorimpfstoffe ohne sterile Immunität

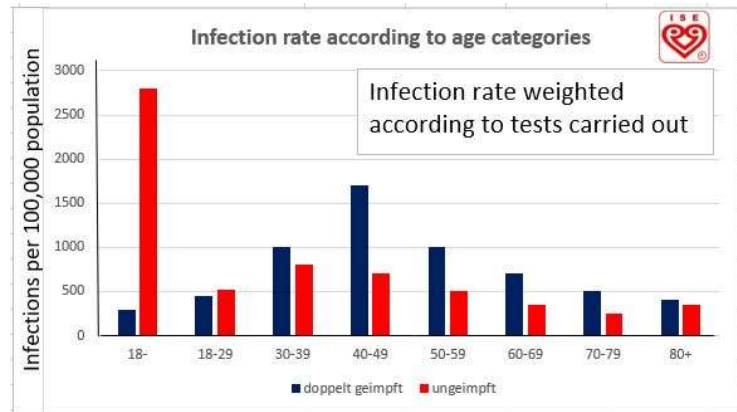
Nach einem Jahr Erfahrung mit den bisher am Markt befindlichen sogenannten Impfstoffen können zum Unterschied früherer Pocken-, Masern-, Röteln- und anderer langjährig erprobter Impfstoffe nicht nur keine sterile Immunität, sondern auch eine nur sehr kurzfristige Schutzwirkung vor schweren Erkrankungen durch Stimulierung neutralisierender IgG Antikörper, nicht aber einer viel wichtigeren T-Zellen Immunität erzielt werden.

Es zeigt sich daher auch im Vergleich zu anderen vergleichbaren Staaten, dass es keinen Zusammenhang zwischen hoher Durchimpfungsrate und niedriger Inzidenz gibt und daher Österreich mit vergleichsweise niedriger Durchimpfungsrate eine viel höhere Inzidenz aufweist.

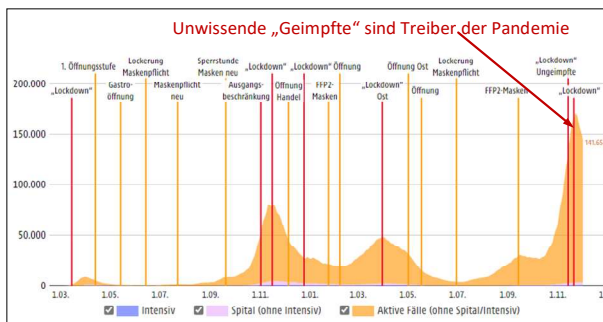


Die hohe Infektiosität hat daher seine Ursache nicht in einer zu niedrigen Durchimpfungsrate, sondern ist ausschließlich hausgemacht durch ein ineffektives und lernunwilliges Corona-Krisenmanagement, das ausschließlich parteipolitischen Zielsetzungen folgt und nicht vorrangig die Volksgesundheit mit gelindesten Mitteln sicherzustellen im Auge hat.

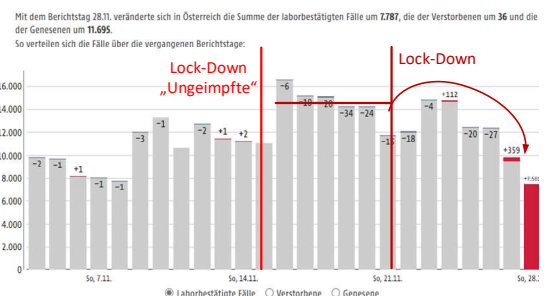
Ein weiteres Narrativ, die „Ungeimpften“ weisen eine höhere Inzidenz als „Geimpfte“ auf, ist ebenso leicht zu widerlegen, gewichtet man die jeweiligen Inzidenzen mit der jeweils zuordenbaren Anzahl an Tests.



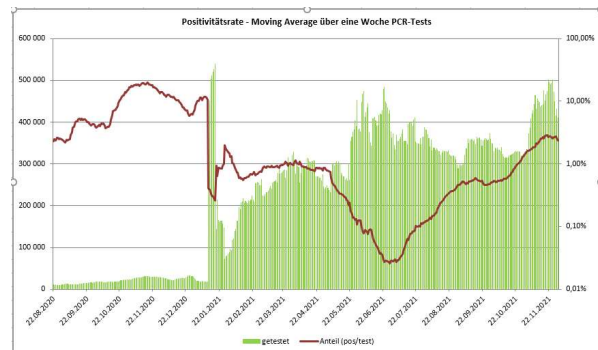
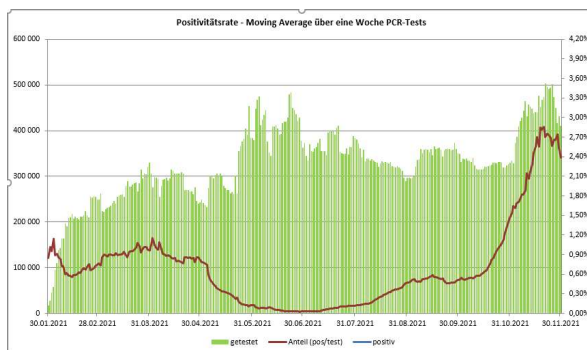
Damit ist leicht zu belegen, dass in Wahrheit die Inzidenz bei „Geimpften“ deshalb höher ist, weil diese von der Politik von der Testpflicht befreit, unwissend zu Spreadern werden. Dies zeigt sich beim aktuellen Lock-Down als nach der 2G Regel kaum ein Rückgang der Inzidenz und erst nach dem Total-Lock-Down als auch „Geimpfte“ betroffen waren die Inzidenz merklich zurückging. Was zu beweisen war.



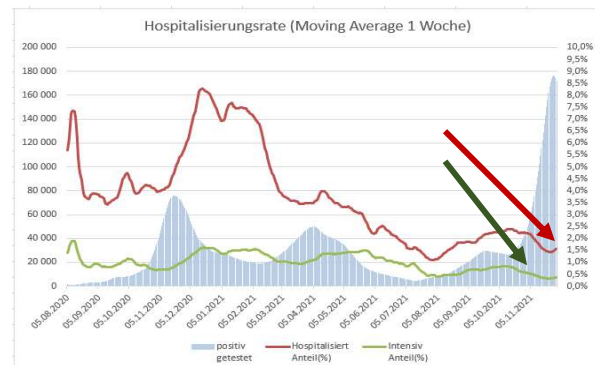
Verteilung neuer Fälle über die letzten Tage



In den folgenden Diagrammen der Positivitätsraten erkennt man ebenfalls erst einen Rückgang, als auch „Geimpfte“ in den Lock-Down geschickt wurden.



Ein weiteres Narrativ zur Begründung einer Impfpflicht liegt in den übervollen Intensivstation und einem drohenden Kollaps des Gesundheitswesens. Da die jeweiligen Hospitalisierungsraten aber rückläufig sind, stellt sich die Frage nach den Gründen.



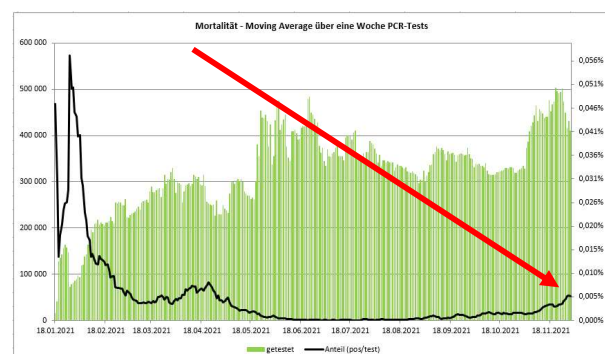
Dazu bekommt man nur Klarheit, wenn man die Zahlen aus Deutschland heranzieht:

Derselbe Effekt zeigt sich im Wesentlichen (in Österreich gibt es nur teilweise brauchbare Daten) wie in Deutschland. Während der Pandemie sind die Belegungen in den Intensivstationen laufend zurückgegangen. Der Engpass entstand nicht durch Zuwächse bei den Belegungen oder fehlendem Equipment, sondern im Rückgang der verfügbaren Betten wegen fehlender Personalressourcen

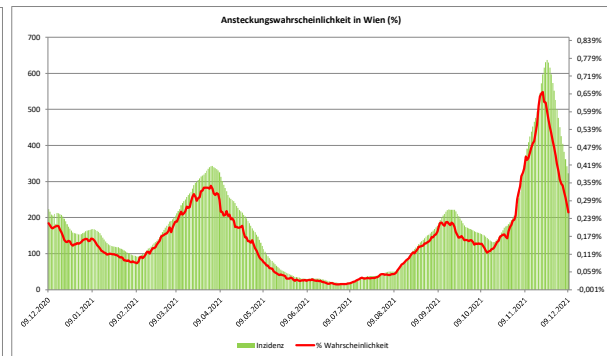
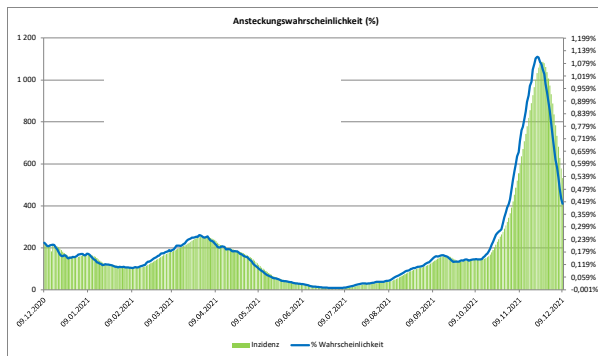


Also waren es nicht die steigende Zahl der zu versorgenden Patienten, sondern Missmanagement der Regierung bei den Personal-Ressourcen. Fehlende vorausschauende Personalplanung, geringen Wertschätzung und Bezahlung sowie keine Bereitschaft mit Prämien eine zeitweise Rückkehr von qualifiziertem Personal aus der Pension zu ermöglichen.

Aber auch die Mortalitätsrate zeigt ein weiteres Versagen des Corona-Managements. Viel zu spät war man bereit die nachlassende Wirkung der mRNA Impfungen trotz Hinweisen aus IL zur Kenntnis zu nehmen und rechtzeitig mit dem 3. Stich für 70+ Personen zu beginnen.



Ein weiteres Phänomen sind die unterschiedlichen Inzidenzentwicklungen in Wien zu jenen in den Bundesländern:



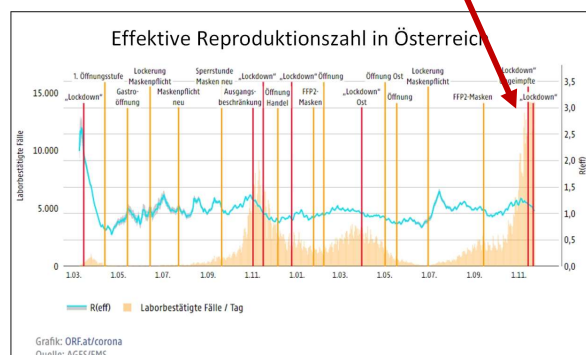
Das hervorragend organisierte und auch dadurch angenommene PCR-Gurgel-Test Angebot in Wien führte auch zur Bereitschaft von „Geimpften“ überdurchschnittlich Gebrauch zu machen und dadurch die Inzidenz auf halben Niveau zu halten.

Im Hinblick auf die Intensivstationen hat sich jedoch bei den Kinder-Intensivstationen während der Pandemie eine Belegs-Zuwachs ergeben, der nur zu 1% auf COVID-19 und zu 99% auf andere respiratorische Infektionskrankheiten zurückzuführen war, was aufgrund des erschwerten Zuganges zur ärztlichen Versorgung zum Corona-Kollateralschaden zu zählen ist.



Ein weiteres unwahres Narrativ besteht in der Aussage, der Rückgang der Inzidenz stehe mit dem Lock-Down in einem Zusammenhang:

Die durch die AGES veröffentlichte effektive Reproduktionszahl zeigt bereits einige Tage vor dem Inkrafttreten des Lock-Downs einen Rückgang, der sich auch danach (aber nicht beschleunigt) fortsetzt.



Tage nach dem Lock-Down zeigte sich diese bereits davor prognostizierte rückgängige Inzidenz auch den Zahlen.

Bleibt abschließend nur noch auf ein weiteres Narrativ einzugehen, das bereits vorsorglich durch die Regierung in Stellung gebracht wird:

In diesem Schreiben wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen beiderlei Geschlechter

Die Variante Omikron B.1.1.529 aus Südafrika wird schon jetzt als wesentlich infektiöser und daher bedrohlicher angekündigt. Dabei war es der Wunsch nach einer hohen Durchimpfungsrate mit einem Impfstoff, der keine sterile Immunität und nur kurze Wirkdauer hat, durch den entstandenen Selektionsdruck zu verstärkter Mutationsgeschwindigkeit und damit Entstehung von Escape-Varianten (erfordert laufend update der mRNA Impfstoffe und 174 bis 1/2- jährige Auffrischungsimpfungen) geführt hat.

Dieser Zusammenhang zwischen hoher Durchimpfungsrate bei mutationsfreudigen Corona Viren und der Steigerung der Mutationsgeschwindigkeit wurde inzwischen auch durch Studien nachgewiesen:

<https://img1.wsimg.com/blobby/go/b12139ed-327d-4f59-9f0f-a50bc4179992/downloads/SARS-CoV-2%20evolution%20revealing%20vaccine-resista.pdf?ver=1639047111528>

### mRNA Impfstoffe bei "Omikron" noch weniger wirksam als bei Delta

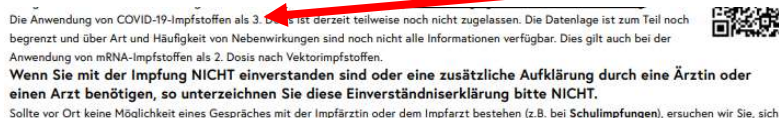
Nur auf mRNA-Impfstoffe zu setzen war daher entscheidender Fehler, denn zum Unterschied zu traditionellen "Totimpfstoffen" setzt der mRNA Impfstoff bei den Spike-Proteinen an, die nun durch 30 Mutationen (Ergebnis des Selektionsdruckes durch Impfstoffe ohne sterile Immunität) zu einer Escape-Variante geworden sind. **Dabei wird die gute Nachricht verschwiegen, dass nämlich infektiösere Varianten meist ungefährlicher sind** (erste Infos aus RSA belegen das bereits).

Was wir hier zusammengefasst haben, zeigt also deutlich, dass die Ursachen für die Überbelastung des Gesundheitswesens weder in der niedrigeren Durchimpfungsrate, bei den „Ungeimpften“ oder bei SARS-Cov-2 liegen, sondern in einem ausschließlichen Versagen der Bundesregierung, die jetzt statt einem Eingeständnis nun zu verfassungs- und grundrechtswidrigen Maßnahmen greift, um das Versagen zu kaschieren. Von Alternativlosigkeit zu sprechen, ist da nur ein weiteres Eingeständnis der eigenen Konzept- und Ideenlosigkeit.

Besonders fragwürdig ist der Hinweis auf dem folgenden „Aufklärungs- und Dokumentationsbogen Corona-Schutzimpfung“:



In diesem wird wörtlich darauf hingewiesen, dass die 3. Dosis teilweise noch nicht zugelassen ist und dass dies für die mRNA-Impfstoffe gilt:



Wie berechtigt diese Hinweise bezogen auf die mRNA Impfstoffe ist, zeigen die Pathologen im Vortrag: <https://www.youtube.com/watch?v=OTxtUtmrF6k&t=2862>  
<https://www.youtube.com/watch?v=4qPnkH5y47w>

Des Weiteren verweisen wir auf das Interview von Prof. Dr. Wenisch, der den Unterschied von den sogenannten mRNA-„Impfstoffen“ zu herkömmlichen „Lebend-„ oder „Totimpfstoffen“. Darin bestätigt er die fehlende sterile Immunität ebenso wie die sehr zeitlich limitierte Wirksamkeit und laufend notwendiger Auffrischungen mit einer Substanz, die nur auf das Spike-Protein wirkt und daher auch laufend auf Mutationen angepasst werden muss



Prof. Dr. Wenisch  
(KFJ)

[https://www.youtube.com/watch?v=iLdwfYVmn\\_M](https://www.youtube.com/watch?v=iLdwfYVmn_M)

Daher ist sowohl aus der Beurteilung der Pathologen und Untersucher des mRNA Impfstoffes als auch aus den Erläuterung von Prof. Wenisch eine Impfpflicht ausgeschlossen und wäre auch verantwortungslos.

Um die Wirkweise der verschiedenen Impftechnologien mRNA vs. Vektor vs. Totimpfstoff „Spike-Protein“ vs. Totimpfstoff „Ganzvirus“ zu verstehen, helfen die folgenden Erläuterungen:

<https://www.youtube.com/watch?v=THzvyboVkbcc> (Impfpflicht - Sinn und Nutzen?)

Die unterschiedlichen Wirkweisen machen auch die unterschiedlichen Strategien der Impfstoffentwickler in Bezug auf SARS-CoV-2 deutlich. Dadurch erkennt man, dass mRNA und Vektorimpfstoffe nur eine sehr enge Immunantwort (IgG gegen Spike-Protein) erreichen:

Untersuchungsmaterial: Serum

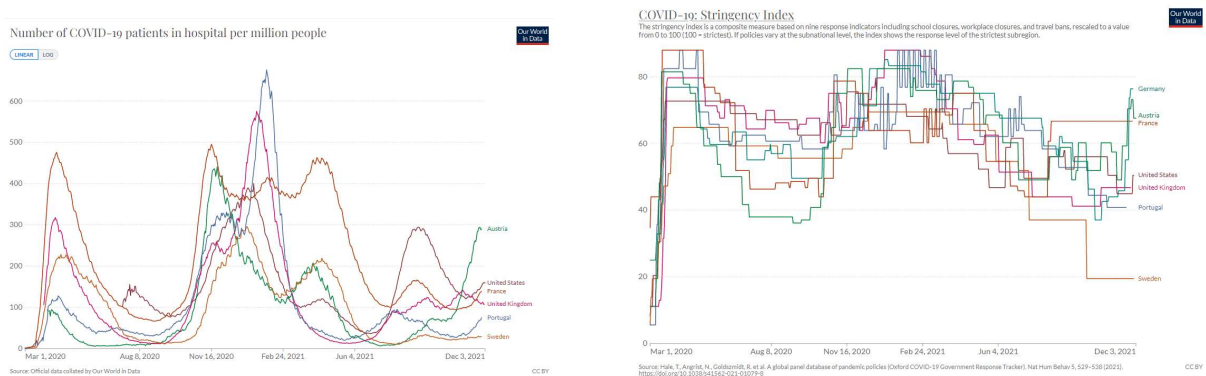
Auftrag: SARS-CoV-2, Varianten

| WT, % | $\alpha$ -Variante, % | $\beta$ -Variante, % | $\gamma$ -Variante, % | $\delta$ -Variante, % |
|-------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 66,5  | 21,75                 | 42,92                | 24,63                 | 0                     |

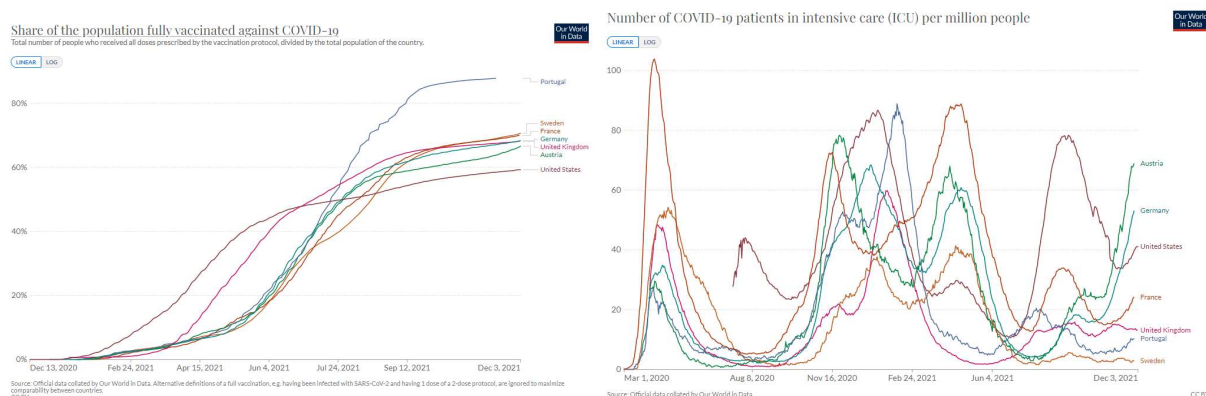
und daher bei stark mutierenden Viren, wie den Corona-Viren an Wirkweise verlieren im Gegensatz zu Totimpfstoffen oder „Genesenen“ (die eine breite Immunantwort mit wesentlicherer T-Zellen-Immunität erreichen).

| SARS-CoV-2 T-Zellantwort                                                          |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                    |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| SARS-CoV-2 spezifische Antigene                                                   |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                   |                                                                                    |                                                                                     |
| Negative Kontrolle                                                                | Spike-Protein (S)                                                                 | Nucleocapsid-Protein (N)                                                          | Membran-Protein (M)                                                               | Homologie zu endemischen Corona-Viren                                              | Positive Kontrolle (Phytohemagglutinin)                                             |
|  |  |  |  |  |  |

Aber auch ein Vergleich mit dem Ausland zeigt keine Koinzidenz zwischen Lock-Downs mit den Hospitalisierungen:



Auch zwischen Durchimpfungsrate und ICU-Belegungen gibt es keinen Zusammenhang:

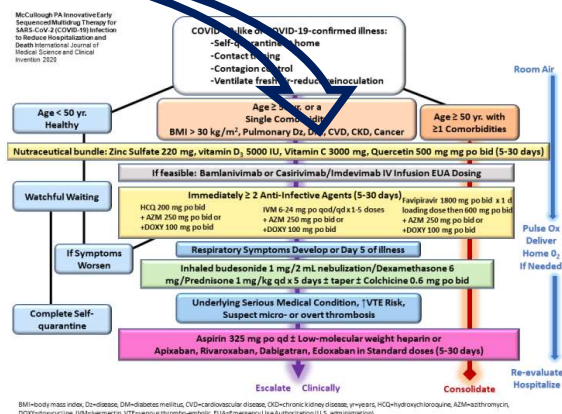
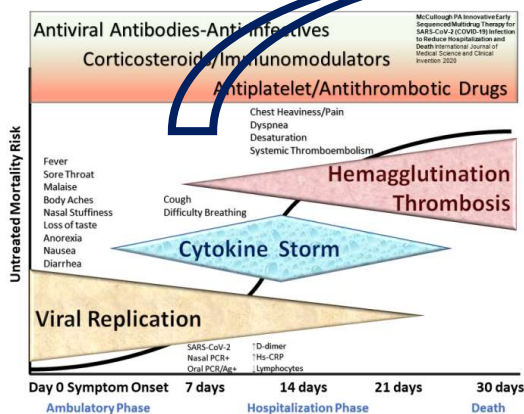


Die gezeigten internationalen Vergleiche zeigen, dass je höher die Durchimpfungsrate und je höher die Infektionsrate und folgend Hospitalisierungen und Mortalität.

Die Assoziation of American Physicians and Surgeons (AAPS) vergleicht die **Krankheitsverläufe ohne und mit frühzeitiger Behandlung (Early Treatment)** und gibt an alle niedergelassenen Ärzte ein Behandlungsschema heraus:

Ohne frühzeitige Behandlung

Mit frühzeitiger Behandlung



Frühzeitig mit dem o.a. Behandlungsschema behandelte Patienten haben eine 90% niedrigere Wahrscheinlichkeit im Spital zu landen oder zu versterben und wären das Mittel der Wahl statt einer „Impfpflicht“ mit mRNA- oder Vektorimpfstoffen ohne sterile Immunität.

**Darüber hinaus lägen die verhältnismäßigen und einfach umsetzbaren Alternativen auf der Hand:**

1. Die mRNA Impfstoffe sind nicht DER Game-Changer, er verhindert zwar insbesondere bei den vulnerablen Personen, bei 70+ und vorerkrankten, meist immunsupprimierte Patienten, schwere COVID-19 Krankheitsverläufe und Todesfälle, aber er schafft keine sterile Immunität und hat nur geringe Wirkungsdauer. Bis alternative Tot-Impfstoffe zur Verfügung stehen, sollten tatsächlich 65+ Personen so rasch wie möglich den 3. mRNA-Impfstich erhalten, um schwere Verläufe und wachsende Mortalität zu bekämpfen.
2. Der massive Einsatz von Impfungen sowie dem Wunsch nach einer hohen Durchimpfungsrate (zunächst 60% in der Zwischenzeit angestrebte 80%) bei gleichzeitig fehlender steriler Immunität der Impfung erhöht während einer Pandemie, mit einer hohen Überlebensrate von 99,4% den „Selektionsdruck“ gegen das Virus. Dadurch wird erst recht die Mutationshäufigkeit gesteigert und das Infektionsgeschehen erhöht. Insbesondere sind Corona-Viren zum Beispiel im Vergleich zu Pocken-Viren an sich schon mutationsfreudig und fluchtbereit durch Wirtswechsel (daher praktisch nicht zum Ausrotten). Die gute Nachricht dabei ist aber der Umstand, dass bei niedriger Mortalität auch die Hospitalisierungsraten bei steigenden Infektionen zurückgehen. Daher weitere Infektionen erst bei Verfügbarkeit eines zugelassenen Totimpfstoffes.
3. Daher weitere Infektionen erst bei Verfügbarkeit eines zugelassenen Totimpfstoffes, sondern:

In diesem Schreiben wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen beiderlei Geschlechter

- "Early Treatment" statt "More of the same strategy", wie von FLCCC vorgeschlagen: Der Schlüssel zum wirkungsvollen Umgang mit COVID-19 besteht in einem frühzeitigen Therapieansatz, wie wir ihn grundsätzlich bei allen anderen (Infektions-)Krankheiten kennen.

Sobald erste Symptomatik nach einem positiven PCR-Test auftritt, sollte mit den bereits vorhandenen und inzwischen erprobten Medikamenten eingegriffen werden. Dazu gibt es in Deutschland bereits ein Behandlungsschema, das neben Ivermectin auch andere Medikamente wie Kortison, antivirale Medikation, etc. vorsieht. Seit Kurzem gibt es ein neues im UK zugelassenes Medikament, Molnupiravir (MSD), das das bereits vorhandene Waffenarsenal zur frühzeitigen Behandlung ergänzt und so beiträgt, den überwiegenden Anteil an symptomatischen COVID-19 Patienten ambulant, also zu Hause zu behandeln und von den Spitälern fernzuhalten.

Ein derartiges Behandlungsschema auch in Österreich an die Hausärzte ausgegeben, würde COVID-19 in den überwiegenden Fällen zu einer überwiegend gut zu behandelnden Infektionskrankheit machen.

- Keine mRNA- und Vektor-Behandlung für Kinder, Jugendliche und Schwangere. Abgesehen von der ethischen Frage, sollten Kinder, Jugendliche und Schwangere von einer mRNA-Behandlung sofort ausgenommen werden. Das Ziel, damit eine völlig sinnlose "Impfquote" zu erreichen ist angesichts einer fehlenden sterilen Immunität, unbekannten Langzeitfolgen und sonstigen Risiken völlig verantwortungslos. Auch alle sonstigen Maßnahmen sollten für Kinder, Jugendliche und Schwangere nicht gelten, Schulen und Universitäten müssen ohne Einschränkungen offen sein.
- Statt 1G, 2G, 3G oder 2G+ bei hohen Spitalbelagszahlen 1G (alle 2 Tage PCR-Testung für Alle). Da bezogen auf das Infektionsgeschehen, die sicherste Gruppe die „Genesenen“ mit nachgewiesenen IgG Titer darstellen, an zweiter Stelle die regelmäßig „Getesteten“, sind es die „Geimpften“ und damit Ungetesteten, die das Infektionsgeschehen unwissend befeuern.

Im Sinne des demokratischen Grundkonsens einer solidarischen Gesellschaft sollten im Falle zu hoher Belagszahlen in den Spitälern daher auch alle verpflichtend PCR-getestet werden.

4. Neue Handhabung von "Genesen". Die einzige Personengruppe, die sowohl klinisch als auch steril immun ist, sind die Genesenen, sofern sie ausreichenden Antikörper-Titer an neutralisierenden Antikörpern (IgG) gebildet haben.

Solange dieser Antikörper Titer gegeben ist und/oder auch die T-Zellen Immunität nachgewiesen wurde (bei negativem IgG-Antikörperstatus) sollten solche „Genesenen Personen“ von allen sonstigen Einschränkungen, also auch der PCR-Testpflicht ausgenommen werden (mit Ausnahme von Zeiten eines Überbelages an Spitalsbetten), denn das T-Zell-Gedächtnis kann über mehrere Jahre persistieren und gegen schwere Reinfektionen schützen (Channappanavar et al., 2014). So gelingt es auch die „Durchseuchung“ in der Bevölkerung zu erfassen und rascher zu einer Herdenimmunität zu gelangen.

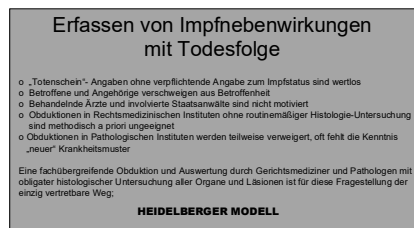
5. Forcierung der Zulassung von Corona-Medikamenten und von Tot-Impfstoffen  
Im Hinblick auf Pkt. 3) Abs.1 sollten auch in Österreich Medikamenten-Entwicklungen (siehe Prof. Wenisch im KFJ) forciert, gefördert und ausgerollt werden sowie die Zulassung von Totimpfstoffen wie VLA2001 von Valneva, die eine zumindest bessere Wirksamkeit (auch gegen Varianten) gegenüber mRNA- und Vektorimpfstoffen, eine bessere sterile Immunität und Verträglichkeit auch für Kinder, Jugendliche und Schwangere versprechen.
6. Zahlen, Fakten und Daten. Der manipulative Einsatz von Daten zur Verbreitung von Angst und eines Zwangsregimes muss sofort beendet werden! Da müssen klare und international vergleichbare Parameter bundesweit festgelegt werden. Kein Zählen der gemeldeten Corona-Betten auf Normal- und Intensivstationen (diese Zahlen haben sowieso nie gestimmt) sondern Festlegung auf Patienten-Behandlung (Intensivpatient ist nur jener, der ECMO benötigt und invasiv beatmet werden muss. Alle anderen Patienten sind COVID-Erkrankte auf Normalstationen. Bei beiden Gruppen wird nur unterschieden in "Geimpft", "Genesen" und "Ungeimpft"). Nur wenn auch mRNA-Behandelte verpflichtend PCR-Tests machen, dann hat die Erfassung von Infektionen nach "Behandelt" und "Nicht Behandelt" einen Sinn.  
Die derzeitigen Kennwerte sind nur manipulativ, da ja "Behandelte" sich derzeit nicht testen lassen (mit Ausnahme von verantwortungsbewussten und zugleich kundigen Personen).
7. Aufstockung des Pflegepersonals in allen Qualifikationen, Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Gehälter. In der Zwischenzeit erkennen wir, dass physisch zwar genug Intensiv- und Normalstationsbetten vorhanden sind, dass aber die immer geringer werdende Zahl von qualifiziertem Personal die Verfügbarkeit von Intensivbetten, völlig unabhängig von Corona, reduziert. Der Grund liegt überwiegend in den schlechten Arbeitsbedingungen und der zu niedrigen Entlohnung. Hätte man einen Teil der Gelder der Corona-Bekämpfung in die Aufstockung der Gehälter, eine attraktive Rückholung von bereits

pensionierten Pflegekräften sowie die Höherqualifizierung von Pflegern zu Intensivpflegern investiert, man hätte kein Problem auf den Intensivstationen.

Wir lehnen daher aus medizinischen, epidemiologischen, vaccinologischen Gründen eine Impfpflicht mit mRNA- und Vektorimpfstoffen entschieden ab, sehen wesentlich gelindere und gleichzeitig effektivere Alternativen des Corona-Managements und fordern die Freiwilligkeit sowie Brücke zwischen der gespalteten Bevölkerung die Zulassung des VLA2001 Totimpfstoffes, einer jahrzehntelangen Technologie mit Aussicht auf sterile Immunität und langer Wirkdauer sowie ein Early Treatment Konzept als Mittel der Wahl.

**Dem Gesetzgeber geht es offensichtlich nicht um einen effektiven Gesundheitsschutz, sondern um Verimpfung der lagernden mRNA- und Vektorimpfstoffe, denn sonst würde auch ein Nachweis ausreichender neutralisierender Antikörper (IgG) und/oder aufrechter T-Zellen-Immunität für den „Grünen Impfpass“ genügen.**

**Auch die Unterlassung von Autopsien von mRNA-Geimpften-Verstorbenen ist fahrlässig, daher:**



### **Fazit:**

Nicht nur jene, die sich nicht mit mRNA-Impfstoffen impfen lassen, sondern insbesondere auch jene die sich impfen lassen **müssen auch die Konsequenzen tragen.**

**Statt einer Impfpflicht** wäre es die Aufgabe nicht nur von Virologen, Epidemiologen und Vakzinologen, **sondern insbesondere von Pathologen über Risiken und Nebenwirkungen objektiv aufzuklären.**

**Angesichts der beschriebenen Fakten, den Bezügen zu den erwähnt Studien und insbesondere den dargestellten Autopsie Ergebnissen und mRNA-Impfstoff-Untersuchungen müsste durch die Regierung sofort ein Moratorium für die Verimpfung der mRNA-Impfstoffe für Personen 70- beschlossen werden. Eine unabhängige Untersuchung müsste eingeleitet werden.**

**Die Alternative: Totimpfstoffe!**

## **2. Die juristisch-, verfassungsrechtlich-, grundrechtsbezogene und gesellschaftspolitische Beurteilung**

### **2.1 Juristisch, verfassungs- und grundrechtsbezogene Beurteilung**

Eingriffe in Art 8 EMRK sind gerechtfertigt, wenn sie gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft zur Erreichung eines der in Art 8 Abs 2 EMRK genannten Ziele notwendig sind. Die Notwendigkeit ist anzunehmen, wenn einem dringenden sozialen Bedürfnis entsprochen wird. Hierbei ist jedenfalls auf die Schwere der Krankheit, Infektiosität und die Gefahr für die Öffentlichkeit abzustellen.

Zum Unterschied zu früheren Infektionskrankheiten, wie Pocken, Masern, etc. handelt es sich wie unter Pkt. 1 nachgewiesen um eine bezogen auf Letalität und Hospitalisierungsrate mit der Influenza vergleichbare Krankheit, die ihrerseits zu keinem Zeitpunkt, selbst bei Grippewellen nie zu einer Impfpflicht geführt hat, obwohl während solcher Wellen trotz seinerzeit größerer Verfügbarkeit von stationären Betten (auch ICU-Betten) nie eine „Gefahr für die Öffentlichkeit“ angenommen wurde

Da eine hohe Durchimpfungsrate gegen COVID-19 sowohl dem Schutz der Einzelnen/des Einzelnen, besonders den vulnerablen Personengruppen, als auch der Gesamtbevölkerung dient, und eine hohe Durchimpfungsrate die Gefahr der Ansteckung und somit die Verbreitung der Erkrankung minimiert, liegt das berechtigte öffentliche Interesse des öffentlichen Gesundheitsschutzes vor.

Wie in Pkt. 1 beschrieben, stehen derzeit mit den zugelassenen mRNA- und Vektorimpfstoffen kein Impfstoff zur Verfügung, der selbst bei einer hohen Durchimpfungsrate zu einer Herdenimmunität führen kann, da diese Impfstoffe weder eine sterile Immunität (Vermeidung einer Reinfektion und Infektionsweitergabe) noch eine versprochene Wirkung gegen die aktuellen Virus-Varianten aufweisen. Inzwischen spricht man von Booster Impfungen alle 4 Monate. Während eine Verabreichung solcher Booster Impfungen für 65+ Personen solange sinnvoll erscheint, bis mit Totimpfstoffen eine sterile und klinische Immunität für eine längere Wirkdauer zur Verfügung stehen wird, empfehlen wir für die jüngeren Personengruppen und Schwangere ein sofortiges Moratorium für mRNA- und Vektorimpfstoffen, bis Ergebnisse zu den nicht von den Erzeugern angegebenen, aber vorhandenen Inhaltsstoffen verlässliche und unabhängige Ergebnisse geklärt und Ergebnisse von durchgeführten Obduktionen mit Hinweisen auf schleichende Spätfolgen ausgeräumt worden sind (siehe Pkt.1).

Dieses Bundesgesetz ist als Teil eines Maßnahmenbündels zu betrachten. So wird parallel mittels Informationskampagnen zusätzliches Bewusstsein für persönliche Schutzmaßnahmen, wie das Einhalten von Abständen oder Hygienemaßnahmen, geschaffen. Weiterhin besteht auch die Möglichkeit, im Rahmen anderer Bundesgesetze zusätzliche Maßnahmen zu setzen.

Eine geplante Informationskampagne zur Sensibilisierung von allgemeinen Hygienemaßnahmen in einfacher, sachlich richtiger und verständlicher Form wie „Abstand halten“, „Richtige Handhygiene“, „Stoßlüften“ und „Richtiges Tragen von MNS in Innenräumen“ sind sicher sinnvoll, eine Bewerbung der mRNA- und

Vektorimpfungen zur Erreichung einer hohen Durchimpfungsrate muss unterbleiben, da dazu wieder regierungsseitig Unwahrheiten verbreitet würden:

So führt, wie in Pkt. 1 belegt, eine hohe Durchimpfungsrate bei stark mutierenden Corona Viren durch einen wachsenden sogenannten „Selektionsdruck“ zu einer Steigerung der Mutationsgeschwindigkeit (wie wir diese in Europa und den USA zum Unterschied zu Afrika mit einer extrem niedrigen Durchimpfungsrate sehen).

Des Weiteren ist auch durch das Fehlen einer sterilen und ausreichenden klinischen Immunität keine Chance Pandemie zu beenden.

Schließlich hat es die Regierung unterlassen durch eine alternative Strategie mit gelinderen und effektiveren Mitteln das Pandemie-Management auf eine breitere Basis zu stellen. Dazu würden zählen:

- ✓ **Raschere Zulassung von Totimpfstoffen** mit der höheren Wahrscheinlichkeit zum Erreichen einer sterilen Immunität, einer besseren Wirkung gegen Varianten (Abbildung des gesamten Virus-Genoms) und einer wesentlich längeren Wirkdauer und unter Verwendung jahrzehntelang erprobter Zusatzstoffe, sicherzustellen. Derartige Impfungen stimulieren, wie auch eine durchgemachte Infektion, nicht nur die neutralisierenden Antikörper, sondern die bei respiratorisch wirkenden Viren wichtigere T-Zellen-Immunität.
- ✓ **Umsetzung des „Early-Treatment-Konzeptes“** zur frühzeitigen standardisierten und ambulanten Behandlung von symptomatisch positiv PCR-Getesteten, das viel besser geeignet wäre, die Hospitalisierungen zu reduzieren und leicht durch niedergelassene Ärzte durchgeführt werden könnte.
- ✓ **Kein Stopp des Bettenabbaues auf Normal- und Intensiv-Stationen** und keine Spitals- und Pflegereform zur besseren personellen Ausstattung, Schaffung besserer Arbeits- und Dienstbedingungen für Ärzte und Pfleger sowie kein Versuch durch Prämien Pflegepersonal befristet aus der Pension in den Dienst zu bekommen.
- ✓ **Ausrollung eines flächendeckenden PCR-Gurgel-Testangebotes** wie in Wien und in Phasen verstärkter Infektionswellen verpflichtende Testpflicht für Alle (Geimpfte, Getestete und Genesene) 3x in der Woche zur frühzeitigen Feststellung und Behandlung von positiv.
- ✓ **Umfangreiche Erfassung der Immunität in der Bevölkerung**, sowie Zulassung von Antikörpertests als Nachweis für einen aufrechten „Grünen-Pass“.

So hat die Regierung ausschließlich auf mRNA- und Vektor Impfungen (ohne sterile und ausreichende klinische Immunität) sowie Lock-Downs (ohne Wirkung) gesetzt ohne Alternativen diverse kritische Studien sowie Experten und diverse Warnungen einzubeziehen und sich so und damit die Österreicher in eine schwierige ökonomische, gesellschaftliche, soziale, medizinische und arbeitsmarktpolitische Krise manövriert.

## **Impfpflicht**

§ 1. (1) Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit sind Personen, die im Bundesgebiet einen Wohnsitz haben oder über eine Hauptwohnsitzbestätigung gemäß § 19a des Meldegesetzes 1991 (MeldeG), BGBl. Nr. 9/1992, verfügen, und das 18. Lebensjahr vollendet haben, verpflichtet, sich einer Schutzimpfung gegen COVID-19 zu unterziehen.

(2) Darüber hinaus gilt dieses Bundesgesetz auch für Personen zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr, die im Bundesgebiet einen Wohnsitz haben oder über eine Hauptwohnsitzbestätigung gemäß § 19a MeldeG verfügen, sofern die erforderliche Entscheidungsfähigkeit gemäß § 173 Abs. 1 ABGB, JGS Nr. 946/1811, vorliegt.

(3) Die Schutzimpfung darf nicht durch Ausübung unmittelbarer Befehls- und Zwangsgewalt durchgesetzt werden.

Damit trifft die „Impfpflicht“ auch ausländische Pflegekräfte, auf welchen überwiegend die 24h Pflege ruht und das, obwohl Personen 70+ zu 80% durchgeimpft sind. Hier bestünde mit einer PCR-Testpflicht für Pflegerinnen und Gepflegten ein gelinderes und effektiveres Mittel, statt einer „Impfpflicht“.

## **Umfang der Impfpflicht**

§ 4. (1) Die Pflicht, sich einer Schutzimpfung gegen COVID-19 zu unterziehen, umfasst eine

1. Erstimpfung,
2. Zweitimpfung oder weitere Impfung, die frühestens 14 und spätestens 42 Tage nach der Erstimpfung durchzuführen ist, und
3. Drittimpfung oder weitere Impfung, die frühestens 120 und spätestens 270 Tage nach der Vorimpfung durchzuführen ist.

(2) Personen, für die nach der Erstimpfung und vor Ablauf der Frist zur Durchführung der Zweitimpfung oder weiteren Impfung eine Infektion mit SARS-CoV-2 bestätigt wird, haben sich der Zweitimpfung oder weiteren Impfung spätestens 180 Tage ab dem Tag der Probenahme zu unterziehen. Personen, für die nach einer Zweitimpfung oder weiteren Impfung und vor Ablauf der Frist zur Durchführung der Drittimpfung oder weiteren Impfung eine Infektion mit SARS-CoV-2 bestätigt wird, haben sich der Drittimpfung oder weiteren Impfung spätestens 180 Tage ab dem Tag der Probenahme zu unterziehen, sofern das Intervall von 270 Tagen zwischen Zweitimpfung und weiterer Impfung sowie Drittimpfung und weiterer Impfung dadurch überschritten wird.

(3) Liegt die Erstimpfung im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes länger als 360 Tage zurück, hat eine erneute Impfserie beginnend mit einer Erstimpfung zu erfolgen.

(4) Hat eine Person im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes zwei Impfungen innerhalb von 360 Tagen erhalten und ist die Drittimpfung noch nicht erfolgt, hat diese gemäß Abs. 1 Z 3 zu erfolgen.

(5) Hat eine Person im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes bereits zwei Impfungen erhalten und wurden dabei die Intervalle zwischen erster und zweiter Impfung um mehr als 360 Tage überschritten, so gilt im Fall von zwei Impfungen der Zeitpunkt der Zweitimpfung als Zeitpunkt der Erstimpfung.

(6) Für Personen, die sich noch keiner Schutzimpfung gegen COVID-19 unterzogen haben und eine bestätigte Infektion mit SARS-CoV-2, die auch durch Vorlage eines Nachweises über neutralisierende Antikörper bestätigt werden kann, überstanden haben, umfasst die Pflicht, sich einer Schutzimpfung zu unterziehen, die

1. Erstimpfung, die frühestens 21 und spätestens 270 Tage nach Ablauf der Infektion und
2. Zweitimpfung, die frühestens 120 und spätestens 270 Tage nach der Erstimpfung durchzuführen ist.

Personen, für die nach der Erstimpfung und vor Ablauf der Frist zur Durchführung einer weiteren Impfung neuerlich eine Infektion mit SARS-CoV-2 bestätigt wird, haben sich spätestens 180 Tage ab dem Tag der Probenahme einer weiteren Impfung zu unterziehen, sofern das Intervall von 270 Tagen dadurch überschritten wird.

(7) Im Fall einer Änderung der Rechtslage hinsichtlich der zentral zugelassenen Impfstoffe oder einer Änderung des Standes der Wissenschaft hinsichtlich der

1. Impfindtervalle,
2. der für eine Schutzimpfung anerkannten Impfstoffe, oder
3. der für eine ausreichende Schutzwirkung erforderlichen Anzahl an Impfungen,

hat der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister mit Verordnung von den Vorgaben der Abs. 1 bis 6 abweichende Regelungen zu erlassen, sofern dies zum Schutz der öffentlichen Gesundheit erforderlich ist. Durch Verordnung des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers können auch Vorgaben hinsichtlich der Kombination von Impfstoffen festgelegt werden. Ebenso kann im Fall weiterer zentraler Zulassungen § 2 Z 2 um die zentral zugelassenen Impfstoffe erweitert werden.

Im Kapitel „Umfang der Impfpflicht“ werden Annahmen zur Wirkdauer und Schutzgrad getroffen, die bei den derzeit verfügbaren mRNA- und Vektorimpfstoffe nicht gesichert sind. Wir sehen gerade in Israel, dass dort bereits der 4. Stich verimpft wird. Die Wirkdauer und der Schutzgrad hängt an den sich durchsetzenden und daher infektiöseren Mutationen, die durch „Selektionsdruck“ sogar forciert werden.

#### Ermittlung der impfpflichtigen Personen

§ 5. (1) Zum Zweck der Ermittlung der impfpflichtigen Personen haben erstmals zu dem in § 6 genannten Stichtag und anschließend jeweils zu den Folgestichtagen gemäß § 6 und zum Impfstichtag gemäß § 2 Z 7 sowie zu den Folgestichtagen gemäß § 7 Abs. 1 und § 8 Abs. 1

1. die Meldebehörden als gemeinsame Verantwortliche (Art. 4 Z 7 in Verbindung mit Art. 26 der Verordnung [EU] 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG [Datenschutz-Grundverordnung], ABl. Nr. L 119 vom 04.05.2016 S. 1, in der Fassung der Berichtigung ABl. Nr. L 127 vom 23.05.2018 S. 2, [im Folgenden: DSGVO]) für das Zentrale Melderegister (ZMR) im Wege des Bundesministers für Inneres als deren Auftragsverarbeiter (Art. 4 Z 8 DSGVO) für die Meldebehörden zu gemeldeten Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben,

- a) das verschlüsselte bereichsspezifische Personenkennzeichen Gesundheit (vbPK-GH),
- b) den (die) Familienname(n) und den (die) Vorname(n),
- c) das Geschlecht,
- d) das Geburtsdatum,
- e) den Gemeindecode sowie
- f) die Adresse des Hauptwohnsitzes oder, wenn ein solcher nicht vorhanden ist, eines weiteren Wohnsitzes, oder, wenn ein solcher nicht vorhanden ist, der Kontaktstelle (§ 19a Abs. 2 MeldeG)

im Wege automatisationsunterstützter Datenübermittlung ZMR gemäß § 16 MeldeG und

2. die ELGA GmbH als Verantwortliche für das zentrale Impfregister (§ 27 Abs. 17 GTeIG 2012 in Verbindung mit § 4b Abs. 1 eHealth-Verordnung [eHealthV], BGBl. II Nr. 449/2020) die im zentralen Impfregister gespeicherten Daten über COVID-19-Impfungen von Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nämlich

- a) das bereichsspezifische Personenkennzeichen Gesundheit (bPK-GH),
- b) den (die) Familienname(n) und den (die) Vorname(n),
- c) das Geschlecht,
- d) das Geburtsdatum,
- e) das Datum der Impfung und die Bezeichnung des Impfstoffs (gemäß Zulassung oder Handelsname) für jede Impfung
- f) die Angaben gemäß § 3 Abs. 3 Z 2 bis 4

dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister unentgeltlich zu übermitteln.

(2) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat zum Zweck der Ermittlung und Erinnerung der impfpflichtigen Personen gemäß § 6 als datenschutzrechtlich Verantwortlicher (Art. 4 Z 7 DSGVO)

1. durch einen Abgleich der ihm gemäß Abs. 1 übermittelten Daten jene Personen zu ermitteln,
  - a) die zum Stichtag gemäß § 6 nach Maßgabe der im zentrale Impfregister gespeicherten COVID-19-Einträge die Impfpflicht gemäß § 1 Abs. 1 und 2 durch Impfung erfüllt haben, sowie
  - b) für die nach Maßgabe der im zentralen Impfregister gespeicherten COVID-19-Einträge zum Stichtag gemäß § 6 eine zeitlich gültige Ausnahme (§ 3 Abs. 3 und 4) gespeichert ist und die Daten dieser Personen unverzüglich nach dem durchgeführten Abgleich zu löschen, und
2. durch einen Abgleich der nach der Löschung gemäß Z 1 letzter Satz verbliebenen Daten mit dem Register anzeigepflichtiger Krankheiten (§ 4 EpiG) jene Personen zu ermitteln, für die keine Impfpflicht zu dem Stichtag gemäß § 6 besteht, wobei die Vorgaben des § 4 Abs. 1 bis 6 zu berücksichtigen sind. Die Daten dieser Personen sind unverzüglich nach dem Abgleich zu löschen.

(3) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat den Abgleich gemäß Abs. 2 zum Impfstichtag gemäß § 2 Z 7 und in weiterer Folge in Abständen von je drei Monaten (§ 7 Abs. 1 und § 8 Abs. 1) zu wiederholen und die nach dem Abgleich verbliebenen Daten als datenschutzrechtlich Verantwortlicher (Art. 4 Z 7 DSGVO) der jeweils örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde oder dem örtlich zuständigen Landeshauptmann (§ 12 Abs. 2) zum Zweck der Einleitung eines Verfahrens unverzüglich dem Stand der Technik entsprechend gesichert zur Verfügung zu stellen. Die örtlich zuständige Bezirksverwaltungsbehörde sowie der örtlich zuständige Landeshauptmann (§ 12 Abs. 2) sind anhand des Gemeindecodes zu ermitteln.

(4) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister, die Meldebehörden, die Bezirksverwaltungsbehörden, der Landeshauptmann (§ 12 Abs. 2), die ELGA GmbH, die Österreichischen Vertretungsbehörden (§ 7 Abs. 3) sowie die Vertragsärzte oder Vertrags-Gruppenpraxen gemäß § 3 Abs. 3 und 4 haben geeignete Datensicherheitsmaßnahmen zu ergreifen, insbesondere

1. ist eine Übermittlung der nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes verarbeiteten personenbezogenen Daten an Dritte und eine Weiterverarbeitung der personenbezogenen Daten zu anderen Zwecken nicht zulässig, soweit nicht in diesem oder anderen Bundesgesetzen ausdrücklich anderes bestimmt ist,
2. hat der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister sicherzustellen, dass die Daten, sofern sie nicht bereits gemäß Abs. 2 gelöscht wurden, jeweils zwei Wochen
  - a) nach der jeweiligen Erinnerung gemäß § 6 sowie

- b) nach der Übermittlung an die Bezirksverwaltungsbehörden gemäß Abs. 3 gelöscht werden,
  - 3. haben die Bezirksverwaltungsbehörden sowie der Landeshauptmann (§ 12 Abs. 2)
    - a) die Zugriffsberechtigungen für die einzelnen Bediensteten der jeweiligen Behörde individuell nach dem jeweiligen Aufgabenbereich festzulegen und zu dokumentieren. Zugriffsberechtigte sind von der Ausübung ihrer Zugriffsberechtigung auszuschließen, wenn sie diese zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben nicht mehr benötigen oder sie die Daten nicht entsprechend ihrer Zweckbestimmung verarbeiten, sowie
    - b) durch organisatorische und technische Vorkehrungen sicherzustellen, dass ein Zugriff auf die ihnen gemäß Abs. 3 zur Verfügung gestellten Daten, insbesondere der Zutritt zu Räumen, in denen sich eine solche Zugriffsmöglichkeit befindet, nur den mit den entsprechenden Aufgaben betrauten Bediensteten der Behörde möglich ist. Ist es erforderlich, dass in Räumen mit einer solchen Zugriffsmöglichkeit Parteienverkehr stattfindet, ist jedenfalls sicherzustellen, dass eine Einsichtnahme in gemäß Abs. 3 zur Verfügung gestellte Daten durch Dritte nicht möglich ist,
  - 4. haben die ELGA GmbH bei der Übermittlung der Daten gemäß Abs. 1 Z 2 und die Österreichischen Vertretungsbehörden bei der Übermittlung der Daten gemäß § 7 Abs. 3 den § 6 GTelG 2012 einzuhalten,
  - 5. sind die Zugriffe der ELGA GmbH auf das zentrale Impfregister zum Zweck der Übermittlung an den für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister gemäß Abs. 1 gemäß § 24f Abs. 5 GTelG 2012 zu protokollieren und
  - 6. sind die Zugriffe der Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen gemäß § 3 Abs. 3 und 4 auf das zentrale Impfregister gemäß § 24f Abs. 5 GTelG 2012 zu protokollieren.
- (5) Die Protokolleinträge gemäß Abs. 4 Z 6 dürfen von dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister zum Zweck der Qualitätssicherung personenbezogen ausgewertet werden. Er hat dafür eine spezifische Zugriffsberechtigung gemäß § 24f Abs. 4 GTelG 2012 und darf sich der ELGA GmbH als Auftragsverarbeiterin bedienen. Werden bei diesen Auswertungen Unregelmäßigkeiten festgestellt, die den Anschein erwecken, dass Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen ungerechtfertigterweise Ausnahmen gemäß § 3 Abs. 3, 4 und 6 im zentralen Impfregister speichern, ist der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister berechtigt, die Daten der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde oder dem örtlich zuständigen Landeshauptmann (§ 12 Abs. 2) zum Zweck der Durchführung notwendiger Ermittlungen (§ 7 Abs. 5) dem Stand der Technik entsprechend gesichert zur Verfügung zu stellen.
- (6) Die ELGA GmbH und die Vertragsärzte und Vertrags-Gruppenpraxen gemäß § 3 Abs. 3 und 4 haben zur Erfüllung ihrer Verpflichtung nach dieser Bestimmung und nach § 3 Abs. 3 und 4 eine spezifische Zugriffsberechtigung auf das zentrale Impfregister gemäß § 24f Abs. 4 GTelG 2012 und sind gemäß Art. 4 Z 7 in Verbindung mit Art. 26 DSGVO gemeinsame Verantwortliche gemäß § 27 Abs. 17 in Verbindung mit § 24c Abs. 3 GTelG 2012. Die Aufteilung der Pflichten erfolgt gemäß § 4a bis § 4d eHealthV.

In diesem Zusammenhang verweisen wir auf den vorgesehen Eingriff auf den Datenschutz für Gesundheitsdaten.

Aus den vorhin aufgeführten Erläuterungen lehnen wir den Gesetzesentwurf aus juristisch, verfassungs- und grundrechtsbezogenen Gründen entschieden ab.

## 2.2 Gesellschaftliche Beurteilung

Mit diesem Gesetzesentwurf wird die Spaltung der Gesellschaft in „Gefährder und Ungeimpfte“ auf der einen und „Geimpfte, die alles richtig gemacht haben“ auf der anderen Seite vertieft und damit die Pandemie evidenz- und faktenbefreit als eine der „Ungeimpften“ bezeichnet. Längst gilt erwiesen, dass die Pandemie durch falsch informierte „Geimpfte“, die sich nicht mehr testen befeuert, was zuletzt auch im Zusammenhang, mit dem zunächst Lock-Down für „Ungeimpfte“ und danach zusätzlich auch dem Lock Down für „Geimpfte“ nachgewiesen wurde.

Längst hat sich ein Regierungs-Regime entwickelt, dass statt Eigenverantwortung ein Regime der Unterwerfung, des Gehorsams und der fragwürdigsten Maßnahmen etabliert hat. Diese Spaltung zieht sich längst quer durch alle politische Parteien, Familien, Freundschaften und Schulklassen und gefährdet den demokratischen Rechtsstaat in seinen Fundamenten.

Dieses Regime könnte sich auch auf andere Themenbereiche, wie den Klimaschutz ausweiten und Gewalt auf beiden Seiten induzieren.

Da es genug gelindere und zugleich effektivere Mittel zur Pandemiebekämpfung gibt lehnen wir dieses Gesetzesvorhaben auch aus demokratie- und rechtsstaatspolitischen Gründen ab.

### **2.3 Zusammenfassung**

Der gegenständliche Gesetzesentwurf ist aus den folgenden schwerwiegenden Gründen abzulehnen:

- Die derzeit zugelassenen mRNA- und Vektor-Impfstoffe ohne sterile und reduzierter klinischer Immunität insbesondere auf die Omikron Variante schafft keinen Weg aus der Pandemie und erreicht geringeren Schutz als eine durchgemachte Infektion.
- Personen, die sich trotz der „Impfpflicht“ aus persönlichen Gründen und im Hinblick auf das verfassungsrechtlich garantierte Recht auf Unversehrtheit berufen und bestraft werden, verlieren den zumindest privatrechtlichen Versicherungsschutz (Lebensversicherung, Begräbnisversicherung, Krankenzusatzversicherung, etc.) können, falls ihnen eine Ansteckung Dritter nachgewiesen wird, schadenersatz- und schmerzensgeldpflichtig werden, obwohl dieselbe Gefahr auch von „Geimpften“ ausgeht. Daher ist eine willkürliche Ungleichbehandlung gegeben.
- Die angeführte EMRK Entscheidung bezog sich auf eine Infektionserkrankung mit wesentlich höherer Letalität und dem Vorhandensein von traditionellen und jahrzehntelang erprobten Impfstoffen mit steriler und klinischer Immunität.
- Die Impfpflicht und das Streben nach einer höheren Durchimpfungsrate fördert durch Selektionsdruck die Entstehung und Geschwindigkeit von Mutationen.
- Zur Bekämpfung der Pandemie eignen sich minimal invasive und effektivere Maßnahmen
- Das Corona-Regime basiert auf einer gewollten Angst- und Panikstrategie der Regierung ohne Berücksichtigung medizinischer, epidemiologischer und virologischer Daten und Fakten mit zahlreichen Kollateralschäden.

Mit freundlichen Grüßen

Mag. Christian Zeitz  
Wissenschaftlicher Direktor  
Institut für Angewandte  
Politische Ökonomie

Ing. Reinhard Fellner  
Präsident  
Initiative Soziales  
Österreich

Ing. Gebhard Fiedler  
Präsident  
Verein für  
Völkerverständigung

MailTo: [office@iapoe.at](mailto:office@iapoe.at)  
<https://iapoe.at>

MailTo: [office@isoe.at](mailto:office@isoe.at)  
<https://isoe.at>

MailTo:  
[voelkerverstandigung@gmx.at](mailto:voelkerverstandigung@gmx.at)

Association of American Physicians and Surgeons AAPS