

# 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

[voelkerverstaendigung@gmx.at](mailto:voelkerverstaendigung@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“ Entwurf eines Bundesgesetzes über die Impfpflicht gegen COVID-19 <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.

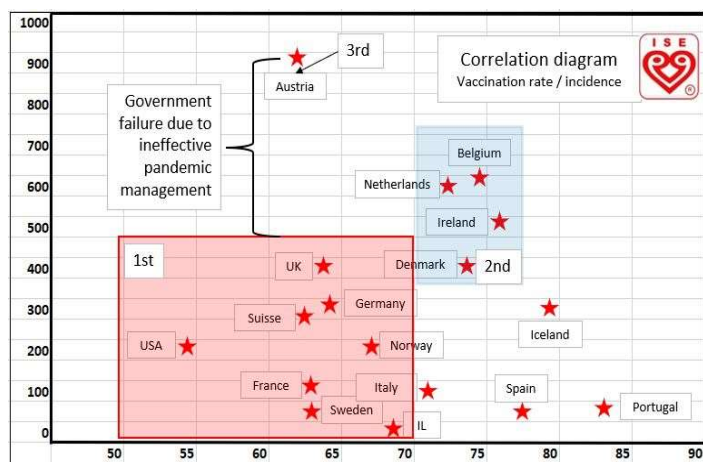
## 1. Zur epidemiologisch- virologische und vaccinologische Lage

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

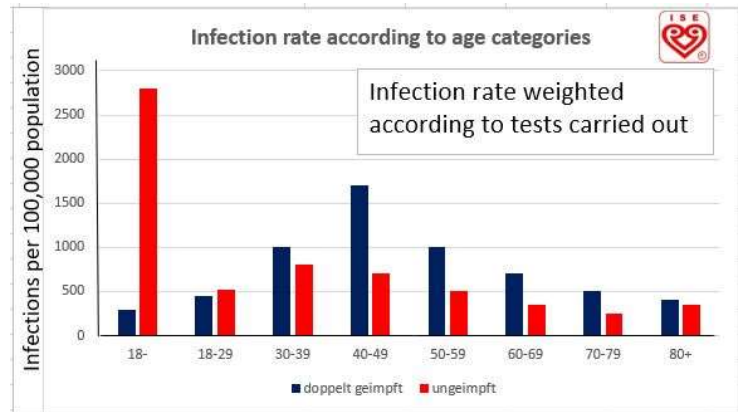
Nach einem Jahr Erfahrung mit den bisher am Markt befindlichen sogenannten Impfstoffen können zum Unterschied früherer Pocken-, Masern-, Röteln- und anderer langjährig erprobter Impfstoffe nicht nur keine sterile Immunität, sondern auch eine nur sehr kurzfristige Schutzwirkung vor schweren Erkrankungen 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.

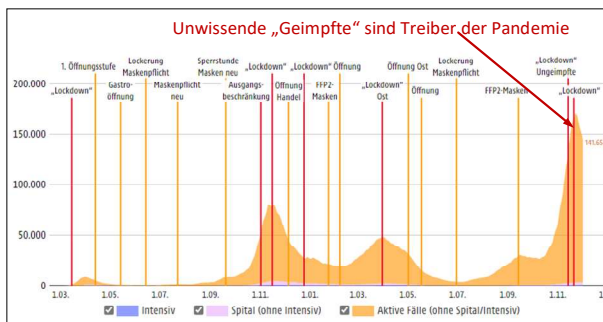


Die hohe Infektiosität hat daher seine Ursache nicht in einer zu niedrigen Durchimpfungsrate, sondern ist ausschließlich hausgemacht durch ein ineffektives und lernunwilliges Corona-Krisenmanagement, das ausschließlich parteipolitischen Zielsetzungen folgt und nicht vorrangig die Volksgesundheit mit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

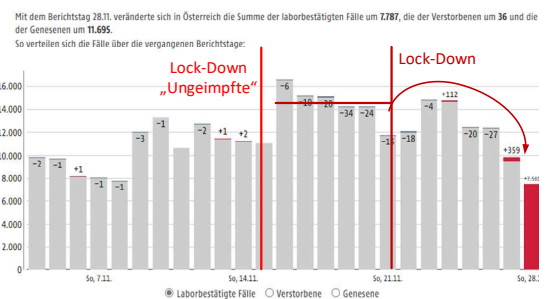
Ein weiteres Narrativ, die „Ungeimpften“ weisen eine höhere Inzidenz als „Geimpfte“ auf, ist ebenso leicht zu widerlegen, gewichtet man die jeweiligen Inzidenzen mit der jeweils zuordenbaren Anzahl an Tests.



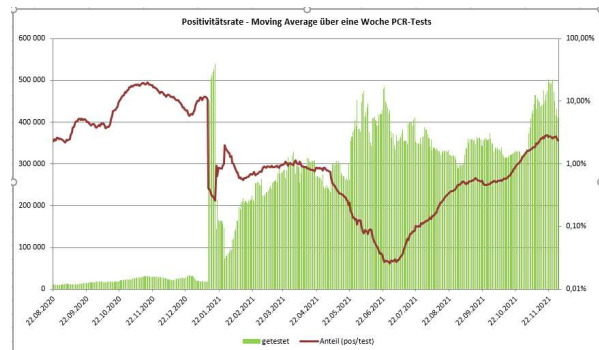
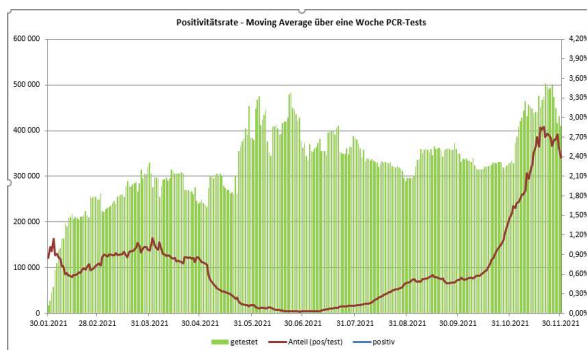
Damit ist leicht zu belegen, dass in Wahrheit die Inzidenz bei „Geimpften“ deshalb höher ist, weil diese von der Politik von der Testpflicht befreit, unwissend zu Spreadern werden. Dies zeigt sich beim aktuellen Lock-Down als nach der 2G Regel kaum ein Rückgang der Inzidenz und erst nach dem Total-Lock-Down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



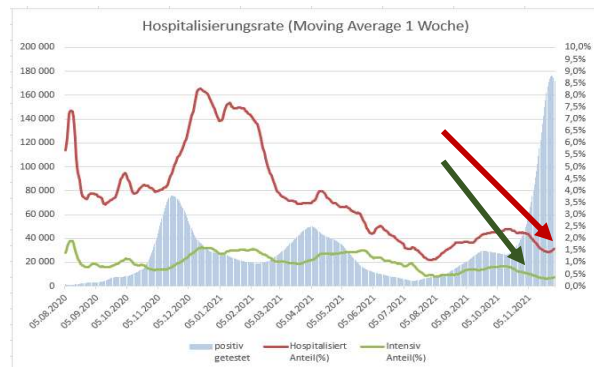
Verteilung neuer Fälle über die letzten Tage



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

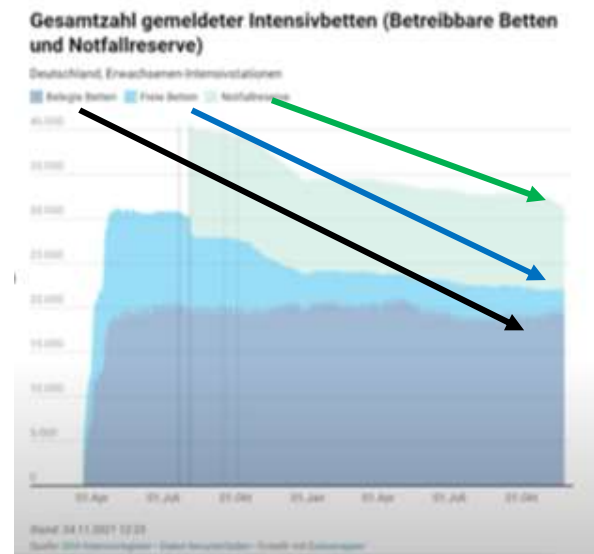


Ein weiteres Narrativ zur Begründung einer Impfpflicht liegt in den übervollen Intensivstationen und einem drohenden Kollaps des Gesundheitswesens. Da die jeweiligen Hospitalisierungsraten aber rückläufig sind, stellt sich die Frage nach den Gründen.



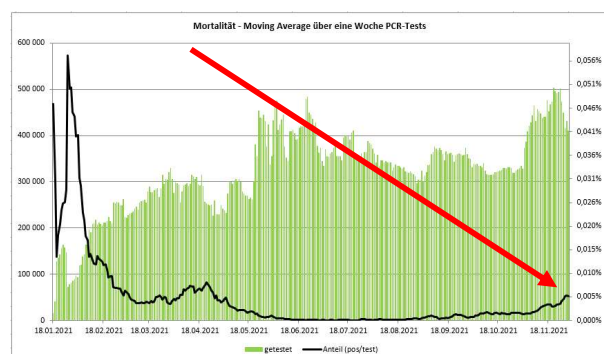
Dazu bekommt man nur Klarheit, wenn man die Zahlen aus Deutschland heranzieht:

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

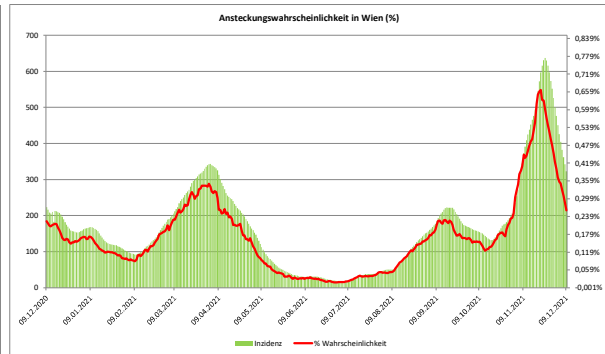
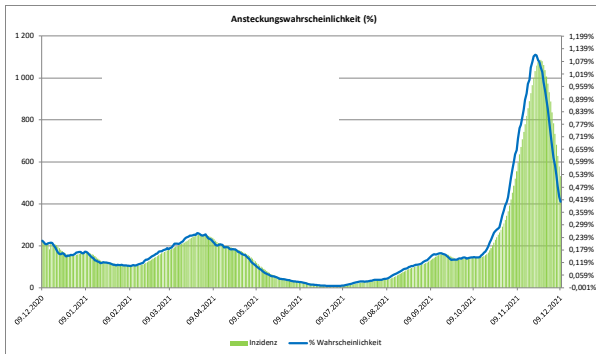


Also waren es nicht die steigende Zahl der zu versorgenden Patienten, sondern Missmanagement der Regierung bei den Personal-Ressourcen. Fehlende vorausschauende Personalplanung, geringe Wertschätzung und Bezahlung sowie keine Bereitschaft mit Prämien eine zeitweise Rückkehr von qualifiziertem Personal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



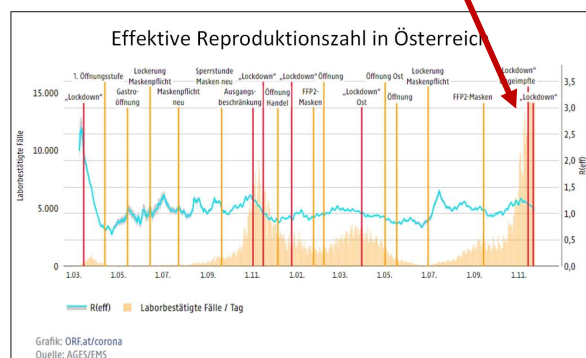
Das hervorragend organisierte und auch dadurch angenommene PCR-Gurgel-Test Angebot in Wien führte auch zur Bereitschaft von „Geimpften“ überdurchschnittlich Gebrauch zu machen und dadurch die Inzidenz auf halben Niveau zu halten.

Im Hinblick auf die Intensivstationen hat sich jedoch bei den Kinder-Intensivstationen während der Pandemie ein Beleg-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 1/4 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

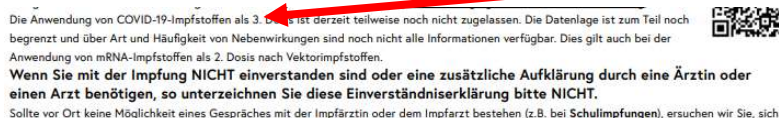
Nur auf mRNA-Impfstoffe zu setzen war daher ein entscheidender Fehler, denn zum Unterschied zu traditionellen "Totimpfstoffen" setzt der mRNA Impfstoff bei den Spike-Proteinen an, die nun durch 30 Mutationen (Ergebnis des Selektionsdruckes durch Impfstoffe ohne sterile Immunität) zu einer Escape-Variante 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 Erläuterungen 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=THzvyboVkbc> (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

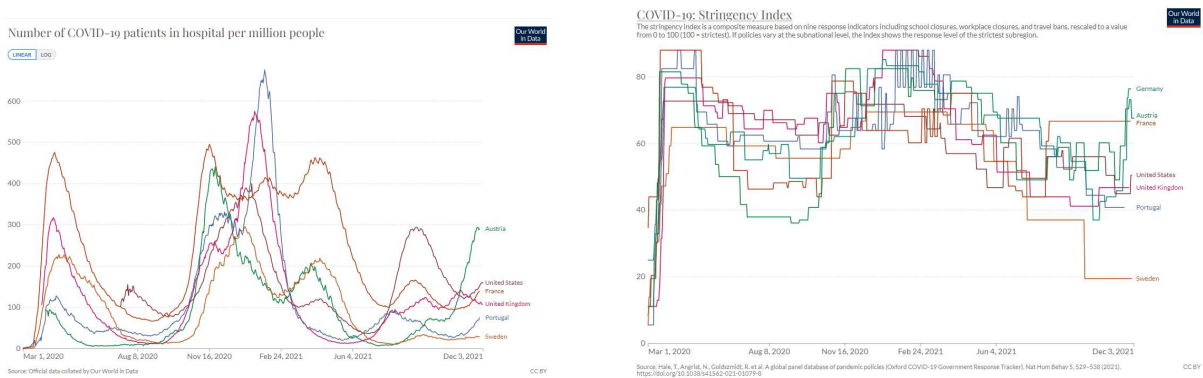
Auftrag: SARS-CoV-2, Varianten

WT, %	α-Variante, %	β-Variante, %	γ-Variante, %	δ-Variante, %
66,5	21,75	42,92	24,63	0

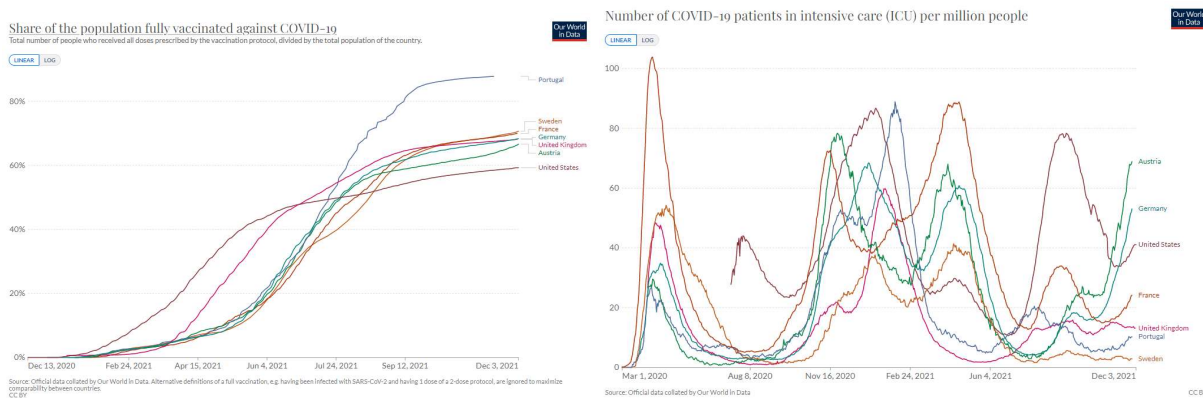
und daher bei stark mutierenden Viren, wie den Corona-Viren an Wirkweise verlieren im Gegensatz zu Totimpfstoffen oder „Genesenen“ (die eine breite Immunantwort mit wesentlicherer T-Zellen-Immunität erreichen).

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 Koizidenz zwischen Lock-Downs mit den Hospitalisierungen:



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

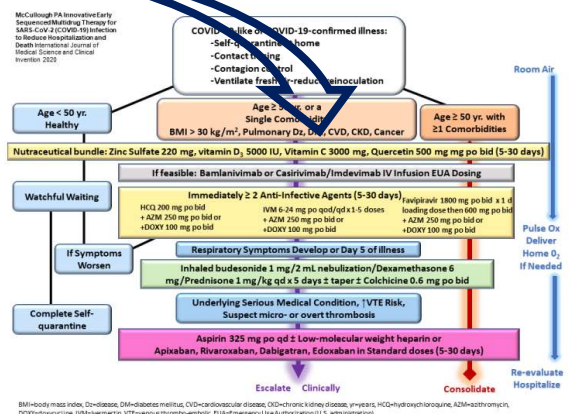
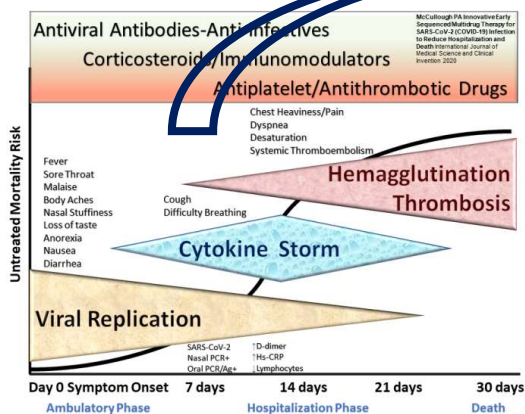


Die gezeigten internationalen Vergleiche zeigen, dass je höher die Durchimpfungsrate und je höher die Infektionsrate und folgend Hospitalisierungen und Mortalität.

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 mutationsfreudiger und fluchtbereiter 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.
3. Daher weitere Injektionen erst bei Verfügbarkeit eines zugelassenen Totimpfstoffes, sondern:

- "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, unbekanntem 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.

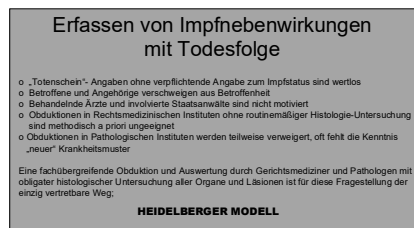
5. Forcierung der Zulassung von Corona-Medikamenten und von Tot-Impfstoffen  
Im Hinblick auf Pkt. 3) Abs.1 sollten auch in Österreich Medikamenten-Entwicklungen (siehe Prof. Wenisch im KFJ) forciert, gefördert und ausgerollt werden sowie die Zulassung von Totimpfstoffen wie VLA2001 von Valneva, die 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! Es 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 eine Brücke zwischen der gespaltenen 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**

Artikel 18 B-VG formuliert das Legalitätsprinzip. Absatz (1) lautet:

Die gesamte staatliche Verwaltung darf nur auf Grund der Gesetze ausgeübt werden.

Daraus folgt, dass die allfällige Normierung einer Impfpflicht eines gesetzlichen Handlungsauftrages bzw. einer Handlungsberechtigung für eine Behörde bzw. einer staatlichen (gesetzgebenden) Körperschaft bedarf. Etwas derartiges könnte z.B. in einem höchstrechtlichen „Recht auf Leben“ oder einem „Recht auf Gesundheit“ gesehen werden. Beides existiert jedoch im österreichischen (Verfassungs)Recht nicht bzw. findet sich nirgendwo im Staatsgrundgesetz.

Gelegentlich wird in diesem Zusammenhang auf Art 2 (1) der EMRK verwiesen: „Das Recht auf Leben jedes Menschen wird gesetzlich geschützt.“ Jedoch gibt eine vollständige Lektüre des Artikels sowie die einhellige Bewertung der Lehre Auskunft darüber, dass es sich dabei ausschließlich um den Schutz vor Angriffen auf Leib und Leben handelt und nicht etwa um den „status positivus“ einer Bereitstellung von Voraussetzungen zur Lebensverlängerung: Es darf „eine absichtliche Tötung nicht vorgenommen werden.“

Grundrechtlich werden in Österreich hingegen verschiedene Freiheitsrechte normiert, die einer willkürlichen oder auch begründeten Verfügung über den Bürger und seinen Körper entgegenstehen. Beispielsweise sagt Artikel 8 B-VG: „Die Freiheit der Person ist gewährleistet.“

In der Diskussion wird häufig auf ein „Prinzip der Verhältnismäßigkeit“ verwiesen, das es dem einfachen Gesetzgeber bzw. der Behörde ermöglichen, ja sogar auftragen würde, zwischen Freiheit und der Obsorge um die Gesundheit der (einzelner) Staatsbürger abzuwägen. Ein solches Verhältnismäßigkeit-Prinzip ist dem österreichischen (Verfassungs)Recht jedoch gänzlich unbekannt, sodass Behörden oder politische Instanzen daraus keinen wie immer gearteten Auftrag ableiten können.

Bekannt ist hingegen das Verbot der Folter, und zwar auf verfassungsrechtlicher und einfachgesetzlicher Ebene:

Art 3 der EMRK sagt: „Niemand darf der Folter oder erniedrigender Strafe oder Behandlung unterworfen werden.“

Die explizite Verwendung des Wortes „Behandlung“ umfasst zweifellos auch medizinische oder hygienische Maßnahmen, die gegen den Willen betreffender Personen zur Anwendung gelangen (sollen).

312a StGB sagt:

(1) Wer als Amtsträger nach § 74 Abs. 1 Z 4a lit. b oder c, auf Veranlassung eines solchen Amtsträgers oder mit ausdrücklichem oder stillschweigendem Einverständnis eines solchen Amtsträgers einer anderen Person, insbesondere um von ihr oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erlangen, um sie für eine tatsächlich oder mutmaßlich von ihr oder einem Dritten begangene Tat zu bestrafen, um sie oder einen Dritten einzuschüchtern oder zu nötigen, oder aus einem auf Diskriminierung beruhenden Grund große körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zufügt, ist mit Freiheitsstrafe von einem bis zu zehn Jahren zu bestrafen.

(2) Hat die Tat eine Körperverletzung mit schweren Dauerfolgen (§ 85) zur Folge, so ist der Täter mit Freiheitsstrafe von fünf bis zu fünfzehn Jahren, hat die Tat den Tod des Geschädigten zur Folge, mit Freiheitsstrafe von zehn bis zu zwanzig Jahren oder mit lebenslanger Freiheitsstrafe zu bestrafen.

(3) Amtsträger im Sinne dieser Bestimmung ist auch, wer im Falle der Abwesenheit oder des Ausfalls der staatlichen Stellen faktisch als Amtsträger handelt.

Der Antrag auf gesetzliche Grundlegung einer Verpflichtung zur Hinnahme einer Impfung gegen die Infektionskrankheit Covid 19 verstößt somit in mehrfacher Weise gegen nationales wie überstaatliches Recht, sowohl auf der verfassungsrechtlichen sowie auf der einfachgesetzlichen Ebene.

Der Wiener Akademikerbund empfiehlt daher dringend, den Ministerialentwurf betreffend Bundesgesetz über die Impfpflicht gegen COVID-19 (COVID-19-Impfpflichtgesetz – COVID-19-IG) zurückzuweisen.

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