

LANGVERSION "STELLUNGNAHME UND FRAGENKATALOG"

An die
Parlamentsdirektion
Begutachtungsverfahren
Parlament
1010 Wien

Korneuburg, 01.01.2022

Betreff: Ihr Zeichen: 2173/A / Unser Zeichen: WASAMI_Impf_Recht2022
COVID-19-Impfpflichtgesetz – COVID-19-IG [Bundesgesetz über die Impfpflicht gegen
COVID-19]

Nachfolgend finden Sie die Stellungnahme und Fragenkatalog (Fragen in Folge "Kursiv") des Unternehmens

Wasami GmbH. Sie finden darin aus unserer Sicht relevante rechtliche, gesundheitliche sowie soziale Aspekte.

Bitte folgen Sie der Verlinkung in der Stellungnahme zur "Langversion" mit allen ausführlichen Beschreibungen und Fragen.

Wir ersuchen um Kenntnisnahme und Berücksichtigung sowie zeitnahe Beantwortung.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Wagner Michael
Geschäftsführender Gesellschafter
Wasami GmbH

Diese Stellungnahme wird auch unter <http://www.wasami.at> sowie in diversen sozialen Medien veröffentlicht und ergeht weiters per E-Mail an die österreichischen Damen und Herren Abgeordneten.

Wasami GmbH, Wienerstraße 13, 2100 Korneuburg, www.wasami.at, office@wasami.at, +43(0)2262-62120

zuerst zu den allgemeinen, rechtlichen Aspekten:

die körperliche Integrität eines Menschen ist unantastbar. Unzählige Normen schützen diese körperliche Unversehrtheit (zB §§ 75 ff, 110, 275, 321 uA StGB, 173, 256, 1295 ff ABGB, Art. 2, 3 u 8 EMRK, Art. 3 GRC uA).

Wenngleich die österreichische Bundesverfassung keine ausdrückliche Schutzbestimmung enthält, ergibt sich diese insbesondere Art. 8 EMRK, der seit 1964 im Verfassungsrang steht. Dieser umfasst u.a. die körperliche und geistige Integrität, die verletzt ist, wenn eine medizinische Behandlung ohne Zustimmung durchgeführt wird, egal ob durch Ausübung unmittelbaren Zwanges oder eine nicht physisch vollstreckbare Duldungspflicht (Kopetzky, Unterbringungsrecht I 408). Die hochgespielte Unterscheidung zwischen Impfpflicht (die mit Strafen erzwungen wird) und direktem Impfzwang ist für die Qualifizierung als Eingriff in die verfassungsgesetzlich geschützten Rechte irrelevant, dieser liegt hier unstreitig vor. Es erhebt sich demnach die Frage, ob dieser Zwangseingriff, insbesondere mit dem Vorbehalt nach Art. 8 Abs. 2 EMRK vereinbar ist. Im gegenständlichen Fall ist das klar zu verneinen.

Für die als letztes Mittel denkbare Anordnung eines gesetzlichen Zwangseingriffes durch eine Impfpflicht ist insbesondere gefordert, dass der Eingriff zum Schutz der Gesundheit des Einzelnen genauso wie der Gesundheit der Allgemeinheit, zB der Ausrottung der Krankheit in der Gesamtbevölkerung dient und dafür geeignet, erforderlich und angemessen ist. Geeignet ist er, wenn damit das Schutzziel erreicht werden kann, erforderlich, wenn das gelindeste Mittel angewandt wird und angemessen, wenn die Güterabwägung zwischen dem Recht des Einzelnen und dem Schutzziel eindeutig zugunsten des letzteren ausfällt. Das Ziel einer bestimmten Durchimpfungsrate (90%), wie in den Erläuterungen angeführt, ist kein berechtigtes Schutzziel, zumal auch mit dieser Durchimpfungsrate, wie Beispiele aus anderen Ländern (siehe Langversion) zeigen, eine weitere Ansteckungswelle (Testwelle) nicht verhindert werden kann.

Tatsächlich fehlt es aber bereits an den Grundlagen, um die Notwendigkeit und Zulässigkeit eines derart massiven Grundrechtseingriffes überhaupt beurteilen zu können:

Die tatsächliche Mortalität der Viruserkrankung ist unbekannt, liegt nach Studien bei 20 – 50 Jährigen bei 0,042%. In unserer hochtechnologischen Zeit ist es zudem nicht möglich (tatsächlich nicht gewünscht), diese Daten zu erheben. Niemand weiß, wie viele der ca 13.000 bisher in Ö gezählten Verstorbenen tatsächlich aufgrund einer COVID-19 bewirkten Ursache verstorben sind. Es wird jeder gezählt, der 4 WO vor dem Ableben positiv getestet wurde. Diese Datenlage ist so unsicher und die Mortalität so gering, dass die Zulässigkeit eines Grundrechtseingriffes schon deshalb nicht beurteilt werden kann und daher zu unterlassen ist.

Selbiges betrifft die tatsächlichen Krankheitsfälle. Es werden nur die positiv Getesteten (Positivitätsrate durchschnittlich 1,5%) gezählt und nicht erhoben, welcher Promillebereich tatsächlich erkrankt. Diese Kenntnis wäre zur Beurteilung ebenso erforderlich.

Die sogenannte Impfung mit den im Gesetz angeführten Genstoffen ist unwirksam, die Krankheit zu beherrschen (auszurotten). Die „Vollimmunisierung“ führt zu Impfdurchbrüchen, wobei dabei bezeichnenderweise nur die tatsächlich Erkrankten und nicht die positiv Getesteten gezählt werden, was ein völlig falsches Bild ergibt. Es gibt keinen ausreichenden Schutz vor einer Infektion der Geimpften und ist mittlerweile allgemein bekannt, dass auch diese das Virus weitergeben, sie sind nicht steril, was übrigens im Zulassungsantrag der Hersteller auch gar nicht behauptet wird. Die Wirkung der dritten Impfung ist noch völlig unbekannt, gegen immer wieder entstehende Varianten (Omikron) bietet die eingeschränkte, mRNA veranlasste Abwehrreaktion, keinen bis nur sehr eingeschränkten nachgewiesenen Schutz. Das tatsächlich gegebene Versagen der Impfung verhindert, einen so fundamentalen medizinischen Eingriff gegen den Willen des Betroffenen zu rechtfertigen.

Auch das Argument der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Notwendigkeit zählt hier nicht. Die bisherigen unverhältnismäßigen Maßnahmen unserer Regierung bringen nichts, wie das Beispiel Schweden, mit ähnlicher Durchimpfungsrate und Bevölkerungsstruktur zeigt. Dort ist man ohne Lockdown, Schulschließung und Ausgangssperren, auch ohne FFP2 ausgekommen. Die Fehler unserer Regierung und der dadurch bewirkte gesamtgesellschaftliche Schaden, können nicht als Begründung für die Impfpflicht herangezogen werden.

Bei der Grundrechtsprüfung wird zur Gänze übersehen, dass die Impfsbstanzen noch keine ordnungsgemäße Arzneimittelzulassung haben. Die Impfsbstanzen befinden sich im Zulassungsstadium und sind

– mit der derzeitigen vorläufigen Notzulassung als experimentell zu betrachten. Es kann – auch nach dem Nürnberger Kodex – niemand gezwungen werden, an medizinischen Experimenten teilzunehmen.

Als letztes der unzähligen Beispiele, deren Gesamtheit hier nicht angeführt werden kann, ist auf die Nebenwirkungen der geplanten Zwangsbehandlung hinzuweisen. Diese spielen eine wesentliche Rolle bei der Güterabwägung. Kann man bei einer EMA Meldungslage von 1.251.984 Nebenwirkungen (per 11.12.2021) und der bekannten Tatsache, dass nur ein geringer Prozentsatz tatsächlich gemeldet wird, von einer Güterabwägung zulasten des Einzelnen ausgehen? Das Risiko des Einzelnen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen, schwer zu erkranken oder die Infektion weiterzugeben ist im Verhältnis zum Beeinträchtigungsrisiko durch die Impfung verschwindend gering. Im Übrigen ist die Zwangsinjektion der Substanzen bei Weitem nicht das Einzige Abwehrmittel. Es gibt erprobte Medikamente und auch der (bewusst) vernachlässigte Ausbau des Gesundheitssystems sind Alternativen, die bei richtiger Abwägung die Einführung des Gesetzes hindern.

Zusammengefasst liegen bei den derzeitigen Verhältnissen keine Gründe vor, welche die Einführung der Impfpflicht rechtfertigen könnten. Es wird daher gefordert, das Gesetzesvorhaben zu unterlassen. Zumal das Gesetz insgesamt abgelehnt wird, erübrigt sich ein Eingehen auf die einzelnen Bestimmungen.“

Aus unserer Sicht ist dem vorliegenden Gesetzesentwurf somit keine nachvollziehbare Begründung zu entnehmen, wie hier tatsächlich eine "Verbesserung der öffentlichen Gesundheit" erreicht werden soll!

Die statische Analyse von mit Österreich vergleichbaren Ländern zeigt KEINEN signifikanten Zusammenhang zwischen Impfrate, Infektionshäufigkeit und Mortalität.

Wir werten diesen Gesetzesentwurf als Anlassgesetzgebung! Damit soll offensichtlich vom bisherigen Versagen der österreichischen Regierung in den Bereichen des Pandemiemanagements sowie der Gesundheitsversorgung mittels Grundrechtsverletzungen abgelenkt werden.

Auf Basis dieses Entwurfes kann es zu Rasterfahndung, Entindividualisierung der medizinischen Versorgung, Umkehrung der Unschuldsvermutung zum Schuldverdacht, automatischer Ausstellung von Strafverfügungen ohne individueller Prüfung der Strafwürdigkeit kommen.

Aufgrund der oben genannten Gründe sowie den nachfolgend angeführten Begründungen lehnen wir die Einführung einer Impfpflicht nicht nur generell ab sondern es stellt sich hier auch die Frage, wie eine solche überhaupt ohne Eingriff auf Grundrechte und verfassungsrechtlich korrekt ausjudiziert werden soll!

Frage: Wo sehen Sie die verfassungsrechtliche Legitimation für dieses Vorhaben, wenn Der Entwurf laut § 1 Abs. 1 die "öffentliche Gesundheit" schützen soll, aber gleichzeitig im selben § 1 die Annahme getroffen wird, dass ausschließlich nicht geimpfte Personen die ihren Hauptwohnsitz in Österreich haben die öffentliche Gesundheit gefährden?

Sowohl die Voraussetzung des Entwurfs "Schutz der öffentlichen Gesundheit", als auch die pauschale Annahme der ausschließlichen Gefährdung durch ungeimpfte Hauptwohnsitz-Personen ist willkürlich und nicht grundrechtskonform!

Frage: Wie soll der sich dynamisch ändernde Wissensstand gewürdigt werden?

Auf Grund der hohen Dynamik des Impfgeschehens weist die Verabreichung der Impfstoffe zahlreiche Unsicherheitsfaktoren auf, was individuelle Wirksamkeit, Dauer der individuellen Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von individuellen Schädigungen betrifft. Die geplante Impfpflicht ignoriert diese Unsicherheiten und stellt im Ergebnis ein flächendeckendes Experiment zur Eindämmung der Pandemie dar. Ohne gesicherte Grundlage, dass selbst die angepeilte Impfquote von 90 % einen erheblichen Einfluss auf das weitere Pandemiegeschehen hat.

Frage: Wie soll zukünftig auf den Genesenenstatus individuell eingegangen werden?

Laut aktueller Datenlage sind Genesene gut geschützt - vermutlich auch sehr lange. Teilweise gibt es bei "Booster- Impfungen" welche zu kurz nach erfolgter Genesung durchgeführt werden, massive gesundheitliche Probleme, da die Antikörperwerte teilweise sprunghaft auf viel zu hohe Werte ansteigen. In anderen Ländern gilt der Genesenenstatus bereits 365 Tage! Wir wissen bereits, dass nicht jeder Genesene gleich viele Antikörper aufbaut und das die messbaren Antikörper auch nur ein Teil der Immunantwort des menschlichen Körpers sind. Hier muss aus unserer Sicht auch die T-Zellen Aktivität beachtet werden. Derzeit gibt es noch zu wenige wissenschaftliche Daten dazu bzw. auch noch keine endgültigen Schwellenwerte. Im vorliegenden Entwurf wird darauf überhaupt nicht eingegangen! Aus unserer Sicht liegt hier bei einfachen "Boostern" von Genesenen eine großteils unnötige und teilweise sicher auch gesundheitsgefährdende Vorgangsweise vor!

Frage: Wie wird zukünftig die wissenschaftliche Faktenlage berücksichtigt?

Wir verweisen hier auf Auswertungen der ARGE Daten:

Zwischen Impfquote, Infektionsrate und Mortalität besteht kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Für diese Stellungnahme wurden einige ausgewählte Staaten analysiert, die regelmäßig von der Regierung als positive bzw. negative Vorbilder im Pandemiemanagement zitiert werden. Der Analysezeitraum umfasst den Zeitraum seit Beginn der Impfpflichtdiskussion mit drei zufällig ausgewählten Stichtagen. Die verwendete tabellarische Übersicht findet sich im "Anhang 1".

Frage: Wurde von Ihnen eine Komplettanalyse aller vergleichbarer Staaten erstellt?

Tatsächlich wäre dies die notwendige Voraussetzung um überhaupt einen Grundrechtseingriff wie die Impfpflicht auf gesicherter Datenbasis zu erwägen!

Faktencheck: hohe Impfquote bedeutet niedrige Infektionszahl:

- Dänemark hat mit **82,48%** (26.12.2021) eine der höchsten Impfquoten Europas und gehört trotzdem mit einer 7-Tage-Inzidenz von **1288** zu den Ländern mit weltweit höchster Infektionszahl.
- Israel hat mit einer Impfquote von **68%** eine zu Österreich vergleichbare Impfquote, hat jedoch mit der 7-Tage-Inzidenz von **78** eine der geringsten Inzidenzen weltweit.
- Niederlande, Großbritannien und Schweden haben zu Österreich vergleichbare Impfquoten und weisen Inzidenzwerte zwischen **247** und **938** (26.12.2021) auf. Diese Schwankung lässt sich nicht durch die neue omikron-Variante begründen, vor knapp zwei Wochen war die Schwankungsbreite vergleichbar hoch (**156** bis **828**, 13.12.2021).

Faktencheck: hohe Impfquote reduziert die Mortalität

- Dänemark weist bei hoher Impfquote von **82,48%** (26.12.2021) mit **53,50** pro 100.000 Einwohner seit Pandemiebeginn nur ein Drittel der Todesrate von Österreich auf.
- Dänemark hat jedoch mit **1,17** bis **1,30** (zuletzt) Toten "je 100.000 Einwohner in den vergangenen 7 Tagen" deutlich höhere Werte, als Länder mit wesentlich geringeren Impfquoten, wie Schweden (**0,06** bis **0,18**) oder Israel (**0,09** bis **0,11**)
- Belgien hat trotz hoher Impfquote (**75 - 76%**) mit **1,78 - 2,52** Toten "je 100.000 Einwohner in den vergangenen 7 Tagen" deutlich höhere Werte als Länder mit geringerer Impfquote
- Portugal hat trotz sehr hoher Impfquote (**82%**) eine um mehr als die doppelte so hohe Mortalität (**1,04** Tote "je 100.000 Einwohner in den vergangenen 7 Tagen") als Spanien (**0,42** Tote), wobei Spanien sogar eine niedrigere Impfquote (**74%**) hat.
- Österreich hat mit **1,76 - 2,56** Toten "je 100.000 Einwohner in den vergangenen 7 Tagen" deutlich höhere Werte als die Vergleichsländer, unabhängig ob diese eine höhere oder geringere Impfquote haben.

Faktencheck: viele Lockdowns verringern die Infektionsausbreitung

- Schweden hatte in den letzten beiden Jahren zu Österreich vergleichsweise geringe Beschränkungen, Sperrungen und Kontaktmaßnahmen. Die Infektionsrate liegt mit **12,28%** in Schweden niedriger als in Österreich (**14,07%**)
- Israel weist trotz strengen Isolationsregeln, Reiseverboten und Zutrittskontrollen mit **15,71%** eine deutlich höhere Infektionsrate auf

Faktencheck: die zahlreichen österreichischen Lockdowns haben die Mortalität verringert

- Schweden galt für die österreichische Politik lange Zeit als Inbegriff eines Staates, der "alles falsch macht". Insbesondere auf die hohe Mortalität wegen fehlender Lockdowns wurde verwiesen.
- Seit Weihnachten 2021 weist Österreich mit **147,79** Toten "pro 100.000 Einwohner seit Pandemiebeginn" nun auch offiziell eine höhere Todesrate als Schweden (**147,75**) auf.
- Die aktuelle Mortalitätsrate ist in Österreich (**1,76 - 2,56** Tote "je 100.000 Einwohner in den letzten 7 Tagen") seit Wochen 10 bis 40 mal so hoch wie in Schweden (**0,09 - 0,18**).

Faktencheck: südliche Länder haben geringere Infektionsraten, da die Menschen mehr im Freien sind

- Spanien (**11,46%**) und Portugal (**11,76%**) weisen tatsächlich unterdurchschnittliche Infektionsraten auf, ebenso jedoch auch typische Nordländer wie Schweden (**12,28%**) und Dänemark (**11,24%**)
- die Infektionsrate in Israel (**15,71%**) liegt jedoch deutlich höher
- den in diesem Ländervergleich niedrigsten Wert hat Deutschland (**8,09%**)

Faktencheck: die Impfung reduziert drastisch das Ansteckungs- und Mortalitätsrisiko

- Die veröffentlichten österreichischen Zahlen belegen die überwiegende Belegung der Spitalskapazitäten durch ungeimpfte Personen. Je nach Veröffentlichungszeitpunkt und Bundesland schwankt die Rate der Impfdurchbrüche, also jener Personen, die trotz Impfung im Spital landen, zwischen 10% und 35%.
- 65%-90% aller Spitalspatienten sind ungeimpft. Diese Zahl ist jedoch nur für den Spitalverwalter von Bedeutung, für den Einzelnen ist wesentlich relevanter zu wissen, um wieviel unwahrscheinlicher wird es, dass er trotz Impfung angesteckt wird, als ohne Impfung.
- Zum Höhepunkt der vierten Welle (Ende November, 7-Tagesinzidenz 1.110) ergab sich folgendes Bild:
 - die Wahrscheinlichkeit innerhalb von 7 Tagen infiziert zu werden lag bei 1,11%
 - die Wahrscheinlichkeit als Ungeimpfter NICHT im Spital zu landen, lag bei 97,57%, als Geimpfter bei 99,91%
 - die Wahrscheinlichkeit als Ungeimpfter NICHT auf der Intensivstation zu landen, lag bei 99,52%, als Geimpfter bei 99,92%
- Für den Einzelnen ergeben sich durch die Impfung nur geringe Verbesserungen (+2% bzw. +0,4%), Verbesserungen die auch durch andere Maßnahmen (Distanz- und Abstandsregeln) erreicht werden können.

Datenquellen:

WHO <https://covid19.who.int/table>, AGES, Gesundheitsministerium

Offensichtlich haben andere Faktoren als die Impfquote einen großen Einfluss auf die Pandemieentwicklung. In Frage kommen die unterschiedliche Qualität der Gesundheitssysteme, des Versorgungs- und Krisenmanagements, soziale Verhaltensweisen, räumliche und berufliche Strukturen, Freizeitverhalten, das Vertrauen in staatliche Maßnahmen usw.

Nach zwei Jahren Pandemie ist es hoch an der Zeit diese Einflußfaktoren zu identifizieren und wenn nötig, an die Anforderungen der Pandemie anzupassen.

Es ist höchst fahrlässig aus populistischen Erwägungen unhaltbare Zusammenhänge zwischen Impfrate und Ausbreitung der Pandemie zu konstruieren und sie zur Grundlage von Grundrechtseinschränkungen zu machen.

Frage dazu: Weshalb hat bisher keine strukturierte Erforschung aller Pandemieparameter stattgefunden? Weshalb wurden keine Erfahrungen aus anderen Ländern integriert?

Der Entwurf geht nicht auf das tatsächliche Pandemiegeschehen ein und zimmert sich ein für das Gesetzesvorhaben passendes - nicht einmal mehr aktuelles - Wunschbild: "Ziel des Gesetzes vor dem Hintergrund der aktuell vorherrschenden Variante B.1.617.2 (SARS-CoV-2-Variante Delta) die Reduktion der Viruszirkulation durch das Erreichen und Aufrechterhalten einer Durchimpfungsrate von über 90%."

Frage: Wie sollen die 2022 auf uns zukommenden Strafverfügungen abgearbeitet werden?

Die willkürlichen und intransparenten Impffregelungen dieses Gesetzesentwurfes, die kurze Gültigkeit der Impfungen und das dynamische Pandemiegeschehen (Virusvarianten) werden allein 2022 bis zu fünf Millionen Strafverfügungen verursachen.

Es ist davon auszugehen, dass unzählige dieser Strafverfügungen beeinsprucht werden und hier in sehr vielen Fällen auch mit juristischer Unterstützung von Anwälten alle Instanzen durchgegangen werden!

Schon alleine aufgrund der unzähligen Unstimmigkeiten in diesem Gesetzesentwurf wäre jeder Einzelne gut beraten, auf jeden Fall gegen etwaige Strafverfügungen Einspruch zu erheben!

Mit diesem Entwurf droht auf jeden Fall ein bürokratischer Lockdown!

Der Entwurf zu einer Strafverfügungsdatei ist willkürlich und überschießend. Er lässt keinen signifikanten Einfluss auf das Pandemiegeschehen erwarten und widerspricht Grundrechten, insbesondere der Achtung auf Privat- und Familienleben.

Frage: Wie wollen Sie einen verpflichtenden, medizinischen Eingriff begründen?

Grundsätzlich stellt ein verpflichtender medizinischer Eingriff einen Grundrechtseingriff in das gemäß Art. 8 EMRK und Art. 9 EU-Grundrechtecharta geschützte Privat- und Familienleben dar.

Ein derartiger Eingriff ist - abstrakt - gesehen möglich, muss aber qualitativ hohe rechtliche Hürden überwinden.

So stellt die Durchsuchung der Wohnung einen derartigen Grundrechtseingriff dar. Aus guten Gründen haben aber alle Staaten einen derartigen Eingriff auf Einzelfälle beschränkt, die auch gesetzlich und administrativ abgesichert sind. Eine präventive Hausdurchsuchung, etwa weil Männer Frauen schlagen oder Kinder missbrauchen könnten, ist in zivilisierten Staaten unzulässig, auch wenn dadurch einzelne Straftaten ermöglicht werden.

Die flächendeckende und defacto unbeschränkte Verpflichtung zu medizinischen Eingriffen bedarf daher besonderer Rechtfertigung.

Die Maßnahme muss
- geeignet
- erforderlich und
- verhältnismäßig
sein.

Diesen Anforderungen wird der vorgelegte Entwurf in keinem Punkt gerecht. Tatsächlich ist er an zahlreichen Stellen - wie diese Stellungnahme belegt - willkürlich, widersprüchlich und unbestimmt.

Frage: Wie verantworten Sie die Missachtung der Empfehlungen des Europarates?

Am 27.1.2021 verabschiedete der Europarat eine Resolution zu COVID-19 (<https://pace.coe.int/en/files/29004/html>). In dieser Resolution beschäftigt sich der Europarat ausführlich mit Entwicklung, Beschaffung und Einsatz von COVID-19-Impfstoffen und verabschiedet zahlreiche konkrete Empfehlungen:

...

7.3.1. ensure that citizens are informed that the vaccination is not mandatory and that no one is under political, social or other pressure to be vaccinated if they do not wish to do so;
7.3.2. ensure that no one is discriminated against for not having been vaccinated, due to possible health risks or not wanting to be vaccinated;
7.3.3. take early effective measures to counter misinformation, disinformation and hesitancy regarding Covid-19 vaccines;

...

Diese Resolution wurde mit überwältigender Mehrheit (115 Zustimmung, 2 dagegen, 13 Enthaltungen) verabschiedet. Unter anderem stimmten auch die drei österreichischen Abgeordneten (Petra Bayr/SP, Franz Essl/VP und Reinhold Lopatka/VP) für diese Resolution.

Passiert ist in den folgenden 11 Monaten in Österreich das Gegenteil.

Frage: Weshalb wurde bisher keine dieser Empfehlungen aufgegriffen bzw. umgesetzt?

Mittlerweile wird gezielt "politischer, sozialer und sonstiger Druck" zur Impfung ausgeübt.

Frage: Weshalb ignorieren Sie Bedenken zu "möglichen Gesundheitsrisiken bzw. den Wunsch, nicht geimpft zu werden"?

In diesem Entwurf sollen diese sogar unter Strafe gestellt werden!

Personen, die diese Bedenken öffentlich äußern werden als "Spinner", "Esoteriker", "Rechtsradikale", "Dumme" usw. verunglimpft, verspottet und diskriminiert!

Selbst das bescheidene Ziel einer objektiven Aufklärungskampagne wurde nicht in Angriff genommen. Statt rationaler - objektiver und leicht nachvollziehbarer - Informationen, wurden infantilisierte Marketingkampagnen mit Babyelefanten, alternden Fußballern und Schauspielern geführt.

Wer mit irrationalen Imageargumenten (inkompetente Personen als Rolemodels) für die Impfung wirbt muss als Konsequenz zur Kenntnis nehmen, dass impfskeptische Personen auf irrationale Erklärungsmuster vertrauen, die simpel und einleuchtend sind.

Der nunmehr vorliegende Entwurf ist auch als Dokument des Scheiterns bisheriger Marketingkampagnen anzusehen.

Vergleichbarkeit mit anderen Impf-Entscheidungen des EGMR

Frage: Weshalb wird als zentrales Argument für die grundrechtliche Rechtmäßigkeit der Impfpflicht eine Entscheidung des EGMR: 47621/13 - VAVŘIČKA AND OTHERS v. THE CZECH REPUBLIC JUDGMENT genannt?

Diese Entscheidung ist aus zahlreichen Gründen nicht auf die geplante Impfpflicht anzuwenden. Unter anderem bezieht sich die dort vorgesehene Impfung auf den Schutz vor einem stabilen, seit vielen Jahrzehnten bekannten Erreger und die Verwendung eines dazu seit vielen Jahren erprobten Impfstoffs. Die vorgesehene Impfung führt auch zu einer dauerhaften Immunisierung der geimpften Person gegen diesen Erreger und verhindert die tatsächliche Weitergabe des Erregers durch diese Person.

Dem stehen im vorliegenden Entwurf zahlreiche Fakten entgegen:

- Die Wirksamkeit der derzeit zugelassenen Impfstoffe ist nur kurz erprobt.
- Die Wirkung der derzeitigen Impfstoffe ist nur kurz anhaltend (die medizinischen Meinungen gehen von einer Wirksamkeit zwischen 3 - 12 Monaten aus), aktuelle Tendenz: fallender Wirksamkeitszeitraum.
- Die Verabreichung dieser COVID-19-Impfungen hat mehr Ähnlichkeit mit einer Dauermedikation, als mit einer sicheren Immunisierung.
- Es gibt keine ausreichenden Erklärungen für die unterschiedliche Wirksamkeit der Impfungen, die zwischen hoher Antikörperausbildung bis zum völligen Fehlen der Ausbildung von Antikörpern führen können.
- Die Hersteller der zugelassenen Impfstoffe behaupten nicht eine Immunisierung gegen COVID-19, sondern nur eine Linderung des Verlaufes einer Erkrankung. Je nach aktueller Publikation einen gelinderen Verlauf bei 30-90 % der trotz Impfung angesteckten Personen.
- Die Weitergabe des Virus durch geimpfte Personen wird nicht verhindert, bestenfalls reduziert, damit wird - abstrakt gesehen - die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung reduziert.
- Begründet wird die Impfpflicht mit der Wirksamkeit der Impfstoffe gegen die Virusvariante ("delta"). Faktum ist jedoch, dass schon zum Zeitpunkt der Begutachtung eine Virusvariante ("omikron") beginnt vorherrschend zu werden, bei der zur Wirksamkeit der Impfstoffe eine höchst eingeschränkte Faktenlage existiert.

Frage: Welche Virusvariante wird zum geplanten Zeitpunkt der ersten Anwendung des Gesetzes (15.3.2022) vorherrschend sein und wird es dann überhaupt einen geeigneten Impfstoff dagegen geben?

Dieser Gesetzesentwurf ignoriert alle durch den EGMR im Fall 47621/13 - VAVŘIČKA gemachten Beschränkungen und Prämissen. Stattdessen wird ausschließlich eine Stellungnahme der Bioethikkommission vom 15.11.2020 (!!) zitiert (*siehe Seite 9/17*). Diese Stellungnahme fand lange vor dem tatsächlichen Einsatz von COVID-19-Impfstoffen statt und war getragen von - nach heutigem Kenntnisstand - unrealistischen Erwartungen zur Nachhaltigkeit und Wirksamkeit der COVID-19-Impfstoffe.

Es ist höchst fahrlässig in einer dynamischen Pandemie mit täglich neuen Erkenntnissen, neuen Virenvarianten und neuen Behandlungsmöglichkeiten massive Grundrechtseingriffe mit alten Meinungen einer - gewiss honorigen - Kommission zu begründen.

Der Entwurf bietet keine ausreichenden Belege oder Argumente für die verfassungsrechtliche Zulässigkeit der Impfpflicht.

Flächendeckender Schuldverdacht - Verpflichtung zur Alibigesellschaft

Der Entwurf setzt einen weiteren - grundrechtlich höchst problematischen - Trend fort. Personen die im Zuge des Datenabgleichs als "ungeimpft" identifiziert werden, sollen zu einem bestimmten Stichtag eine Strafverfügung erhalten, defacto eine Bestrafung auf Verdacht (§ 7 Abs. 1). Von dieser Bestrafung kann man sich freibeweisen, indem Belege zur Impfung bzw. zur Ausnahme von der Impfung vorgelegt werden (§ 7 Abs. 2).

Bei der Vorratsdatenspeicherung in der Telekommunikation wurden Telefondaten auf Vorrat gesammelt, weil in Zukunft irgendjemand eine Straftat begehen könnte. Aus guten Gründen hat 2014 sowohl der EuGH in Luxemburg, als auch der VfGH in Österreich diese Bestimmung als zu weitreichend und damit grundrechtswidrig aufgehoben. Der vorliegende Entwurf geht wesentlich weiter. Die Daten eines - für sich genommen schon problematischen - Datenabgleichs mit hoher Fehlerrate werden nicht zu Erhebungen eines möglicherweise rechtswidrigen Sachverhalts verwendet, sondern es wird pauschal und ungeprüft eine Strafverfügung verhängt.

Dabei wird in Kauf genommen, dass Personen gestraft werden, die nicht unter die Strafbestimmungen dieses Gesetzes fallen. Weiters wird damit spekuliert, dass viele Personen - aus welchen Gründen auch immer - Fristen übersehen, Rechtsmittel nicht korrekt anwenden oder aus sonstigen Gründen eine Strafe bezahlen, die gar nicht zu verhängen wäre.

**Aus der Unschuldsvermutung wird Schuldverdacht!
Ein derartiges Vorgehen ist bisher einmalig in der 2. Republik und fügt dem Vertrauen in ein funktionierenden Rechtsstaat erheblichen Schaden zu.**

Grundrechtlich erforderlich wäre der Nachweis durch die Strafbehörde im Einzelfall, dass die Voraussetzung des § 1 Abs. 1 erfüllt ist und eine bestimmte (ungeimpfte) Person tatsächlich die öffentliche Gesundheit gefährdet.

Missbrauch des Begriffs "Stand der Wissenschaft"

An zahlreichen Stellen beruft sich der Entwurf auf den "Stand der Wissenschaft" bzw. "Stand der medizinischen Wissenschaft".

Wissenschaftliche Arbeit ist jedoch kein Endstadium, dem die Nicht-Wissenschaftler zu glauben haben. Der Gesetzgeber hätte dann die Bürger und Bürgerinnen zum Glauben an fertige "Weisheiten" zu verpflichten.

Wissenschaftliche Arbeit ist ganz im Gegensatz dazu ein Diskussionsprozess, bei dem sich bestimmte Richtungen verfestigen, andere jedoch falsifizieren. Jede wissenschaftliche Aussage erfordert die Überprüfbarkeit (durch andere Wissenschaftler) und zumindest Transparenz und Nachvollziehbarkeit gegenüber allen. Diesem Mindeststandard wird der Entwurf nicht gerecht. Statt Argumente, aufbauend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, wird an zahlreichen Stellen Wissenschaft zur Glaubensfrage erklärt.

So sollen medizinische Gutachten "die nicht dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen" unter Strafe gestellt werden (§ 7 Abs. 5). Bestraft werden soll offenbar der Inhalt eines Gutachtens. "Stand der medizinischen Wissenschaft" kann jedoch nur die Vorgangsweise, wie das Gutachten zustande gekommen ist beschreiben, nicht den Inhalt. Dieser liegt immer in der Verantwortung des Arztes.

Die Bestimmung hat zur Konsequenz, dass Ärzte in ihrer Entscheidungs- und Befundungsfreiheit beschränkt und verunsichert sind.

Weiters beschreiben die Begründungen zu § 3 Z 3 eine Impfausnahme von Personen "die von COVID-19 genesen sind und von denen nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine mit Geimpften vergleichbare epidemiologische Gefahr ausgeht."

Frage: Wie sind die Kriterien der "epidemiologische Gefahr" von Geimpften, sowie die der "aktuellen Stand der Wissenschaft" zu bewerten?

Auch die Beschränkung auf COVID-19-Genesene ist willkürlich.

Damit wird die Berufung auf den "Stand der Wissenschaft" zu einer für den Normunterworfenen willkürlichen und nicht nachvollziehbaren Rechtsvorgabe.

Im Ergebnis führt § 3 Z 3 dazu, dass jede mit Strafe bedrohte Person Einsprüche machen muss. Dabei wird der Hinweis auf das Fehlen der Impfpflicht auf Grund eines bestehenden Schutzes nach dem "aktuellen Stand der Wissenschaft" das entscheidende Argument sein. Unzählige Verwaltungsverfahren sind vorprogrammiert und erforderlich um individuell das Bestehen oder Nicht-Bestehen einer "vergleichbaren epidemiologischen Gefahr" festzustellen.

Rasterfahndung zur automatisierten Verhängung von Verwaltungsstrafen

Um eine sanktionierbare Impfpflicht in Österreich umzusetzen, müssen mehrere - zu völlig anderen Gründen - geschaffene Datenbanken miteinander verknüpft werden. Eine derartige Verknüpfung wird als "Automationsunterstützter Datenabgleich" (vulgo "Rasterfahndung") bezeichnet und ist im Strafrecht in § 141 StPO geregelt. Um einen Abgleich - ohne ausdrückliche gesetzliche Grundlage - durchführen zu können, muss der Verdacht einer mit mehr als 10 Jahren bedrohten Freiheitsstrafe vorliegen. Die Hürde hat der Gesetzgeber bewusst hoch gehalten. Dies hatte bisher zur Folge, dass nur sehr wenige Datenabgleiche tatsächlich durchgeführt wurden.

Darüber hinaus gibt es einige gesetzlich geregelte "automationsunterstützte Datenabgleiche". Die bekannteste Regelung ist die seit 2011 eingeführte Registervolkszählung der Statistik Austria. Ziel des Abgleichs einer großen Zahl von Evidenzen, wie die Meldevidenz, Wohnungs- und Arbeitsstättenvidenz, Sozialversicherungsdaten ist es statistische Informationen zur Gesamtbevölkerung zu gewinnen.

Völlig neuartig am bestehenden Vorhaben ist, durch eine Rasterfahndungsoperation Datensätze zur Ausstellung automatisierter Strafverfügungen zu erhalten.

Auf Grund der komplizierten Laufzeitregelungen der einzelnen Impfungen und der daraus resultierenden Intransparenz für die Betroffenen ist mit bis zu fünf Millionen Strafverfügungen allein für 2022 zu rechnen.

Willkürliche Festlegung des Kreises der Betroffenen

§ 1 Abs. 1 legt den Kreis der Betroffenen mit allen Personen über 18 Jahren mit Hauptwohnsitz in Österreich fest. Abs. 2 erweitert unter bestimmten Voraussetzungen diesen Personenkreis auf alle ab 14 Jahre. Auch hier ist der Hauptwohnsitz bestimmendes Kriterium.

Weder das Gesetz, noch die Begründung liefert eine sachliche Grundlage, warum diese Gruppe unter die Maßnahmen dieses Gesetzes fallen sollen. Wenn von in Österreich aufhältigen Personen eine Gefahr im Sinne dieses Entwurfes ausgeht, dann auch von Personen, die keinen Hauptwohnsitz gemeldet haben.

Frage: Wie begründen Sie sachlich die Einschränkung auf Personen mit Hauptwohnsitz in Österreich?

Die Ausnahme großer Gruppen, die zwar in Österreich aufhältig sind, aber keinen Hauptwohnsitz haben, führt zu einem Verfehlen des angestrebten Ziels des Schutzes der "öffentlichen Gesundheit".

Grundrechtseingriffe, die schon vom Konzept her nicht das angestrebte Ziel erreichen sind keinesfalls verfassungskonform.

Keine objektivierbare Definition des angestrebten Schutzniveaus

Frage: Wie definieren Sie die konkreten Ziel- Kriterien des geplanten Grundrechtseingriffes?

Abgesehen von der abstrakten Erklärung, die "öffentliche Gesundheit zu schützen" (§ 1 Abs 1) und zahlreichen statistischen und wahrscheinlichkeitstheoretischen Annahmen und Behauptungen im Entwurf und der Begründung, findet sich kein objektiv messbares Ziel.

Es wird an keiner Stelle definiert, unter welchen Bedingungen eine Person tatsächlich eine oder keine Gefahr für die "öffentliche Gesundheit" darstellt. Der Hauptgrund für das völlige Fehlen prüfbarer objektiver Kriterien ist offenbar die Unkenntnis, welche Kriterien tatsächlich herangezogen werden könnten.

Somit bleibt als relevanter Parameter nur die vage Meinung, dass häufiges Impfen - irgendwann - zu einer Verbesserung der "öffentlichen Gesundheit" führen würde. Für einen individuellen und schwerwiegenden Grundrechtseingriff ein zu vages Ziel.

Tatsächlich ist der medizinische "Stand der Wissenschaft" noch nicht so weit kausale Zusammenhänge zwischen bestimmten individuellen Dispositionen und einer COVID-19-Erkrankung bzw dem COVID-19-Verbreitungsrisiko feststellen zu können.

Das Vorhandensein von Antikörpern scheint ein notwendiger, offenbar nicht ausreichender Hinweis für eine Immunisierung zu sein. Jedenfalls wird im Entwurf nur vage von "neutralisierenden Antikörpern" gesprochen.

Frage: Wie definieren Sie den quantitativen Umfang dieser Antikörper?

Die Impfung von Personen, die schon in der Vergangenheit keine Antikörper ausgebildet haben, mag Bürokraten in der Erfüllung dieses Gesetzes befriedigen. Sie stellen jedoch einen nutzlosen, unzulässigen und im Ergebnis gefährlichen Eingriff in die Gesundheit und die Persönlichkeitsrechte dar.

Auch die Impfung von Personen die ausreichend Antikörper haben, ist eine überflüssige und gefährliche Schikane.

Der Entwurf verlangt überflüssige und nutzlose Impfungen und diskriminiert und sanktioniert Personen, die sich gegen derartige Impfungen aussprechen.

Erst mit einer konkreten Maßzahl würde eine Impfpflicht Sinn machen. Auf Basis dieser Maßzahl könnte jeder Betroffenen eine Empfehlung - im extremsten Fall auch eine Verpflichtung - für eine Impfung erhalten.

Frage: Was sind die objektiven Kriterien, ab wann eine Person nicht mehr als Gefahr für die öffentliche Gesundheit einzustufen ist?

Da diese derzeit im Entwurf fehlen, ist dieser willkürlich, unbestimmt und allein aus diesem Grund verfassungswidrig.

Willkürliche Fristen und Impfrhythmen

Breiten Raum nehmen in diesem Entwurf Impfzahlen, Impfrhythmen und Fristen ein. Unter anderem sollen Impfungen nach 360 Tagen nicht mehr gelten (§4 Abs. 3), Zweitimpfungen innerhalb von 14 bis 42 Tagen erfolgen (§ 4 Abs. 1 Z 2), weitere Impfungen müssen innerhalb von 120 bis 270 Tagen nach vorheriger Impfung erfolgen (§ 4 Abs. 1 Z 3). Weitere komplizierte Ausnahmeregelungen werden für erkrankte Personen festgeschrieben, u.a. dürfen sich diese erst 21 Tage nach "Ablauf der Infektion" einer Erstimpfung unterziehen (§ 4 Absatz 6 Z 1).

Erkrankt jedoch eine Person zwischen zwei vorgesehenen Impfungen an COVID-19, dann verschiebt sich der nächste Impftermin um bis zu 180 Tage "ab dem Tag der Probenahme" (§ 4 Abs. 2).

Die genannten Zeitangaben finden sich in der Fachliteratur und in den Empfehlungen der Hersteller. Dort finden sich jedoch auch völlig andere Empfehlungen und Zeitabstände, wobei durch neue Publikationen diese Fristen laufend geändert werden. Auch die Empfehlungen der Hersteller können aus individuellen Gründen des Patienten oder im sogenannten "Off-Label-Use" zum Teil erheblich über- und unterschritten werden. So können Nicht-COVID-19-Erkrankungen und -Behandlungen zu Unterbrechung oder sogar Abbruch von Impfungen führen.

Die im Gesetz vorgesehenen Fristen sind willkürlich und geben bestenfalls den Wissensstand einzelner Fachgruppen zum Zeitpunkt des Gesetzesentwurfs wider.

Frage: Wie wird diesbezüglich der langfristige "Stand der Wissenschaft" angesehen?

Weiters operiert der Entwurf mit unbestimmten Formulierungen, wie "Ablauf der Infektion".

Frage: Wie konkret wird dieser Zeitpunkt bestimmt?

Auch technisch-handwerklich kippen die Zeitvorgaben ins kafkaeske.

Frage: Gilt etwa eine Zweitimpfung, die schon nach 13 Tagen oder nach 43 Tagen erfolgte nicht mehr?

Frage: Ist eine Impfung am 361. Tag oder 271. Tag ungültig, bloß weil an den Tagen davor kein Impfstoff verfügbar war?

Derartige Terminverschiebungen sind auf Grund von notwendigen Geschäfts- oder Urlaubsreisen leicht möglich.

Das gesamte Zeitregelwerk wirkt wie ein legistisches Zahlenlotto, dem sich die einbringenden Abgeordneten und ihre "Experten" bedient haben.

Im Einzelfall werden Betroffene nur bedingt feststellen können, ob sie die zeitlichen Verpflichtungen tatsächlich korrekt eingehalten haben. Ein Gesetz, dass Normunterworfenen nicht oder nur bedingt anwenden können ist schon allein aus diesem Grund verfassungswidrig.

Willkürliche Festlegung auf bestimmte Impfstoffe

Der Entwurf listet die erlaubten Impfstoffe auf (§ 2 Z 3 lit a-d): BionTech, AstraZeneca, Janssen und Moderna. Weiters kann der Gesundheitsminister weitere Impfstoffe per Verordnung zulassen (§ 2 Z 3 lit e).

Gemäß § 2 Z 4 können auch weitere Impfstoffe zur Anwendung kommen: "Anerkannte Impfstoffe gegen COVID-19: Impfstoffe gemäß einer Verordnung gemäß § 4 Abs. 7, denen hinsichtlich ihrer epidemiologischen Wirksamkeit eine den in Z 3 genannten Impfstoffen vergleichbare Wirksamkeit und Sicherheit zukommt."

Auch in diesem Fall besteht eine Verordnungsermächtigung des Gesundheitsministers. Gleichzeitig enthält diese Bestimmung unbestimmte Formulierungen: "hinsichtlich ihrer epidemiologischen Wirksamkeit eine den in Z 3 genannten Impfstoffen vergleichbare Wirksamkeit und Sicherheit zukommt".

Frage: Wie wird die "epidemiologische Wirksamkeit" der zugelassenen Impfstoffe definiert?

Frage: Wie genau wird die Formulierung "vergleichbare Wirksamkeit und Sicherheit " bestimmt?

Diese öffnet derzeit der beliebigen Interpretation Tür und Tor!
Dies ist insbesondere in Hinblick auf die nächsten Virusvarianten von Bedeutung. Stellt sich in Zukunft eine mangelhafte Wirkung der gesetzlich genannten Impfstoffe heraus, bleiben diese Impfstoffe trotzdem weiterhin verpflichtend. Andere, nicht genannte Impfstoffe, die besser wirken, könnten - absurderweise - ausgeschlossen bleiben.

Die Bestimmung ist legislativ-handwerklich stümperhaft formuliert.

Die Bestimmung ist zudem diskriminierend und führt zu unsachlichen Differenzierungen. Weltweit sind neben den genannten Impfstoffen zahlreiche weitere Impfstoffe zugelassen und millionenfach mit vergleichbarer Wirkung in Verwendung (ua ZyCoV-D, Sputnik V, Ad5-nCoV, BBIBP-CorV, Covaxin, Covovax, ...).

Es ist nicht nachvollziehbar, warum Personen, die eine derartige Impfung haben, sich dem Risiko weiterer, letztlich nutzloser Impfungen aussetzen müssen um den Strafen dieses Gesetzes zu entgehen.

Auch in diesem Zusammenhang führt das Fehlen objektiver Zielvorgaben, wann eine Person nicht mehr als Gefahr für die öffentliche Gesundheit einzustufen ist, zu willkürlichen, unsachlichen und damit verfassungswidrigen Bestimmungen.

Keine Beachtung alternativer Maßnahmen zur Impfpflicht

In der Begründung zum Entwurf (Seite 8/17) wird abstrakt von bestehenden begleitenden Maßnahmen zur Impfpflicht gesprochen.

Tatsächlich gibt es zahlreiche alternative Maßnahmen zur Pandemiebeschränkung, dazu eine kurze Auswahl:

- Beratungspflicht über therapeutische Maßnahmen zu COVID-19 und niederschwelliger Zugang dazu (auch ohne Sozialversicherung)
- verbesserte Haus-Betreuung von COVID-19-Erkrankten
- Einrichtung von spezialisierten COVID-19-Behandlungszentren um die Übertragung zu Nicht-COVID-19- Patienten zu minimieren
- umfassende Bereitstellung von Medikamenten zur Behandlung oder zumindest Linderung von COVID-19-Erkrankungen
- ein funktionierendes österreichweites Spitals- und Bettenmanagement

- eine ernsthafte und umfassende Beteiligung Österreichs am internationalen Pandemiemanagement: laut WHO wäre eine weltweit einheitliche 40%-Impfquote eine wesentlich wirksamere Methode der Pandemiebekämpfung, als in einzelnen Staaten Dritt-, Viert- und Fünft-Stiche anzuordnen
- ein österreichweites Kontakt- und Tracking Management (bis heute endet die Kontaktverfolgung an den Bundesländergrenzen)
- einheitliche und aktuelle Datenerfassung und -auswertung (bis heute gibt es keine Konsistenz von einfachsten Fundamentaldaten, wie Zahl der Infektionen, der Spitalsbettenbelegung, der Todesfälle), abgesehen von Analysedaten über Zusammenhänge zwischen Impfung und Ansteckung, Umfang der Antikörper und Ansteckungsrisiko usw usf
- praxisnahe Distanzregeln
- Testkonzepte die auch auf Randgruppen Rücksicht nehmen, wie Menschen mit massiv eingeschränkter Motorik, mit psychischen und/oder physischen Einschränkungen
- Entwicklung eines österreichweiten Pflege- und Betreuungskonzepts, das einerseits die bestehenden Kapazitäten und Qualifikationen optimal nutzt, andererseits neue Kapazitäten bereitstellt. Bei entschlossenem Handeln wäre es zwei Jahre nach Beginn der Pandemie möglich gewesen ganze Ausbildungslehrgänge abzuschließen und damit die personelle Engpässe zu reduzieren.

Frage: Weshalb finden sich im Entwurf zu keiner dieser Maßnahmen Argumente warum sie oder warum sie nicht in Österreich zur Pandemiebekämpfung eingesetzt werden?

Tatsächlich werden sie nicht einmal erwähnt!

Erwähnt werden ausschließlich einige - zum Teil fragwürdige - Marketingaktionen der letzten Monate, deren Unwirksamkeit in der Öffentlichkeit hinlänglich bekannt sind. Statt die unwirksamen Maßnahmen durch neue, effektive Maßnahmen zu ersetzen, wird die Unwirksamkeit als Argument für die Impfpflicht verwendet.

Schritt zur Automatenmedizin - Menschen werden zu "Menschenmaterial"

Dass COVID-19-Impfungen grundsätzlich wirken, ist unbestritten. Genauso unbestritten ist jedoch auch, dass sie

- nicht nachhaltig wirken bzw. die Wirkungsdauer kurz ist,
- bei Menschen trotz grundsätzlich vergleichbarer Disposition (Alter, Vorerkrankungen, Gewicht, Lebensstil, ...) höchst unterschiedlich wirken,
- keine tatsächliche Immunisierung stattfindet, sondern nur eine Milderung von Krankheitsverläufen und eine Milderung der Weitergabe der Viren ("geringere Virenlast")
- der Wissenstand über die Wirkung schwankend ist und im Laufe der letzten 12 Monate enormen Veränderungen unterworfen war: noch vor wenigen Monaten wurde die AstraZeneca-Impfung als absolut ausreichend und sicher von denselben österreichischen Gremien angepriesen, die zum gegenwärtigen Stand diese Impfung als unzureichend und faktisch nicht empfehlenswert einstufen.

Damit ergibt sich für die bisherigen Impfstoffe eine statistische Wirksamkeit, die abhängig von Virusvariante, Verabreichungsmethode und Impfstoff zwischen 30% - 90% "Wirkung" reicht.

Für Bürokraten und Statistiker mag es sinnvoll und befriedigend sein, wenn Maßnahmen gesetzt werden, die zu 30-90% wirksam ist.

Menschen haben jedoch Anspruch auf individuelle medizinische Beratung, Anamnese und Behandlung. Es ist daher im Einzelfall festzustellen, welche Gründe für und gegen eine Impfung mit einem bestimmten Impfstoff sprechen. Dabei sind - wie bei jeder anderen medizinischen Anamnese - auch individuelle Risikofaktoren, wie soziales Umfeld oder Lebensgewohnheiten und die erwartbare individuelle Wirksamkeit zu beachten. Nur wenn eine individuelle Einschätzung zu einem bedenkenlosen Ergebnis kommt, ist eine Impfung verantwortbar. Aber auch in diesem Fall muss die Letztentscheidung zur Impfung beim Betroffenen liegen. Hier wären im Einzelfall individuelle Auflagen, etwa Besuchs-, oder Kontaktverbote, Abstandsregeln oder Verpflichtungen zum Tragen von Schutzmasken für Personen, die sich trotz positiver Prognose nicht impfen lassen, denkbar und grundrechtlich vertretbar.

Frage: Weshalb werden diese Alternativen im Entwurf nicht einmal angedacht?

Der Entwurf missachtet die individuellen Grundrechte und verpflichtet alle Menschen gemäß § 1 zu einem einheitlichen medizinischen Vorgehen. Die in § 3 Abs 1 genannten Ausnahmegründe können diese Form der Automatenmedizin nicht relativieren.

Dies gilt insbesondere für den unter § 3 Abs 1 Z 2 genannten Ausnahmegrund "Personen, die nicht ohne Gefahr für Leben oder Gesundheit geimpft werden können". Die Begründungen zu § 3 engen diesen Punkt auf bestehende gesundheitliche Ausschlussgründe ein, wie etwa Allergien oder Immunsuppression, umfassen aber nicht die Gefahren, die durch die Impfung selbst verursacht werden.

Die Meldesysteme zu den COVID-19-Impfungen weisen mittlerweile mehrere tausend Tote und mehrere 10.000 Erkrankte nach Impfungen aus:

- EU:

<https://www.adrreports.eu/de/>

<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/researchdevelopment/pharmacovigilance/eudravigilance>

- USA:

<https://vaers.hhs.gov>

Selbstverständlich ist die Zahl der Impfschäden geringer als die Zahl der COVID-19-Toten selbst. Statistisch kann man argumentieren, dass die Gefahr der COVID-Erkrankung höher ist, als die Gefahr eines Impfschadens.

Diese Argumentation ist zynisch und missachtet den Menschen als Individuum. Sie ignoriert auch die unterschiedlichen Lebenssituationen und die daraus resultierenden unterschiedlichen Ansteckungsrisiken.

Menschen werden in diesem Entwurf eher als Menschenmaterial, als "Verschubmasse" in einem Krieg gegen ein Virus angesehen, statt als Personen mit individuellen gesundheitlichen Dispositionen und Bedürfnissen.

Der Einzelne wird nicht zu 30% vor Corona geschützt oder stirbt zu 0,00005% an Impfnebenwirkungen. Entweder er stirbt an den Impfnebenwirkungen oder nicht. Dieses Risiko zu akzeptieren oder auch nicht muss eine individuelle Entscheidung bleiben. Der vorliegende Gesetzes-Entwurf setzt den mit ELGA begonnenen Trend zur Entindividualisierung der Medizin fort.

Statt individuelle Beratung und Betreuung werden statistische Behandlungsmethoden bevorzugt. In letzter Konsequenz machen diese Maßnahmen den Arztberuf überflüssig.

Im Umkehrschluss bedeutet diese extrem beschränkte Ausnahmeregelung, dass der impfende Arzt garantieren können muss, dass seine Impfung KEINE "Gefahr für Leben oder Gesundheit" darstellt. Jede Person, die Bedenken zur Zuverlässigkeit der Impfung hat wird nach Verabschiedung des Gesetzes gut beraten sein, vom impfenden Arzt eine Unbedenklichkeitsgarantie zu verlangen.

Ärzte sollen Hippokratischen Eid missachten

"Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht."

Was jahrhundertlang gegolten hat, soll mit diesem Entwurf über Bord geworfen werden, der sogenannte Hippokratische Eid.

Der vorliegende Entwurf verpflichtet Ärzte pauschal zur Verabreichung von Impfungen, ohne Eingehen auf die individuelle Situation. Gleichzeitig wird die Dokumentation von Befreiungsgründen stark beschränkt und kann - quasi per Ferndiagnose - vom Gesundheitsminister inhaltlich vorgegeben werden.

Denkbar und möglicherweise verfassungskonform umsetzbar wäre eine Impfpflicht, die nach individueller Beratung und Anamnese zum Schluß kommt, dass es kein Risiko durch die Impfung bei gleichzeitig hohem Ansteckungsrisiko gibt. Typischerweise wird das nur bei bestimmten Berufsgruppen der Fall sein, die regelmäßigen und engen Kontakt zu Personen haben, bei denen eine COVID-19-Erkrankung mit schwerem Verlauf wahrscheinlich ist und die ein hohes Risiko für Spitalsaufenthalte oder langwierige Krankheitsverläufe haben.

Frage: Wie kann eine mögliche Individualisierung der Impfmöglichkeiten aussehen?

Offenbar ist ein individualisierter Ansatz in der Bekämpfung von COVID-19-Erkrankungen nicht gewünscht.

Der verfassungsrechtlich unbedenkliche Weg einer umfassenden Beratungspflicht für alle Betroffene wurde nicht gewählt.

Unzureichende Ausnahmebestimmungen

Die Beschränkungen der Impfausnahmen auf Schwangere, in der Gesundheit gefährdete und von COVID-19 genesene (nur 180 Tage lang) ist unzureichend. Unter anderem wurden die Rechte auf Religionsausübung bzw. weltanschauliche Gründe nicht missachtet. Selbst massive Eingriffe in die körperliche Integrität ("Beschneidung", Weigerung der Bluttransfusion, ...) oder in das Tierwohl ("Schächten") werden aus guten Gründen zur Wahrung des Grundrechts der freien Religionsausübung zugelassen. Freilich jeweils unter bestimmten Beschränkungen und Auflagen.

Frage: Weshalb ist diese Möglichkeit im vorliegenden Entwurf pauschal nicht gegeben?

Es wäre auch im Fall der Nicht-Impfung aus religiösen und/oder weltanschaulichen Gründen denkbar, durch bestimmte Auflagen das angestrebte Ziel "Schutz der öffentlichen Gesundheit" auch bei Nicht-Geimpften zu erreichen.

Durch das Fehlen von Alternativen zur Impfpflicht schränkt der Entwurf ohne sachliche Erfordernis Grundrechte der freien Religionsausübung und Weltanschauung ein.

Ausufernde Verordnungsermächtigung des Gesundheitsministers

Umfangreich sind die Verordnungsermächtigungen des Gesundheitsministers:

- [a] Zulassung zentral anerkannter Impfstoffe (§ 2 Z 3 lit e)
- [b] Zulassung sonstiger Impfstoffe (§ 2 Z 4)
- [c] Umfang und Form von Bestätigungen zur Impfbefreiung und Genesungsnachweisen (§ 3 Abs. 5)
- [d] inhaltliche Vorgaben zur Impfbefreiung (§ 3 Abs. 5)
- [e] Festlegung von Ausnahmeregelungen zur Impfbefreiung und zur Streichung von Ausnahmeregelungen (§ 3 Abs. 6)
- [f] Festlegung von Impfintervallen, Impfstoffen, Impfstoffkombinationen und Zahl der Impfungen (§ 4 Abs. 7)
- [g] Festlegung der Strafhöhen (§ 8 Abs. 2)
- [h] Festlegung des Impfkostenersatzes (§ 10 Abs. 2)

Zu insgesamt 8 Themen kann der Gesundheitsminister Verordnungen erlassen.

Abgesehen von den grundsätzlich sinnvollen administrativen Verordnungen zu Strafhöhen [g] und Impfkostenersatz [h] greifen die anderen Verordnungen tief in die Persönlichkeitsrechte der Menschen ein.

Durch die Vorgabe der Impfstoffe, deren Anwendungsart, deren Geltung, inklusive inhaltliche Vorgaben zur Impfbefreiung, wird massiv in die Therapiefreiheit von Ärzten eingegriffen. Individualisierte Betreuung, objektive Aufklärung unter Beachtung aller persönlicher Umstände ist nicht mehr möglich.

Patienten und Ärzte werden ihres Grundrechts der freien Therapiewahl beraubt und de facto entmündigt. Es handelt sich um weitreichende Eingriffsmöglichkeiten in Persönlichkeitsrechte durch ein Exekutivorgan, die in der Vergangenheit als "Orbanisierung der Grundrechte" bekannt wurden.

Die verfassungsrechtlich gebotene Trennung von Exekutive und Legislative wird aufgehoben. Es drängt sich das Bild des Gesundheitsministers als Voodoo-Doktor auf, der aus der Ferne Therapie und Gesundheit der Bürger und Bürgerinnen steuert.

Mangelhafte Daten als Grundlage für Strafentscheidungen

Ignoriert wird im Entwurf weiters die mangelhafte Datenqualität der Datenbestände. So kann ein Impfregeister für statistische Auswertungen noch geeignet sein, selbst wenn es bis zu 5% Fehleinträge (falsche Personenzuordnung, falsches Impfdatum, falscher Impfstoff, fehlender Eintrag, ...) enthält.

Eine noch höhere Fehlerquote dürfte das epidemiologische Meldesystem haben, das auf Grund der dezentralen Meldestruktur lückenhaft und fehleranfällig ist. Ärzte/Spitäler melden an Bezirksverwaltung, diese geben dann die Daten ohne Qualitätskontrolle ein. Auch hier kann das Ziel statistischer Analysen noch bei relativ schlechter Datenqualität erreicht werden.

Selbst beim Melderegister ist ein gewisser Prozentsatz an Fehlzusordnungen gegeben. Laut ARGE DATEN liegen immer wieder Beschwerden vor, dass Personen mit echten und auch unechten Doppelgängern verwechselt werden. Echte Doppelgänger sind unterschiedliche Personen, mit tatsächlich gleichen Vor- und Familiennamen + gleichem Geburtsdatum.

Schätzungen reichen in Österreich auf ein paar hundert Fälle. Unechte Doppelgänger sind schlicht Fehleintragungen bzw. Fehlzusordnungen, bei denen Teile der Daten falsch erhoben wurden. Davon sind mehrere tausend Menschen betroffen.

Die Verhängung von Strafverfügungen auf Basis derartiger Daten wäre weder verfassungskonform noch DSGVO-konform!

DSGVO-Konformität einer Strafverfügungsdatei nicht erkennbar

Das Zusammenführen bestehender Datenbanken zum neuen Zweck "automatisierte Strafverfügung" ist nicht grundsätzlich verboten, es müssen jedoch die strengen Vorgaben der DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) erfüllt sein.

Betroffene Datenbestände:

- Meldedaten gemäß ZMR (Zentrales Melderegister, MeldeG)
- zentrales Impfregeister (§ 24b ff GTelG 2012)
- Register der anzeigepflichtigen Krankheiten (EMS, § 4 EpiG)

Da sowohl im zentralen Impfregeister, als auch im EMS gesundheitsbezogene Daten verarbeitet werden, gilt gemäß DSGVO Art. 9 ein grundsätzliches Verarbeitungsverbot mit Ausnahmen.

Eine Begründung welche der nach Unionsrecht zulässigen Ausnahmen für die Verarbeitung der Gesundheitsdaten zur Ausstellung von Straferkenntnissen zutreffen soll, fehlt im Entwurf.

Verarbeitungsermächtigungen wie Zustimmung des Betroffenen (Art. 9 Abs. 2 lit. a) oder zu Zwecken der Gesundheitsversorgung (Art. 9 Abs. 2 lit. h) treffen nicht zu, übrig bleibt die Ausnahme Art. 9 Abs. 2 lit. i:

"i) die Verarbeitung ist aus Gründen des öffentlichen Interesses im Bereich der öffentlichen Gesundheit, wie dem Schutz vor schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren oder zur Gewährleistung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei der Gesundheitsversorgung und bei Arzneimitteln und Medizinprodukten, auf der

Grundlage des Unionsrechts oder des Rechts eines Mitgliedstaats, das angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Rechte und Freiheiten der betroffenen Person, insbesondere des Berufsgeheimnisses, vorsieht, erforderlich"

Frage: Wie soll der Entwurf diese Vorgaben erfüllen, ohne konkrete objektivierbare Ziele vorzugeben?

Damit diese Bestimmung anwendbar wird, müssen die Grundsätze bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Art. 5 DSGVO) und die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung (Art. 6 DSGVO) erfüllt sein.

Rechtmäßigkeit der Verarbeitung (Art. 6 DSGVO)

Kern der Bestimmung ist eine ausreichend klare gesetzliche Regelung und eine eindeutige Zuordnung der Datenverarbeitung zu einem Verantwortlichen.

Status des zentralen Impfreisters (§ 24b ff GTeIG)

Verantwortlich für das zentrale Impfreister sind sowohl der Gesundheitsminister, als auch jener Gesundheitsdienstleister, der die Impfung vornimmt und zur Eintragung verpflichtet ist. Das Impfreister selbst befindet sich noch in einer Pilotphase, was als Testphase zu interpretieren ist. Zweck der Verarbeitung ist die Bereitstellung von Daten zur Gesundheitsversorgung und Abrechnung. Eine Qualitätssicherung der eingetragenen Daten die sicher stellt, dass die personenbezogenen Daten ident zu den Meldedaten bleiben, findet nicht statt. Weiters finden sich im GTeIG keine Hinweise für die Zulässigkeit eines Datenabgleichs mit dem Melderegister.

Status des Registers der anzeigepflichtigen Krankheiten (EMS, § 4 EpiG)

Verantwortlich für das EMS ist der Gesundheitsminister. Zweck des EMS ist im wesentlichen die Koordinierungsfunktion der Bezirksverwaltungsbehörden und der Landeshauptleute. Weiters dürfen die Daten vom Gesundheitsminister "zum Zweck des Ausbruchs- und Krisenmanagements, wie etwa für die Ermittlung von Impfdurchbrüchen, von Ausbruchsklustern oder für die Kontaktpersonennachverfolgung, verarbeitet werden." (EpiG § 4 Abs 3a). Eine Qualitätssicherung der eingetragenen Daten die sicher stellt, dass die personenbezogenen Daten ident zu den Meldedaten bleiben, findet nicht statt. Weiters finden sich im EpiG keine Hinweise für die Zulässigkeit eines Datenabgleichs mit dem Melderegister.

Durch den Abgleich von Meldevidenz, Impfreister und EMS zum Zwecke der Strafverfolgung entsteht eine neue Datenverarbeitung, die den Vorgaben der DSGVO Art. 5 genügen muss.

Insbesondere müssen die Daten gemäß Art. 5 Abs. 1 lit c) und d) auf ein Minimum beschränkt und sachlich richtig sein:

"c) dem Zweck angemessen und erheblich sowie auf das für die Zwecke der Verarbeitung notwendige Maß beschränkt sein („Datenminimierung“);

d) sachlich richtig und erforderlichenfalls auf dem neuesten Stand sein; es sind alle angemessenen Maßnahmen zu treffen, damit personenbezogene Daten, die im Hinblick auf die Zwecke ihrer Verarbeitung unrichtig sind, unverzüglich gelöscht oder berichtigt werden („Richtigkeit“);"

Diese Vorgaben werden durch den vorliegenden Entwurf erheblich verletzt:

- es gibt keine ausreichenden Garantien, dass die Daten des Abgleichs tatsächlich für alle Betroffenen richtig sind, systematische Fehler durch nicht aktuelle Einträge sind vorprogrammiert
- aus den Daten kann nicht hinreichend sicher eine tatsächliche Verletzung der Impfpflicht abgeleitet werden

In Hinblick auf die massiven negativen Auswirkungen für hundertausende Menschen durch die ungeprüfte Erstellung von Strafverfügungen widerspricht diese Verarbeitung den Anforderungen der DSGVO.

Fehlende Datenschutz-Folgenabschätzung

Werden Gesundheitsdaten verarbeitet ist gemäß Art. 33 DSGVO zwingend eine Datenschutz-Folgenabschätzung erforderlich. Dies umso mehr als im vorliegenden Fall das fehleranfällige Verfahren eines Datenabgleichs von Beständen mit höchst unterschiedlichen Datenstrukturen und Verwendungszwecken verwendet wird. Weiters betrifft die Verarbeitung eine sehr große Zahl von Personen (etwa 3-5 Millionen allein 2022) und hat für diese Menschen massive negative Konsequenzen.

Durch den sehr hohen Kreis an zugriffsberechtigten Personen zum Impfregister und dem EMS (mehrere 1000 Personen) besteht eine erhebliche Gefahr von Fehleinträgen und Sicherheitslücken. Erst mit Dezember 2021 wurde neuerlich eine massive Sicherheitslücke im EMS aufgedeckt (<https://epicenter.works/content/datenskandal-im-epidemiologischenmeldesystem-ems>).

Frage: Wieso sieht der Entwurf keine Datenschutz- Folgeabschätzung vor?

Frage: Was sind die geeigneten Garantien und Qualitätssicherungsmaßnahmen, die eine Fehlverarbeitung von Personendaten verhindern?

Missachtung des Verbots automatisierter Entscheidungsverfahren

Art. 22 DSGVO verbietet automatisierte Entscheidungsverfahren, die nachteilige Auswirkungen für den Betroffenen haben. Der vorliegende Entwurf ist ein derartiges automatisiertes Verfahren.

Ausgenommen von dem Verbot sind nur gesetzliche Bestimmungen, die "angemessene Maßnahmen zur Wahrung der Rechte und Freiheiten sowie der berechtigten Interessen der betroffenen Person enthalten" (Art. 22 Abs. 2 lit. b DSGVO)

Der vorgelegte Entwurf enthält keinerlei Garantien und Maßnahmen zur Verhinderung von Nachteilen durch automatisierte Entscheidungsverfahren und ist daher in dieser Form unzulässig.

Verhängung von Beugestrafen

In den Begründungen wird behauptet, keine "Beugestrafe" verhängen zu wollen (siehe Seite 10/17), der Gesetzes-Text selbst sieht jedoch ein derartiges Beugestraf-Verfahren vor.

Nicht nur soll ohne individuelle und inhaltliche Prüfung eine Strafverfügung ausgestellt werden. Diese Strafverfügung soll zusätzlich alle drei Monate erneut ausgestellt werden (§ 7 Abs. 1). Dies obwohl die Entscheidung ein Impfrisiko einzugehen oder nicht, nur einmal getroffen werden kann. Damit hat die wiederholte Bestrafung derselben Tat den Effekt einer Beugestrafe.

Der Zeitraum von drei Monaten ist willkürlich, unbegründet und damit unsachlich.

Die Wiederholung von Strafverfügungen widerspricht dem Grundsatz nicht für dieselbe Tat mehrfach bestraft zu werden und ist verfassungswidrig.

Das Argument es würde ein Dauerdelikt vorliegen greift nicht, da die Wiederholung schon am nächsten Tag stattfinden würde und es müsste daher - soll tatsächlich die Pandemiebekämpfung der ernsthafte Grund für den Gesetzesentwurf sein - wesentlich rascher eine Reaktion erfolgen.

Sachlich gerechtfertigt wäre eine neue Strafe dann, wenn unter Beachtung der individuellen Situation neue Sachverhalte gegeben wären, die die Neubewertung der Impfoptionen ermöglichen. Dies wäre zum Beispiel bei neuen Impfstoffen mit verbesserter Wirkung und/oder verringerten Nebenwirkungen der Fall.

Zusammenfassung der bisherigen Ausführungen:

Der vorgelegte Entwurf ist nicht geeignet einen sachlich und grundrechtlich vertretbaren Beitrag zur Pandemiebekämpfung zu leisten. Er ist jedoch so angelegt, dass 2022 tausende, wenn nicht sogar Millionen Strafverfahren drohen, die zusätzlich zu den Behinderungen durch COVID-19 staatliche Strukturen lähmen und enorme Kosten verursachen werden.

Fehlende Eignung:

- Der Entwurf legt willkürlich den Betroffenenkreis fest und wird nicht auf jene Personen beschränkt, die gefährlich im Sinne des Gesetzes sein könnten.
- Der Entwurf legt als Schutzniveau ausschließlich eine willkürliche Zahl an Impfungen fest, er definiert kein objektivierbares Schutzniveau, an dem sich Betroffene in Ihrem Verhalten orientieren können.
- Der Entwurf ignoriert die Beschränkungen der Impfstoffe, insbesondere, dass die Impfstoffe nicht bei allen Menschen wirken, sehr unterschiedlich wirken, nur mildernd bei Krankheitsverläufen wirken und die Wirkung nicht dauerhaft ist.
- Impffristen, Zahl der Impfungen und Impfstoffe werden willkürlich festgelegt.
- Datenbestände, die sich zum Teil noch in einer Testphase befinden, sollen ohne der verpflichtenden Datenschutz-Folgenabschätzung zusammengeführt werden.
- Das verwendete Datenmaterial zur Erlassung von Strafverfügungen wurde zu anderen Zwecken ermittelt und ist daher für Strafverfügungen zu fehleranfällig und ungeeignet.

Fehlende Erforderlichkeit:

- Der Entwurf ignoriert Alternativen und begleitende Maßnahmen zur Eindämmung des Pandemiegeschehens, insbesondere werden keinerlei Lösungen der strukturellen Probleme der Gesundheitsversorgung wahrgenommen.
- Die Möglichkeit einer umfassenden Beratungspflicht über alle therapeutischen Möglichkeiten zu COVID-19 wurde nicht aufgegriffen. Dieser Beratungspflicht wären sowohl Ärzte, als auch Betroffene unterworfen.
- Der Entwurf operiert mit fehlerhaften Annahmen über den Zusammenhang von Impfung und Pandemiegeschehen.

Fehlende Verhältnismäßigkeit:

- Der Entwurf ignoriert grundrechtliche Vorgaben, wie sie der Europarat zu COVID-19 festgelegt hat.
- Der Entwurf verpflichtet Menschen sich vom Verdacht eines rechtswidrigen Verhaltens freibeweisen zu müssen und kehrt damit die Unschuldsvermutung um.
- Der Entwurf führt - entgegen den Vorgaben der DSGVO - automatisierte Strafverfahren ein.
- Betroffene und Ärzte werden in ihren medizinischen Entscheidungen willkürlich beschränkt.

- Die ausufernde Verordnungsermächtigung des Gesundheitsministers widerspricht dem Gebot der Gewaltentrennung zwischen Exekutive und Legislative.

- Die Konformität mit der DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) ist an mehreren Stellen nicht gegeben.

Eine Impfpflicht zum Schutz der öffentlichen Gesundheit ist nur dann gerechtfertigt, wenn:

1) Alle gelinderen Maßnahmen ausgeschöpft wurden - - Link: <https://bit.ly/3d64Jfu>

Frage: Weshalb wurden die Empfehlungen der OECD von Anfang Mai 2021 nicht befolgt?

Link: <https://bit.ly/318laWv>

Frage: Weshalb wurde von Anfang an kaum in proaktive und niederschwellige Angebote sowie vertrauensbildende Maßnahmen investiert?

Link: <https://bit.ly/316LGjz>

So hatte Österreich den höchsten Vertrauensverlustes in die Regierung in allen EU-27-Ländern:

Link: <https://bit.ly/3D31SP5>

Frage: Weshalb ist die Regierung nach beinahe 2 Jahren erfolgloser Pandemie- Bekämpfungsmaßnahmen noch nicht zurückgetreten und hat Experten übernehmen lassen?

Das wäre doch das Einfachste und Naheliegendste gewesen und hätte Österreich viel Not und Leid erspart!

2) Österreich verstößt mit der geplanten Impfpflicht aber auch gegen die im April 2021 getätigte Empfehlung der WHO:

Link: <https://bit.ly/31a2FRV>

"Impfstoffe sind wirksam, um Menschen vor schweren Verläufen von COVID-19 zu schützen.

Regierungen und/oder institutionelle Entscheidungsträger sollten Argumente verwenden, um eine freiwillige Impfung gegen COVID-19 zu fördern, bevor sie eine obligatorische Impfung in Betracht ziehen. Es sollten Anstrengungen unternommen werden, um den Nutzen und die Sicherheit von Impfstoffen für eine größtmögliche Akzeptanz der Impfung zu kommunizieren. Strengere regulatorische Maßnahmen sollten nur erwogen werden, wenn diese Mittel nicht zum Erfolg führen. Eine Reihe ethischer Überlegungen und Vorbehalte sollten explizit diskutiert und eine ethische Analyse durchgeführt werden, ob eine obligatorische COVID-19-Impfung eine ethisch vertretbare politische Option ist. Ähnlich wie bei anderen Politiken im Bereich der öffentlichen Gesundheit sollten Entscheidungen über obligatorische Impfungen durch die besten verfügbaren Beweise gestützt und von legitimen öffentlichen Gesundheitsbehörden auf transparente, faire und nicht diskriminierende Weise getroffen werden und die Betroffenen einbeziehen / beteiligen."

3)

Frage: Weshalb fehlen im Gesetzesentwurf auch SMARTe (spezifische, messbare, adäquate, erreichbare und mit einem Zeithorizont versehene) Ziele?

Wenn das Ziel die Steigerung der Impfquote ist, dann braucht es wissenschaftliche Belege, dass dies mit einer Impfpflicht gelingt. Aktuell gibt es dazu keine bzw. eher gegenteilige Studienergebnisse -

Link: <https://go.nature.com/3Eda2WC> -

Österreich ist bis dato auch das einzige europäische Land das eine Impfpflicht einführen will. Die Impfstrategien der anderen europäischen Länder haben gezeigt, dass es viele andere Möglichkeiten gibt die Impfquote zu steigern.

Wenn das Ziel der Infektionsschutz ist, dann braucht es valide Daten in welchem Ausmaß und wie lange die Impfung die Übertragung reduziert. Die WHO geht aktuell von minus 40 Prozent aus. Aktuell ist eher davon auszugehen, dass SARS-CoV-2 endemisch wird -
Link: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1074761321004040 -
also weiterhin global zirkuliert, sowohl unter geimpften als auch unter nicht geimpften Personen.

Wenn das Ziel der Systemschutz ist, dann braucht es hohe Impfquoten in den Risikogruppen. Über 80 Prozent der Patient*innen die wegen COVID-19 intensivmedizinisch versorgt werden müssen sind über 50 Jahre alt und über 80 Prozent sind übergewichtig oder adipös. Für einen wirksamen Systemschutz muss somit vor allem die Impfquote in diesen Bevölkerungsgruppen gesteigert werden. Ob in Österreich ein höherer Anteil von mit SARS-CoV-2 infizierten Personen auf einer Intensivstation landet als in anderen europäischen Ländern, sollte ebenfalls hinterfragt werden. Letztendlich ist auch eine suboptimale Versorgung der COVID-Fälle (über 98% aller offiziellen Fälle) außerhalb der Krankenhäuser mitverantwortlich für eine mögliche Überlastung der stationären Versorgung.

4) Jedes Gesetz muss die Verhältnismäßigkeit beachten. Eine Impfpflicht hat auch unerwünschte Effekte und Nebenwirkungen. Zum Beispiel den Vertrauensverlust in Behörden und Regierung -
Link: <https://bit.ly/3I4RCcT> -
aber auch den Vertrauensverlust und Vernachlässigung anderer Impfungen -
Link: <https://bit.ly/3d2xU34> -
den Einfluss auf den sozialen Zusammenhalt unserer Gesellschaft, etc.

Frage: Wie wurde eine positive Nutzen-Risiko-Bilanz der geplanten Impfpflicht abgeschätzt und damit gewährleistet, dass mittel- und langfristig die negativen Effekte einer Impfpflicht nicht überwiegen?

5)

Frage: Ist eine Impfpflicht am Ende des Winters generell eine wissenschaftsbasierte und epidemiologisch sinnvolle Entscheidung?

Frage: Wie wissenschaftsbasiert sind diese Angaben?

Frage: Gibt es für alle skizzierten Szenarien eine wissenschaftliche Begründung?

Frage: Gilt diese Begründung für alle zugelassenen Impfstoffe, Altersgruppen, Risikogruppen, etc. in gleichem Ausmaß, unabhängig vom Immunstatus, also auch unabhängig von der Höhe der neutralisierenden Antikörper?

Frage: Auf welcher Evidenzbasis wurde festgestellt, dass gesunde Menschen ein epidemiologisches Risiko, oder ein Systemrisiko darstellen?

Frage: Auf welcher Evidenzbasis wurde festgestellt, dass genesene Personen mit einem hohen Titer an neutralisierenden Antikörpern, z.B. über 500/1.000 BAU/ml kein epidemiologisches Risiko, oder ein Systemrisiko darstellen?

Frage: Auf welcher Evidenzbasis wurde festgestellt, dass genesene Personen mit einem sehr niedrigen Titer an neutralisierenden Antikörpern, z.B. unter 5/10 BAU/ml ein epidemiologisches Risiko, oder ein Systemrisiko darstellen? Wieso wird hierfür nur der Antikörper-Titer herangezogen?

Frage: In welcher Form wurden bei der Erstellung des Gesetzesentwurfs die aktuellsten Studienergebnisse zur Wirksamkeit von Impfungen, der Wirksamkeit von 3. und 4. Impfungen, der Einfluss von neuen Virusvarianten (z.B. Omikron) auf die Wirksamkeit von Impfungen berücksichtigt?

Frage: Wurden bei der Erstellung des Gesetzesentwurfs die aktuellsten Studienergebnisse zur Re-Infektionsrate von genesenen Personen, deren Risiko für schwere Verläufe berücksichtigt?

Frage: Wurden bei der Erstellung des Gesetzesentwurfs die aktuellsten Studienergebnisse zum Nutzen-Risikoprofil der Impfungen bei gesunden 14- bis 30-Jährigen Personen, insbesondere Männern berücksichtigt?

Evidenzbasierung stellt auch im öffentlichen Gesundheitswesen eine zentrale Anforderung dar. Fünf allgemeine Prinzipien gelten in der evidenzbasierten Medizin wie auch in der evidenzbasierten Public Health (EBPH) -

Link: <https://bit.ly/3I9X8La>

"Insbesondere muss die Wirksamkeit von Public-Health-Maßnahmen auf Bevölkerungsebene und unter Alltagsbedingungen sorgfältig beleuchtet werden. Außerdem sollten potenziell negative Auswirkungen möglichst gering ausfallen, denn auch Public-Health-Maßnahmen können eine Vielzahl von nichtintendierten Folgen, die positiv oder negativ ausfallen können, haben. Analog zur Evidenzbasierten Medizin (EBM) sind also Wirksamkeit und Sicherheit von Bedeutung, der Nachweis eines Nettonutzens (d. h. Nutzen > Schaden) einer Maßnahme ist somit eine wichtige Voraussetzung für eine evidenzbasierte Public Health (EBPH). Darüber hinaus betreffen Public-Health-Maßnahmen große Bevölkerungsgruppen und diverse Lebensbereiche und können unter Umständen individuelle Freiheiten beschneiden, weshalb die Schaden-Nutzen-Abwägung noch umfassender verstanden werden muss als in der EBM."

Die fünf STIIP-Prinzipien von EBPH sind Systematik (S), Transparenz und Umgang mit Unsicherheit (T), Integration und Partizipation (I), Umgang mit Interessenkonflikten (I) und strukturierter, reflektierter Prozess (P).

Frage: Wie evidenzbasiert ist die Entscheidung für eine Impfpflicht?

Frage: Wie wurde der Nachweis eines Nettonutzens (d. h. Nutzen > Schaden) erbracht?

Frage: Wie wurde mit Unsicherheit umgegangen?

Frage: Wie erfolgte die Partizipation der betroffenen Bevölkerung?

Frage: Wie wurde mit Interessenkonflikten umgegangen?

Frage: Wie transparent, strukturiert ist und war der Entscheidungsfindungsprozess?

Solange diese wichtigen Fragen nicht beantwortet sind, ist eine Impfpflicht aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht in jedem Fall strikt abzulehnen, die sie unverhältnismäßig, für die Zielerreichung nicht geeignet und gesamtgesellschaftlich betrachtet deutlich schädlicher als nützlich ist.

Eine "unzureichende" Durchimpfungsrate ist einer der Gründe eine Impfpflicht einzuführen...

Frage: Was heißt das genau?

Frage: Welche Zielgruppe wird für die Aussage "unzureichend" herangezogen?

Frage: Was wäre eine "ausreichende" bzw. "hohe" Durchimpfungsrate? Wird diese je nach

Frage: Wie kann wissenschaftlich begründet behauptet werden, dass eine "hohe" Durchimpfungsrate die sogenannte Pandemie beendet, wenn es laufend zu Impfdurchbrüchen kommt?

Frage: Wie viele Auffrischungsimpfungen zur Vollimmunisierung (= Booster) sind dabei vorgesehen?

Alle Impfstoffe haben nach wie vor eine BEDINGTE Marktzulassung.

Hier ein Auszug aus dem aktuellen Aufklärungs- und Dokumentationsbogen:

"Die Anwendung von COVID-19-Impfstoffen als 3. Dosis ist derzeit TEILWEISE NOCH NICHT ZUGELASSEN. Die Datenlage ist zum Teil noch begrenzt und über Art und Häufigkeit von Nebenwirkungen sind noch nicht alle Informationen verfügbar. Dies gilt auch bei der Anwendung von mRNA-Impfstoffen als 2. Dosis nach Vektorimpfstoffen."

Es gibt ALTERNATIVEN zur Impfung. Es gibt bereits jetzt Medikamente und Behandlungsprotokolle, die die Hospitalisierungen reduzieren können. Man müsste diese Maßnahmen eben großflächig in allen Arztpraxen, ev. auch mittels mobilen Behandlungsteams, großflächig und vor allem frühzeitig einsetzen.

Frage: Weshalb werden in Österreich bis heute keine "Care- Pakete" - ärztlich überwacht - an Covid - Erkrankte übergeben, damit diese ihre Krankheit leichter und besser daheim auskurieren können?

In anderen Ländern ist das durchaus üblich und wird mit viel Erfolg seit Beginn der Pandemie angewendet! Damit könnte man die Anzahl der Krankenhausaufenthalte deutlich reduzieren und es würde auch bei Weitem nicht so schnell zu Überlastungen der Intensivstationen kommen!

Bitte auch um zeitnahe Beantwortung aller oben angeführten Fragen.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen,

mit freundlichen Grüßen

Wagner Michael
Geschäftsführer, Gesellschafter

Wasami GmbH

Anhang 1:

| Quelle: WHO https://covid19.who.int/table | | | | | | |
|---|----------------|---|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| Datum | Land | Infektionen pro 100.000 seit Pandemiebeginn | Infektionen pro 100.000 letzte 7 Tage | Tote pro 100.000 seit Pandemiebeginn | Tote pro 100.000 letzte 7 Tage | Anteil Voll-Impfung |
| 26.12.2021 | Belgien | 17.559,52 | 317,73 | 243,59 | 1,78 | 76,06% |
| 26.12.2021 | Niederlande | 17.318,92 | 544,39 | 118,23 | 1,88 | 70,08% |
| 26.12.2021 | Großbritannien | 17.157,41 | 938,61 | 217,38 | 1,15 | 69,13% |
| 26.12.2021 | Dänemark | 11.236,93 | 1.288,49 | 53,50 | 1,30 | 82,48% |
| 26.12.2021 | Schweden | 12.280,25 | 247,04 | 147,75 | 0,18 | 69,03% |
| 26.12.2021 | Österreich | 14.070,17 | 187,29 | 147,79 | 1,76 | 68,75% |
| 26.12.2021 | Israel | 15.706,01 | 78,32 | 95,19 | 0,09 | 68,19% |
| 17.12.2021 | Deutschland | 8.081,81 | 358,14 | 129,43 | 3,16 | 69,61% |
| 17.12.2021 | Spanien | 11.455,46 | 292,11 | 187,33 | 0,42 | 74,38% |
| 17.12.2021 | Portugal | 11.763,22 | 289,79 | 181,79 | 1,04 | 82,01% |
| 17.12.2021 | Belgien | 17.272,04 | 458,74 | 240,95 | 2,25 | 75,83% |
| 17.12.2021 | Niederlande | 16.870,58 | 623,41 | 116,67 | 2,25 | 69,82% |
| 17.12.2021 | Großbritannien | 16.347,78 | 643,53 | 216,45 | 1,19 | 68,73% |
| 17.12.2021 | Dänemark | 10.120,18 | 911,58 | 53,40 | 1,17 | 81,86% |
| 17.12.2021 | Schweden | 12.072,08 | 199,54 | 147,43 | 0,16 | 68,71% |
| 17.12.2021 | Österreich | 13.918,08 | 277,20 | 145,90 | 2,41 | 67,50% |
| 17.12.2021 | Israel | 15.637,47 | 51,16 | 95,08 | 0,11 | 67,73% |
| 13.12.2021 | Spanien | 11.140,69 | 158,30 | 186,60 | 0,27 | 74,26% |
| 13.12.2021 | Portugal | 11.473,43 | 257,16 | 180,75 | 1,35 | 81,79% |
| 13.12.2021 | Belgien | 16.615,64 | 654,80 | 238,34 | 2,52 | 75,60% |
| 13.12.2021 | Niederlande | 16.249,55 | 828,68 | 114,43 | 2,28 | 69,50% |
| 13.12.2021 | Großbritannien | 15.704,25 | 488,92 | 215,26 | 1,26 | 68,41% |
| 13.12.2021 | Dänemark | 9.208,60 | 669,68 | 51,23 | 1,22 | 81,56% |
| 13.12.2021 | Schweden | 11.871,65 | 156,12 | 147,03 | 0,06 | 68,38% |
| 13.12.2021 | Österreich | 13.654,90 | 434,15 | 141,88 | 2,56 | 66,33% |