

Mag. Dr. Aron Ewald Vrtala
Wenigfirling 8
4294 St. Leonhard / Freistadt

An die
Parlamentsdirektion
Begutachtungsverfahren

Parlament
1010 Wien

Wenigfirling, 7. Januar 2022

Betreff: Stellungnahme zu
→ Ihr Zeichen 164/ME COVID-19 Impfpflichtgesetz – Covid-19-IG
(Bundesgesetz über die Impfpflicht gegen COVID-19)
→ Ihr Zeichen 2173/A COVID-19 Impfpflichtgesetz – COVID-19-IG
(Bundesgesetz über die Impfpflicht gegen COVID-19)
mit dem Ersuchen um Kenntnisnahme und Berücksichtigung

Sehr geehrte Damen und Herren!

Einleitend ist festzuhalten, dass effektive Maßnahmen zur Eindämmung jeder Pandemie sinnvoll und zu begrüßen sind. COVID-19 kann eine gefährliche Erkrankung sein¹. Die durchschnittliche „infection fatality rate“ (IFR) beträgt in Österreich zur Zeit 1,04%, wobei leider nicht unterschieden wird, ob die infizierte Person mit oder an COVID-19 verstorben ist. Impfungen können einen Beitrag dafür leisten, dass Krankheiten vermieden werden und sind grundsätzlich zu befürworten, wenn sie ausreichend getestet, zugelassen, ihre langfristigen Nebenwirkungen bekannt sind und der Impfling, wie z.B. bei FSME, durch die unparteiische individuelle Beratung durch seinen Arzt eine freie Entscheidung treffen kann.

Die Folgen des bisherigen Corona-Managements sind jedem mehr als offensichtlich (Kinder, Wirtschaft, Diskriminierung von Personen und Spaltung der Gesellschaft, etc.). Pressekonferenzen, Marketing und Ad-hoc Aktionen zur Eindämmung der Infektionsraten sind kein geeignetes Werkzeug für ein Pandemiemanagement. Eine Folge des Managements ist der jetzt anstehende Versuch in Österreich eine Impfpflicht wegen COVID-19 durchzusetzen. Österreich wolle sich generell bitte ein Beispiel an den Schweden nehmen².

1 [AGES Dashboard, 2022], Laborbestätigte Fälle: 1.282.079 vs. Verstorbene Fälle 13.326. Aktuelle Situation im Zeitraum 27.2.2020 bis 02.01.2022 0Uhr.

2 Österreich 149,9 Tote auf 100.000 Einwohner mit und an COVID-19 kumuliert gesamt versus 147,9 Tote auf 100.000 Einwohner Schwedens [WHO, 2022; Weltbank, 2020] (Stand 05.01.2022), bei gleichzeitig deutlich weniger drastischen Maßnahmen Schwedens.

Die als Impfpflicht-Gesetz vorgestellten Entwürfe sind aus mehreren Gründen ungeeignet und zur Gänze abzulehnen, da:

1. die Maßnahmen als solches vollkommen unverhältnismäßig sind,
2. grundlegende Menschenrechte verletzt werden,
3. sie eine Beweislastumkehr und mehrere Tabubrüche darstellen,
4. die technischen Maßnahmen datenschutzrechtlich unzulässig sind und
5. eine unparteiische Beratung durch den Arzt gar nicht mehr möglich ist.

Ferner scheint die statistische Analyse mit Österreich vergleichbarer Länder keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Impfquote einerseits und Infektionshäufigkeit zu geben (hierzu später mehr). Die Gesetzes-Entwürfe erscheinen daher vielmehr als purer Aktionismus.

Österreich wäre stattdessen deutlich besser beraten seine massiven Versäumnisse der vergangenen Jahrzehnte in der Gesundheitsversorgung in Angriff zu nehmen und zum Beispiel das Pflegewesen deutlich zu verbessern und zu attraktivieren. Denn dies schafft einerseits lokale Arbeitsplätze und gleichzeitig eine erhöhte Resilienz gegenüber einer akut hohen Zahl medizinischer Notfälle, wodurch letztere auch immer bestimmt sein mögen (Terroranschläge, Unfälle, die eine große Zahl von Personen betreffen oder Pandemien).

Diese Stellungnahme erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sämtliche Ausdrücke sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Unverhältnismäßigkeit einer Impfpflicht

1.) Laut [AGES Dashboard, 2022] sind mit Stand 02.01.2022 0 Uhr leider 13.326 Personen mit und an COVID-19 verstorben. Seit Beginn der Pandemie sind etwa 22 Monate vergangen. Die monatliche Todesrate durch COVID-19 beträgt also ca. 606 Personen.

Gemäß der Europäischen Umweltagentur [EUA, 2021] belaufen sich die vorzeitigen Todesfälle durch Luftverschmutzung jährlich auf 6.100 Tote wegen Feinstaub $PM_{2,5}$, 320 Tote wegen Ozon und 660 Tote wegen Stickstoffdioxid in der Luft. Siehe dazu z.B. auch [Standard, 2021]. In Summe sind dies 7.080 Tote pro Jahr oder umgerechnet auf einen Monat 590 Personen, die vorzeitig wegen Luftverschmutzung in Österreich sterben.

Der Unterschied zwischen den monatlichen Todesraten beider Gefahren beträgt ca. 4%. Auch Krankheitsfälle durch Luftverunreinigung verursachen Spitalsaufenthalte und belasten das Gesundheitssystem. Effektive gesetzliche Maßnahmen zur Verbesserung der Luftqualität in Österreich sind jedoch nicht in Sicht. Sonstige Anstrengungen auch nicht.

Zudem kann eine bessere Luft auch die Schwere von Erkrankungen an COVID-19 mindern (siehe z.B.: [Conticini, 2020; Cole, 2020; Wu, 2020]).

Daher ist eine Impfpflicht wegen COVID-19 eine überschießende Maßnahme und bestenfalls Aktionismus mit Bezug auf eine einzelne Gefahr. Eine Gesamtsicht fehlt. Die Maßnahme, eine gesetzliche Impfpflicht vorzusehen ohne gleichzeitig für eine deutliche Verbesserung der Luftqualität zu sorgen, ist sohin willkürlich und unverhältnismäßig.

2.) Es ist hinlänglich bekannt, dass junge Menschen eine deutlich geringere IFR (infection fatality rate) aufweisen. Gemäß der AGES [AGES Dashboard, 2022] liegt die Anzahl der Todesfälle (mit und an COVID-19) pro 100 Erkrankungsfällen von Menschen unter 44 Jahren bei 0,0% - sie ist also verschwindend gering. Im Alter von 45-54 Jahren liegt sie bei 0,15%, von 55-64 bei 0,6%, 65-74 bei 2,9%, 75-84 bei 9% und älter als 84 Jahre bei 21,9%. Gleichzeitig ist bekannt, dass COVID-19 einen schweren Verlauf bei bestimmten Vorerkrankungen haben kann, wie z.B. Bluthochdruck, erhöhtem Blutzucker, Adipositas. Daher ist es sinnvoll Kraft Impfung vornehmlich jene zu schützen, die tatsächlich einen erhöhten Schutzbedarf haben.

Eine zwangsweise Impfung von jungen Menschen ist nicht sinnvoll, vor allem im Hinblick auf mögliche unerkannte langfristige Nebenwirkungen von noch nicht voll zugelassenen Impfstoffen (unter langfristig ist wirklich langfristig i.S. von Jahren und nicht nur Wochen bis Monaten nach der Impfung zu verstehen). Das oft vorgetragene Argument, dass man sich aus sozialen Gründen impfen lassen soll, um dadurch eine Herdenimmunität zu erreichen, ist angesichts der bisher eingesetzten Impfstoffe nicht aufrecht zu erhalten – gewähren diese Impfungen doch bekanntlich keinen vollständigen Schutz vor Übertragung (sterile Immunität).

Hinsichtlich der möglichen Überlastung der Intensivstationen und Spitalsbetten auf Normalstationen mit COVID-19 Patienten ist festzustellen, dass es ohnehin Pflicht der Regierungen ist, Vorsorge zu tragen, dass das Gesundheitssystem auch Pandemien (und auch schlimmere als COVID-19) bewältigen kann. Spätestens seit MERS und SARS wären Überlegungen und Überprüfungen in dieser Richtung seitens der Regierungen anzustrengen gewesen. Es handelt sich also um vielmehr ein Versäumnis der letzten Regierungen, wenn hierfür nicht ausreichend Ressourcen bereitgestellt wurden und werden. Anzeichen zur Verbesserung der Situation in Spitälern und im Pflegewesen sind jedoch nicht erkennbar – im Gegenteil. Diese Misere liegt allein in der Verantwortung der letzten Regierungen. Es ist unvernünftig und wider jede Logik dieses Problem auf die österreichische Bevölkerung mit Hilfe einer Impfpflicht abzuwälzen, noch dazu mit Hilfe von Impfstoffen, deren langzeitliche Wirkungen schlicht unbekannt sind (und wegen ihrer Neuheit auch nicht bekannt sein können).

Damit ist eine allgemeine Impfpflicht vollkommen willkürlich. Gleichzeitig würdigt sie nicht die tatsächliche Faktenlage. Vielmehr müssten mögliche Impfschäden und Nebenwirkungen von breiten Teilen der Bevölkerung im Falle einer Impfpflicht getragen werden. Diese werden vielmehr ihrerseits das medizinische System belasten.

3.) Es gibt keinen statistisch relevanten Zusammenhang zwischen Impfquote und Infektionsgeschehen. Es würde den Rahmen dieser Stellungnahme sprengen eine vollständige Analyse aller möglichen mit Österreich vergleichbaren Staaten zu machen. Beispielgebend wird auf die Situation in Irland verwiesen [IrishTimes, 2021]. So hatte Waterford City Ende Oktober 2021 die höchste Infektionsrate des Landes bei einer Impfquote (vollständig immunisiert) von 99,7% der Menschen mit Alter über 18 Jahren. Allein dieser Sachverhalt sollte zu denken geben und eine Impfpflicht von sich aus verbieten. Ferner schreibt G. Kampf [Kampf, 2021a] in seinem Artikel in „The Lancet“ unter anderem davon, dass die Daten darauf hindeuten, dass in der geimpften Bevölkerung eine hohe virale Last vorhanden sein kann und weiter: *„It is therefore wrong and dangerous to speak of a pandemic of the unvaccinated“*³.

3 Es ist daher falsch und gefährlich von einer Pandemie der Ungeimpften zu sprechen.

Weltweit wurde erkannt, dass die Immunisierung von geimpften Personen rasch nachlässt (s. z.B. [Kampf, 2021b]). Auch in Österreich wurde rasch klar, dass der Impfschutz rasch nachlässt und deswegen wurden Boosterimpfungen vorgesehen und propagiert. In Israel wurde inzwischen die 4. Impfung evaluiert und nun für über 60-jährige und medizinisches Personal genehmigt [ORF, 2022a].

Tabelle 1 zeigt die länderspezifische Anzahl der Neu-Infektionen in den letzten 7 Tagen (bis 05.01.2022) pro 100.000 Einwohner als Funktion der Impfquote. Diese Tabelle zeigt wie wenig korreliert diese Daten sind, wobei zu berücksichtigen ist, dass in einigen Ländern die neue sogenannte Omikron-Variante für mittlerweile höhere Infektionsraten sorgt.

Land	Impfquote (Personen voll geimpft) in %	Neu-Infektionen in den letzten 7 Tagen pro 100.000 Einwohnern
Israel	68,2	427
Österreich	68,8	258
Schweden	69	254
Australien	76,6	724
Irland	77,3	2.471
Seychellen	79,6	868
Portugal	82,2	1.440
Dänemark	82,5	1.620

Tabelle 1: Impfquote vs. Neuinfektionen [WHO, 2022; Weltbank 2020] Stand 05.01.2022

Damit ist sowohl hinsichtlich des Infektionsgeschehens als auch hinsichtlich des Immunschutzes die Impfung anhand der bestehenden Impfstoffe nicht geeignet die Pandemie zu bewältigen. Eine Impfpflicht ist nicht begründbar.

4.) Zur Omikron-Variante des SARS-CoV-2 Virus ist auszuführen: Die Aussagen zum Schutz der bestehenden Impfungen vor dieser Mutation sind höchst widersprüchlich [ORF, 2021a; Krone, 2021a; Krone, 2021b]. Zur Zeit werden jedenfalls generell die Verläufe von Erkrankungen mit dieser Virusmutation generell als milder eingestuft (z.B. [Wolter, 2021; Krone, 2022b]). Gleichzeitig ist die Infektiosität des Virus relativ hoch, sodass Experten, wie der allgemein bekannte Forscher Peter Klimek zum Schluss kommen, dass ein dauerhaftes Eindämmen der Pandemie mit Hilfe der Impfung damit schwerer und schwerer erreichbar wird [ORF, 2022b; CSH, 2022]. Die Autoren Klimek und Thurner des [CSH, 2022] fassen im Anhang auch zusammen, was inzwischen allgemein bekannt ist: *„Eine wesentliche Eigenschaft der Omikron Variante ist die Immunflucht“*. Gleichzeitig ist die Reproduktionsrate der Omikron Variante deutlich höher als die der anderen Varianten. Im Ergebnis bedeutet dies, dass sich die Omikron Infektionswelle *„kaum dauerhaft wegboostern lassen“* wird [CSH, 2022].

In eine ähnliche Kerbe schlägt der Epidemiologe Gartlehner, wenn er meint, dass die Bundesregierung nach dem Ende der Omikronwelle die geplante Impfpflicht „neu überdenken“ bzw. „neu bewerten“ soll [Krone, 2022a; ORF, 2022d]. Dies sieht Jurist Karl Stöger, Teil von GECKO, ähnlich [ORF, 2022d].

Hinzu kommt, dass auch eine vierte Impfdosis (Israel) „gut, aber nicht ausreichend“ zu sein scheint. Die Antikörperzahlen in Impfungen nach der vierten Impfung entsprechen der wie kurz nach der dritten. Laut den israelischen Forschern kann es nicht das Ziel sein, sich etwa alle vier Monate erneut gegen das Coronavirus impfen zu lassen. [ORF, 2022e].

Damit wird Omikron vielmehr zum „Gamechanger“ im Hinblick auf die beabsichtigte Impfpflicht. Es wird eben genau nicht möglich sein, durch Impfungen Menschen vor Erkrankung zu schützen. Dies ist auch eine Folge der rasanten Ausbreitung dieser Variante (siehe z.B. auch [ORF, 2022c]), die selbst durch einen harten Lockdown nicht aufzuhalten sein wird.

Verletzung grundlegender Menschenrechte

1.) Es wäre bei jeder anderen Erkrankung völlig undenkbar, dass Ärzte Erkrankte nicht behandeln, sondern einsperren mit dem Hinweis sich erst dann zu melden, wenn die Symptome so bedrohlich sind (Atemnot z.B.), dass eine Einlieferung in ein Krankenhaus erforderlich ist. Abgesehen von dem psychischen Stress, der bei Betroffenen dadurch ausgelöst wird, mit einer möglicherweise schweren Erkrankung allein gelassen zu sein, wird dadurch systematisch wertvolle Zeit in der Frühbehandlung vergeben. Auch bei einer Grippe, ebenfalls eine Virusinfektion, können Symptome gelindert werden und der Arzt wird nicht anstehen dem Patienten Linderung durch Medikamente zu verschaffen – auch wenn diese die Krankheit selbst nicht bekämpfen. Es ist völlig unverständlich, dass dies bei COVID-19 Patienten eben genau gar nicht erfolgt. Dieses Vorgehen steht diametral im Widerspruch zu den Grundsätzen, zu denen Ärzte sich verpflichtet haben. Abgesehen davon widerspricht es dem Art. 35 der EU-Grundrechtecharta.

2.) Wie oben gezeigt kann aus der Impfquote und dem Infektionsgeschehen nicht geschlossen werden, dass eine Impfung hilft. Ebenso wurde h.o. gezeigt, dass Ungeimpfte nicht für das Infektionsgeschehen verantwortlich gemacht werden können. Es wäre daher höchst fahrlässig aus etwaigen populistischen Erwägungen unhaltbare Zusammenhänge zu konstruieren und diese zur Grundlage einer Impfpflicht zu machen. Eine Impfpflicht ist ein verpflichtender medizinischer Eingriff. Dies ist jedoch ein Grundrechtseingriff in das geschützte Privat- und Familienleben, gemäß Art. 8 EMRK und Art. 3 der EU-Grundrechtecharta – dem Recht auf Unversehrtheit.

3.) Ferner widerspricht die angedachte Impfpflicht auch dem Art. 10 der EU-Grundrechtecharta in der normiert ist, dass jede Person das Recht auf Gedanken-, Gewissens- oder Religionsfreiheit hat. Diese Recht umfasst gemäß der Charta auch die Freiheit, sich zu einer bestimmten Weltanschauung zu bekennen – eben zum Beispiel der Weltanschauung, sich nicht mit einem nicht regulär zugelassenen erprobten Impfstoff, bei dem mögliche Langzeitwirkungen aus dem Prinzip der Kürze der Anwendung nicht bekannt sein können, impfen zu lassen. Oder jener Weltanschauung, Gentechnik generell abzulehnen. Jedem, der glaubt, dass er den Schutz durch die Impfung braucht, steht ohnehin frei sich impfen zu lassen⁴. Es ist daher auch keine Beeinträchtigung der Gesundheit Dritter sich nicht impfen zu lassen.

4.) Verknüpft mit einer Impfpflicht ist auch das Recht arbeiten zu gehen. Auch dies ist ein Grundrecht gemäß Art. 15 der EU-Grundrechtecharta und wird durch die Impfpflicht konterkariert, wenn z.B. die Verfassungsministerin es für möglich hält, dass Ungeimpfte vom Arbeitgeber gekündigt werden können [Krone, 2021c]. Eine Impfpflicht konterkariert aber auch die Berufsfreiheit von Selbstständigen, die als Ungeimpfte künftig auch in der Situation sein könnten,

⁴ Es sei denn man wäre der Ansicht, dass die Impfung schwere Verläufe nicht verhindert. Wenn man diese Annahme zugrunde legt, dann wäre jedoch der Sinn einer Impfung überhaupt in Frage zu stellen und damit auch einer Impfpflicht. q.e.d.

dass ihnen deswegen der Zugang zur Arbeit verwehrt wird. Gleichzeitig wird Art. 30 der EU-Grundrechtecharta verletzt, das den Arbeitnehmer davor schützt ungerechtfertigt entlassen zu werden. Einige Gründe für die Ungerechtfertigkeit sind vorstehend zu finden.

5.) Art. 17 der EU-Grundrechtecharta wird durch eine Impfpflicht ebenso verletzt, wenn es, wie die Verfassungsministerin feststellt, mit der Einführung der Impfpflicht eigentlich rechtswidrig ist, in Österreich zu wohnen und nicht geimpft zu sein (und sich daran auch andere Konsequenzen knüpfen können).

6.) §7 Abs. 1 beziehungsweise §8 Abs. 1 beider ImpfpflichtG-Entwürfe sieht vor, dass Personen, die sich der Impfpflicht widersetzen, ab dem Stichtag 15. März 2022 und in Folge alle weitere 3 Monate eine Verwaltungsübertretung begehen und deswegen zu bestrafen sind. Anders als bei Verkehrsdelikten, wie z.B. einer Geschwindigkeitsübertretung, handelt es sich aber um das gleiche Vergehen. Ein Ungeimpfter hat seine Haltung zur Impfung nämlich eben genau nicht geändert und demgemäß auch keine weitere Vergehen begangen. Dies widerspricht dem alten Rechtsgrundsatz *ne bis in idem*. Das Vorsehen einer wiederholten Strafe für das gleiche Vergehen ist auch gemäß Art. 50 der EU-Grundrechtecharta nicht möglich. Das Ansinnen in beiden Entwürfen, solch ein Bestrafungsinstrument vorzusehen, enttarnt vielmehr die Absicht ein Äquivalent zu einer Beugehaft zu installieren.

7.) Art. 52 der EU-Grundrechtecharta regelt die Tragweite der garantierten Rechte. Demgemäß dürfen Einschränkungen der Grundrechte nur dann vorgenommen werden, wenn sie unter dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit erfolgen, wenn sie notwendig sind und wenn sie von der Union anerkannt, dem Gemeinwohl dienenden Zielsetzungen oder Erfordernissen des Schutzes der Rechte und Freiheiten anderer tatsächlich entsprechen. Letzteres ist wie vorstehend beschrieben eben genau nicht gegeben, dies hat auch die Verfassungsministerin mittlerweile festgestellt [ORF, 2021b]. Ihre damalige Annahme, dass die Impfung gegen die Omikron-Variante schützt, ist mittlerweile offensichtlich widerlegt (siehe auch oben).

8.) Ferner: Das Erkenntnis des EMGR 47621/13 vom 8. April 2021 kann nicht als Begründung für eine Impfpflicht gegen das SARS-CoV-2 Virus (und seine Varianten) herangezogen werden. Die Entscheidung basiert auf einer Anfechtung der Impfpflicht in Tschechien gegen eine Reihe bekannter Krankheiten wie Kinderlähmung, Hepatitis B, Tetanus, Masern, Mumps und Röteln. Alle diese werden durch stabile Erreger (die nicht wesentlich mutieren) verursacht und die Impfungen gegen diese Krankheiten sind allesamt zugelassen, langjährig erprobt und bieten dauerhaften Schutz für das geimpfte Individuum als auch vor Übertragung der Krankheit. Überdies wurde nur einmal gestraft.

Dem gegenüber steht im Falle der Impfpflicht gegen SARS-CoV-2, dass diese Impfstoffe nur kurz erprobt und auch nur vorläufig zugelassen sind. Die Wirkung der Impfstoffe ist weiters kurz anhaltend (siehe oben). Die Gesetzesentwürfe gleichen eher einem Impfdauerabonnement mit unbekanntem Ende der Impfsequenz, die dann später bei Bedarf in Verordnungen geregelt wird. Jedenfalls kann von einer sicheren Immunisierung, nicht ausgegangen werden. Die Impfungen gegen SARS-CoV-2 bieten keine sterile Immunisierung sondern bestenfalls eine Reduktion einer Übertragungswahrscheinlichkeit, deren Höhe vom Individuum, vom Impfzeitpunkt, der SARS-CoV-2 Variante und wahrscheinlich noch von weiteren Faktoren abhängig ist. Die Impfung bringt keinen Schutz vor der Krankheit, sondern höchstens einen leichteren Verlauf der Krankheit. Des weiteren wird gegen ein „moving target“ geimpft, welches sich durch Mutation dauernd ändert (eine grundlegende Eigenschaft von Corona-Viren, die seit Anbeginn der Pandemie klar war). Das Impfen mit den derzeitigen Impfstoffen läuft der Krankheit immer hinterher. Die vorliegenden Impfstoffe impfen nämlich nur gegen eine spezifische Eigenschaft des Virus. Durch Mutation dieser

Eigenschaft (evolutionärer Druck durch die Impfung!) entstehen neue Varianten, die der Impfung ausweichen (Zitate siehe oben). Damit muss die Impfung angepasst werden und immer wieder auf das Neue geimpft werden. Ein Impfdauerabonnement, das beispiellos in der Menschheitsgeschichte ist – dies ist nicht verhältnismäßig.

Beide Gesetzesentwürfe und die Materialien ignorieren alle durch den EMGR im Fall 47621/13 vorliegenden Beschränkungen und Voraussetzungen, weswegen dieser Fall auch nicht zur Begründung einer Impfpflicht herangezogen werden kann. Der Vergleich mit weiteren Fällen des EMGR ist aus analogen Gründen unzulässig. Handelte es sich in allen Fällen doch immer um verlässliche und lange erprobte Impfstoffe bzw. Impfmethode(n) (z.B. Totimpfstoffe oder inaktivierte Erreger). Dies ist mit den gegenwärtigen Impfstoffen gegen SARS-CoV-2 nicht gegeben, von denen einige taxativ in den Gesetzesentwürfen zur Impfpflicht aufgelistet sind.

Es ist mehr als fahrlässig in einer Pandemie eine Impfpflicht zu verhängen, wenn sich der Informationsstand beinahe täglich ändert, laufend neue Virusvarianten entstehen, aber auch laufend neue Behandlungsmöglichkeiten entwickelt werden. Dies stellt einen massiven Grundrechtseingriff basierend auf sich laufend ändernden Voraussetzungen dar.

9.) In den Materialien wird die Impfpflicht ferner mit der Stellungnahme der Bioethikkommission vom 25. 11. 2020 begründet. Zu diesem Zeitpunkt bestand tatsächlich noch Hoffnung, dass die kommenden Impfstoffe verlässlich gegen SARS-CoV-2 schützen würden. Insofern geht dieser Bericht der Bioethikkommission von einem völlig anderen Wissensstand aus als dem, der den beiden Gesetzesvorschlägen zugrunde zu legen ist. Die damaligen Erwartungen an die Impfstoffe waren – wie sich heute zeigt – völlig unbegründet.

Zudem wäre vielmehr zu prüfen, ob dieses Gremium, welches dem Bundeskanzleramt unterstellt ist, tatsächlich seine Texte völlig unabhängig gestalten kann. Die Bioethikkommission sollte sich heute vielleicht besser die ethische Frage stellen, ob eine Impfung von Personen mit (praktisch) 0,0% Mortalitätswahrscheinlichkeit für Menschen unter 44 Jahren tatsächlich angesichts der vielen gemeldeten Impfschäden [EudraVigilance, 2022] und dem Blankoscheck „Langzeitschäden“ einer neuen Impftechnologie gerechtfertigt ist. Diese Abwägung sollte dem Individuum überlassen werden. Es wäre daher sinnvoller, die Impfpflicht in eine Pflicht zur ehrlichen(!) Beratung über eine Impfung umzuwandeln (bei gleichzeitiger Dienstzeitfreistellung), damit jeder eine sinnvolle Kosten/Nutzen Entscheidung zur Impfung gegen COVID-19 treffen kann – nämlich seine individuelle persönliche Entscheidung für sich beziehungsweise seine Kinder.

10.) Schlussendlich gibt es zunehmend neue Behandlungsmöglichkeiten der Krankheit. Diese sollten möglichst früh eingesetzt werden, um schwere Verläufe etc. zu verhindern (z.B.: [ORF, 2021c; ORF, 2021d]). Immerhin wurde das Portfolio der vielversprechenden Therapeutika mittlerweile auf zehn erweitert.

Außerdem ist ein Programm zur Steigerung der persönlichen Fitness sinnvoll, da bekanntlich u.a. Bluthochdruck-, Adipositas- und Blutzuckerpatienten zu den Risikogruppen mit schwerem COVID-19 Verlauf gehören. Es ist völlig unverständlich, weshalb ab der Erkenntnis nicht verstärkt auf diese Patienten zugegangen und an die Eigenverantwortlichkeit appelliert wurde.

Generell fehlt die Betrachtung alternativer und gelinderer Maßnahmen zu einer Impfpflicht (für Beispiele siehe auch oben).

Im Ergebnis läuft die angestrebte Impfpflicht auf eine völlige Diskriminierung von Ungeimpften hinaus. Es ist gleichzeitig eine Diskriminierung von „Andersdenkenden“, nämlich Menschen, die sich erlauben, die dargebotenen Tatsachen kritisch zu hinterfragen – Menschen die eben selbstständig denken.

Tabubrüche und Datenschutzrecht

1.) Seit Beginn der Pandemie ist ein Trend zum allgemeinen Schuldverdacht – das Individuum gefährde andere durch Infektiosität – zu beobachten. Diesen Trend setzen die Gesetzesentwürfe fort. So sollen Personen, die im Zuge des Abgleichs der Personendaten der Datenbanken als „ungeimpft“ identifiziert werden, zu bestimmten Stichtagen eine Strafverfügung erhalten. Dies ist eine repetitive Bestrafung auf Verdacht (§7 Abs.1 und §8 Abs. 1). Von diesem Verdacht kann die Person sich befreien, in dem sie die Impfung oder eine Ausnahme von der Impfung vorlegt (§7 Abs. 2). Diese Art der Datenhaltung (Vorratsdatenspeicherung) wurde in der Telekommunikation allerdings aus guten Gründen als zu weitreichend und daher grundrechtswidrig aufgehoben.

Die Entwürfe gehen jedoch erheblich weiter als nur Daten zu speichern. Zur Sicherheit und Eindeutigkeit des angesprochenen Datenabgleichs liegen weder Erfahrungen vor, noch ist davon auszugehen, dass keine Fehler vorliegen (tatsächlich ist eine hohe Fehlerrate wahrscheinlich). Abgesehen davon können Personen auch Fristen übersehen haben und wenn Erinnerungsbriefe nicht RSA -eigenhändig- verschickt werden, können diese auch verloren gehen (§6). Problematisch ist, dass gar nicht erst ermittelt, sondern gleich eine Strafverfügung erstellt, wird. Statt dass die Strafbehörde im Einzelfall die Voraussetzungen (§1 Abs. 1 und 2) prüft und nachweist, dass eine einzelne Person tatsächlich die öffentliche Gesundheit gefährdet, wird aus der Unschuldsvermutung ein genereller flächendeckender Schuldverdacht konstruiert, aus dem das Individuum sich (rechtzeitig) freibeweisen muss.

2.) Dieses Vorgehen ist ferner eine Art Rasterfahndung zur automationsunterstützten Verhängung von Verwaltungsstrafen. Wie ausgeführt müssen zu völlig anderen Gründen geschaffene Datenbanken miteinander verknüpft werden. Dies fällt unter §141 StPO – automationsunterstützter Datenabgleich und ist nicht zulässig aufgrund §141 Abs. 4 StPO, wonach besondere Kategorien personenbezogener Daten gemäß §39 DSGVO (Gesundheitsdaten, weltanschauliche Überzeugung) in einen Datenabgleich nicht einbezogen werden dürfen, da es sich bei der Impfpflicht gemäß §141 Abs. 2 StPO auch nicht um die Aufklärung eines Verbrechens, die ohne einen solchen Abgleich wesentlich erschwert wäre, sondern lediglich um ein Verwaltungsdelikt, handelt.

3.) Die Einschränkung der Impfpflicht gemäß §1 Abs. 1 und 2 auf in Österreich wohnende (gemeldete) Personen über 18 Jahren bzw. ab dem 14. Lebensjahr ist vollkommen willkürlich. Reisende oder sich vorübergehend in Österreich aufhaltende Personen können ebenso SARS-CoV-2 übertragen. Ein Schutz der „öffentlichen Gesundheit“ ist so nicht herzustellen. Konsequenter wäre eine Regelung gewesen, dass jede Person, die sich in Österreich aufhält – also auch Urlauber – mit den zentral zugelassenen Impfstoffen oder den anerkannten Impfstoffen gemäß §Abs. 3 und 4 zu impfen hat und mit dem Betreten Österreichs einen entsprechenden Impfschutz nachzuweisen hat. Dies ist aber wohl wegen dem Tourismus nicht gewollt – Österreich soll ein leicht erreichbares Urlaubsziel bleiben.

4.) §3 Abs. 6 sowie §4 Abs. 7 der beiden Entwürfe geben dem zuständigen Minister weitgehende Änderungsrechte. So kann z.B. das Impfschema, die Impfstoffe, die Anzahl der erforderlichen Impfungen per Verordnung geändert werden. Ebenso besteht die Möglichkeit Ausnahmen (ausgenommen der gem. §3 Abs. 1 Z 2) abzuändern. Damit wird einem Politiker (der nicht

zwingend Mediziner sein muss) die Möglichkeit gegeben, medizinische Entscheidungen, die eigentlich nur einem Arzt vorbehalten sind, vorzugeben. Das medizinische verbriefte Recht auf individuelle Beratung und Behandlung wird hiermit per Gesetz untergraben und gleichzeitig der behandelnde Mediziner in seinem individuellen Entscheidungsrecht (für das er sich im Falle eines Kunstfehlers auch verantworten muss) mit dem §7 Abs. 5 unter Strafe gestellt, in dem er sich hinsichtlich der Ausnahmen dem Stand der Wissenschaft zu unterwerfen hat und das Individuum eben genau darin nicht zu berücksichtigen hat. Dies ist ein weiterer Tabubruch.

5.) Die gegenständlichen Entwürfe des Impfpflichtgesetzes inklusive Materialien stehen im Widerspruch zu Art. 9 der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Aus den Datenbanken zentrales Impfpflichtregister sowie dem Register der anzeigepflichtigen Krankheiten ergibt sich zunächst ein grundsätzliches Verarbeitungsverbot – allerdings mit Ausnahmen, wozu wohl nur als Grund das öffentliche Interesse im Bereich der öffentlichen Gesundheit bzw. zur Gewährung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei der Gesundheitsversorgung zu zählen ist (Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO).

Weder ist aus den Entwürfen eine klare gesetzliche Regelung noch eine eindeutige Zuordnung der Datenverarbeitung zu einem Verantwortlichen zu abzuleiten (Art. 6 DSGVO), ist doch für das Impfreister (§24b ff GTelG) nicht nur der Gesundheitsminister, sondern auch jener Gesundheitsdienstleister verantwortlich, der die Impfung vornimmt und zur Eintragung verpflichtet ist. Noch dazu befindet sich das Impfreister in einer „Pilotphase“, also einer Testphase. Wie die Qualitätssicherung der eingetragenen Daten aussieht ist nicht zu erkennen. Auch ist nicht zu erkennen, wie eine Qualitätssicherung der eingetragenen Daten im Register für anzeigepflichtige Krankheiten mit dem zentralen Melderegister aussehen soll. Damit ist mehrfach nicht sicher gestellt, dass das Ergebnis des Abgleiches qualitätsgesichert ist.

Es handelt sich gem. DSGVO jedoch um eine neue Datenverarbeitung, die den Vorgaben des Art. 5 DSGVO genügen muss. Die Inhalte der zu verknüpfenden Datenbanken werden für andere Zwecke als die Ermittlung von Impfunwilligen erhoben. Damit ist fraglich, ob die in Art. 5 Abs. 1 lit b DSGVO geforderte Vereinbarkeit („Zweckbindung“) überhaupt gegeben ist. Ferner ist auch die Datenminimierung (Art 5 Abs. 1 lit c DSGVO) als auch die sachliche Richtigkeit (Art. 5 Abs. 1 lit d DSGVO) zu erfüllen. Welche angemessenen Maßnahmen hierfür getroffen wurden, um unrichtige Daten zu erkennen, korrigieren oder unverzüglich zu löschen, und überflüssige Daten zu vermeiden, ist nicht zu erkennen.

6.) Gemäß Art. 22 DSGVO sind automatisierte Entscheidungsverfahren, die nachteilige Auswirkungen für den Betroffenen haben, nicht zulässig. Beide vorliegenden Entwürfe sind aber ein derartiges automatisiertes Verfahren und haben negative Auswirkungen (Strafe oder die Pflicht sich freizubeweisen) zur Folge. Ferner liegt mit den Gesetzesentwürfen auch keine gesetzliche Bestimmung vor, die „angemessene Maßnahmen zur Wahrung der Rechte und Freiheiten sowie der berechtigten Interessen der Betroffenen Person enthalten“ (Art. 22 Abs. 2 lit b DSGVO, bzw. Art. 22 Abs. 4 iVm Abs. 9 Abs. 2 lit. g). Daher stellen die Entwürfe auch keinen Ausnahmegrund dar, weshalb dieses automatisierte Entscheidungsverfahren zulässig sein soll.

7.) Da Gesundheitsdaten (der Impfstatus genügt) in großem Umfang verarbeitet werden, ist gemäß Art. 35 Abs. 1 DSGVO eine Datenschutzfolgeabschätzung durchzuführen. Eine solche ist in beiden Entwürfen und den Materialien nicht zu entnehmen. Hierzu hat der Verantwortliche sich gegebenenfalls den Standpunkt der betroffenen Personen (etc.) einzuholen (Art. 35 Abs. 9 DSGVO). Wie dies technisch durchzuführen ist, lassen die Gesetzesentwürfe ebenfalls offen.

Erst im Dezember 2021 wurde eine massive Sicherheitslücke im EMS bekannt [DerStandard, 2021; ORF, 2021f; E.W., 2021]. Im Zusammenhang mit dieser Lücke wurden z.B. sensible Daten im Klartext per eMail übermittelt. Es wurden Zugriffe an Personen vergeben, die weder ordentlich geschult waren, noch eine Datenschutz-Verschwiegenheitserklärung unterschrieben hatten. Eine Anmeldung mit einem Klientenzertifikat war ohne weitere Identifikation am EMS möglich und es konnten Daten eingesehen als auch geändert werden. Auf privaten Rechnern (mit fraglicher Absicherung) wurden Daten in das EMS eingetragen. Es ist generell zwingend anzunehmen, dass zu allen drei Datenbanken eine große Anzahl an Personen Zugriff haben. Es ist ferner aus obiger Erfahrung anzunehmen, dass man es mit der Sicherheit der Daten nicht immer ganz ernst nimmt. Hieraus ergibt sich einerseits eine hohe Fehleranfälligkeit und andererseits eine extrem große Wahrscheinlichkeit für Sicherheitslücken.

Welche Sicherungsmaßnahmen gegen Fehleintragungen oder Sicherheitslücken mindestens zu treffen sind, geht ebenfalls aus den Entwürfen nicht hervor. Welche Maßnahmen gemäß Art. 36 Abs. 1 DSGVO der Verantwortliche zur Eindämmung des Risikos trifft, geht ebenso aus den Entwürfen und den Materialien nicht hervor. Das zeitnahe Löschen gemäß §5 der Impfpflichtgesetzesentwürfe reicht für eine solche Risikoeindämmung nicht aus. Demgemäß wäre vorher die Datenschutzbehörde zu konsultieren.

8.) Ferner ist unklar wie Art. 12 Abs. 1 DSGVO gerade im Hinblick auf Minderjährige (das Gesetz macht Minderjährige ab 14 Jahren zu Betroffenen!) oder Personen, die mit elektronischer Datenverarbeitung keine Erfahrung haben, im Zusammenhang mit dem beabsichtigten Gesetz umzusetzen ist.

Parteilichkeit von Ärzten

1.) Wie vorstehend erläutert, sehen beide Gesetzesentwürfe die Bestrafung von Ärzten vor, die Ausnahmen nicht nach dem Stand der Wissenschaft, sondern dem Stand ihres Wissens (welcher von dem Konsens der Wissenschaft abweichen kann und darf) und Gewissens (Genfer Deklaration des Weltärztebundes, bzw. Eid des Hippokrates sowie dem Nürnberger Kodex) ausstellen. Das neue Gesetz würde dem Arzt keine Behandlungsfreiheit erlauben.

2.) Dies wird zudem überboten von der Vorgehensweise der Ärztekammer, die ihre Mitglieder unter Druck setzt [ÄK, 2021; ORF, 2021e]. Die Ärztekammer droht Ärzten – entgegen den Grundprinzipien der evidenzbasierten Medizin und der ärztlichen Behandlungsfreiheit – Disziplinarstrafen an. In dem Rundschreiben wird ferner (ohne Begründung oder Quellenangabe) behauptet: *„Im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Pandemie darf klargestellt werden, dass es derzeit aufgrund der vorliegenden Datenlage aus wissenschaftlicher Sicht und unter Hinweis auf diesbezügliche Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums grundsätzlich keinen Grund gibt, Patientinnen/Patienten von einer Impfung abzuraten.“*. Zur evidenzbasierten Medizin gehören aber mehrere Säulen. Neben der Säule der vorliegenden Studienevidenz gehört gleichwertig die Säule der ärztlichen, klinischen Expertise und die Säule der Wertvorstellungen des Patienten dazu. Da die Übertragbarkeit von allgemeinen Studienergebnissen auf den spezifischen Patienten nicht zwingend gegeben ist, ist die ärztliche, klinische Expertise des behandelnden Arztes erforderlich. Medizinische Leitlinien haben aus diesem Grund keine Rechtsverbindlichkeit für einen behandelnden Arzt.

Mit ihrer Drohung hat die Ärztekammer die individuelle Behandlungsfreiheit ihrer Ärzte gebunden und gleichzeitig gegen die medizinischen Grundsätze (Genfer Deklaration) verstoßen. Jeder Arzt in Österreich muss nunmehr mit einem Disziplinarverfahren rechnen, wenn er sich die Freiheit herausnimmt, seinen Patienten hinsichtlich SARS-CoV-2 Impfung individuell zu beurteilen und zu beraten.

3.) Als ob das nicht genug wäre, droht die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) noch mit harten Konsequenzen denjenigen Ärzten, die die Impfung ablehnen [ORF, 2021e]. Zu den Konsequenzen zählen disziplinarische Maßnahmen der Ärztekammer, die bis zu einem Verbot der Berufsausübung reichen. Schließlich kann auch die ÖGK den Kassenvertrag entziehen. Als Begründung wird vom Obmann Andreas Huss angeführt, dass die Impfung die einzige Möglichkeit sei aus der Pandemie herauszukommen [ORF, 2021e]. Omikron lehrt allerdings Anderes.

4.) Damit wird von Ärzten erzwungen, dass sie auf die individuelle Situation des Patienten eben genau nicht mehr eingehen. Folgt der Arzt dem Hippokratischen Eid bzw. der Genfer Deklaration, so droht ihm ein Berufsverbot, Disziplinarverfahren oder ein Entzug des Kassenvertrages. Wie eine Individualisierung der Impfung und eine Vereinbarkeit zwischen dem Eid des Hippokrates und dem Gesetz möglich ist, ist aus den Entwürfen und den Materialien nicht zu entnehmen.

5.) Die Entwürfe sehen, wie oben beschrieben, Ermächtigungen des Gesundheitsministers vor, die vorgeben, welche Impfstoffe wie und wann anzuwenden sind. Damit wird das Grundrecht der freien Therapiewahl den Patienten als auch den Ärzten genommen. Beide werden de facto entmündigt. Hiermit wird die verfassungsrechtlich gebotene Trennung von Legislative und Exekutive unterlaufen.

6.) Der Druck auf die Ärzteschaft bedingt aber auch, dass diese – ohne Risiko für ihre Berufsausübung – im Zusammenhang mit einer Impfung gegen COVID-19 nicht mehr frei entscheiden können. Eine Vorstellung, die – wären die Ärzte Richter – unvorstellbar ist. Ärzte sind aber oft die „rechte Hand“ des Richters, nämlich ihr medizinischer Sachverständiger. Damit ist für alle Verwaltungsverfahren im Zusammenhang mit einem etwaigen Impfpflichtgesetz fürderhin die Beiziehung eines österreichischen Arztes verunmöglicht, da in jedem Fall von einer Anscheinsbefangenheit ausgegangen werden darf – beziehungsweise muss. Jeder Beklagte kann sofort jeden österreichischen Arzt als Sachverständigen des Verwaltungsgerichts ablehnen.

Ergebnis

Die vorliegenden Entwürfe sind fachlich als auch grundrechtlich sowie datenschutzrechtlich vollkommen ungeeignet um den Schutz der „öffentlichen Gesundheit“ sicher zu stellen. Die Entwürfe entbehren jedweder Verhältnismäßigkeit und verwandeln den Grundsatz der Unschuldsvermutung zu einer flächendeckenden Schuldvermutung. Ärzte und Patienten werden in ihren medizinischen Entscheidungen willkürlich beschnitten und unter Druck gesetzt. Dieser Druck kommt nicht nur von dem beabsichtigten Gesetz, sondern dieser ist parallel durch die Ärztekammer sowie die ÖGK aufgebaut worden und torpediert die Unbefangenheit des (behandelnden oder gerichtlich bestellten) Mediziners.

Beide Entwürfe missachten schlussendlich auch das Recht auf eine eigene Weltanschauung. Während das österreichische Gesetz einerseits massive Eingriffe in die körperliche Integrität aus religiösen Gründen gestattet (Weigerung zur Bluttransfusion, Beschneidung), wird hiermit andererseits das Recht auf eine eigene Weltanschauung nicht gewährt, nämlich:

1. Generell: Die Ablehnung jeglicher Art von Gentechnik.
2. Im Speziellen: Die Ablehnung einer nicht endgültig zugelassenen Impfung mit fraglichem Schutz und unbekanntem Langzeitnebenwirkungen im Zeitbereich von Jahren bis Jahrzehnten zur Bekämpfung einer Krankheit, die in Österreich unwesentlich mehr Todesopfer fordert als die Luftverunreinigungen, gegen die allerdings nicht so entschieden vorgegangen wird.

Dies ist unverhältnismäßig, widersprüchlich und willkürlich, denn: Gleichzeitig bieten die derzeitigen Impfstoffe keinen Schutz vor Übertragung. Damit ist ein Schutz der öffentlichen Gesundheit jedenfalls nicht zu rechtfertigen.

Gleichzeitig ist die Impfpflicht vor dem Hintergrund der geplanten Änderungen des Arzneimittelgesetzes und des Gentechnikgesetzes (Ihr Zeichen 1289 d.B. (XXVII GP)) zu sehen, welches große Erleichterungen für Arzneimittelhersteller und das Inverkehrbringen von Gentechnikprodukten bringt. Damit wird Österreich gleichzeitig geradezu zum Gentechniklabor. Im Zusammenhang mit einer Impfpflicht sollten wir uns daher des Nürnberger Kodex besinnen, der aus gutem Grund – nämlich aus Anlass der im Nationalsozialismus im Namen der medizinischen Forschung durchgeführten verbrecherischen Experimente an Menschen – geschaffen wurde, um zu verhindern, dass medizinische Experimente ohne Einwilligung der Versuchsperson durchgeführt werden.

Für weitere Fragen stehe ich gerne jederzeit zur Verfügung und verbleibe

mit vorzüglicher Hochachtung,

Mag. Dr. Aron Ewald Vrtala

Quellenangaben

- [AGES Dashboard, 2022] <https://covid19-dashboard.ages.at/> , abgerufen am 03.01.2022.
- [ÄK, 2021] Rundschreiben Nr. 325/2021 der Ärztekammer vom 02.12.2021.
- [Cole, 2020] Cole M.A. et al. „Air pollution exposure and COVID-19“, IZA Institute of Labor Economics, June 2020. (www.iza.org).
- [Conticini, 2020] Coticini, E. et al., „Can atmospheric pollution be considered a co-factor in extremely high level of SARS-COV-2 lethality in Northern Italy?“, *Environmental Pollution* **261**, 114465 (2020).
<https://doi.org/10.1016/j.envpol.2020.114465>.
- [CSH, 2022] Klimek, P. und Thurner S., Complexity Science Hub (CSH) Vienna, „CSH Policy Brief – Strategien für Omikron“, 03.01.2022.
- [EudraVigilance, 2022] EudraVigilance – European database of suspected adverse drug reaction reports, https://www.adrreports.eu/en/search_subst.html# abgerufen am 05.01.2022.

- [DerStandard, 2021] DerStandard, „Massive Sicherheitslücke im zentralen Corona-Register legte Daten offen“, 16.12.2021 18:29, abgerufen unter <https://www.derstandard.at/story/2000131971545/massive-sicherheitsluecke-im-zentralen-corona-register-legte-daten-offen> am 16.12.2021 und nochmals überprüft am 06.01.2022.
- [E.W. 2021] Epicenter.Works, „Datenskandal im Epidemiologischen Meldesystem (EMS)“, von Petra Schmidt, <https://www.derstandard.at/story/2000131971545/massive-sicherheitsluecke-im-zentralen-corona-register-legte-daten-offen> vom 16.12.2021 12:31 abgerufen am 16.12.2021 und nochmals verifiziert am 06.01.2022.
- [EUU, 2021] <https://www.eea.europa.eu/de/pressroom/newsreleases/zahlreiche-europaeer-sind-immer-noch-vorzeitige-todesfaelle-durch-luftverschmutzung>, abgerufen am 3.2.2011, aktualisiert 23.11.2020.
- [IrishTimes, 2021] Roman McGreevy, „Waterford city district has State's highest rate of Covid-19 infections“, *Irish Times*, 21.Okt. 2021.
- [Kampf, 2021a] Kampf, G., „COVID-19: stigmatizing the unvaccinated is not justified“, *The Lancet* **398**, 1871 (2021).
- [Kampf, 2021b] Kampf, G., „The epidemiological relevance of the COVID-19-vaccinated population is increasing“, *The Lancet Regional Health – Europe*, **11**, 100272 (2021).
- [Krone, 2021a] Kronen Zeitung, „Omikron ansteckender als Delta, neue Impfung kommt“, 13.12.2021 18:14, abgerufen von <https://www.krone.at/2580926> am 14.12.2021.
- [Krone, 2021b] Kronen Zeitung, „Experte: Impfen allein reicht nicht gegen Omikron“, 14.12.2021 6:55, abgerufen von <https://www.krone.at/2580800> am 26.12.2021.
- [Krone 2021c] Kronen Zeitung, „Kündigung für Ungeimpfte wahrscheinlich möglich“, 10.12.2021 22:26, abgerufen von <https://www.krone.at/2578296> am 11.12.2021.
- [Krone, 2022a] Kronen Zeitung, „Experte: Impfpflicht nach Omikron neu bewerten“, 04.01.2022 22:25, abgerufen von <https://www.krone.at/2596261> am 05.01.2022.
- [Krone, 2022b] Kronen Zeitung, „Mückstein empfiehlt Maskentragen auch im Freien“, 05.01.2022 16:10, abgerufen von <https://www.krone.at/2596822> am 06.01.2022.
- [ORF, 2021a] ORF, „Omikron: Mehrere Infektionen trotz Booster“, 10.12.2021 um 17:23, abgerufen von <https://science.orf.at/stories/3210320/> am 11.12.2021.
- [ORF, 2021b] ORF, „Impfpflicht hängt für Edtstadler an Wirksamkeit“, 26.12.2021 07:32, abgerufen von <https://orf.at/stories/3241492> am 26.12.2021.

- [ORF, 2021c] ORF, „Grünes Licht für die Beschaffung von CoV-Medikamenten“, 16.12.2021 06:45, abgerufen von <https://www.orf.at/stories/3240368/> am 16.12.2021.
- [ORF, 2021d] ORF, „GB: Grünes Licht für Pfizer-Medikament Paxlovid“, 31.12.2021 13:28, abgerufen von <https://orf.at/stories/3242085/> am 31.12.2021.
- [ORF, 2021e] ORF, „ÖGK droht mit harten Konsequenzen“, 16.12.2021 um 15:05, abgerufen unter <https://orf.at/stories/3240427/> am 05.01.2021.
ORF, „ÖGK droht mit Berufsverbot“, 16.12.2021 um 15:05, abgerufen unter <https://orf.at/stories/3240427/> am 17.12.2021.
- [ORF, 2021f] ORF, „Bericht über Sicherheitslücke im EMS“ am 17.12.2021 11:42 abgerufen am 06.01.2022 unter <https://orf.at/stories/3240555/> .
- [ORF, 2022a] ORF, „Israel genehmigt vierte Impfung für über 60-jährige“, 02.01.2022 um 20:49, abgerufen von <https://orf.at/stories/3242285/> am 03.01.2022.
- [ORF, 2022b] ORF, „Prognose: Bevölkerung wird rasch durchseucht“, 04.01.2022 um 12:26, abgerufen von <https://science.orf.at/stories/3210741> am 04.01.2022.
- [ORF, 2022c] ORF, „Steigende Zahlen trotz Lockdowns in den Niederlanden“, 04.01.2022 um 17:40, abgerufen von <https://orf.at/stories/3242530/> am 04.01.2022.
- [ORF, 2022d] ORF, „Omikron stellt Impfpflicht auf den Prüfstand“, 05.01.2022 um 16:12, abgerufen von <https://orf.at/stories/3242617> am 06.01.2022.
- [ORF, 2022e] ORF, „Vierte Dosis: 'Gut, aber nicht ausreichend'“, 05.01.2022 um 12:01, abgerufen von <https://science.orf.at/stories/3210762> am 06.01.2022.
- [Standard, 2021] „Verschmutzte Luft fordert jährlich 6.100 vorzeitige Todesfälle“, <https://www.derstandard.at/story/2000131212113/verschmutzte-luft-fordert-jaehrlich-6-100-vorzeitige-todesfaelle> , *Der Standard* vom 17.11.2021.
- [Weltbank, 2020] Weltbank, Populationsdaten von Staaten/Ländern für das Jahr 2020. <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/themes/people.html#population> abgerufen via google am 05.01.2022.
- [WHO, 2022] WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard, „latest“, abgerufen von <https://covid19.who.int/table> am 05.01.2022.
- [Wolter, 2021] Wolter, N., et al., „Early assessment of the clinical severity of the SARS-CoV-2 Omicron variant in South Africa“, medRxiv, <https://doi.org/10.1101/2021.12.21.21268116> (2021).
- [Wu, 2020] Wu, X., et al., „Exposure to air pollution and COVID-19 mortality in the United States: A nationwide cross-sectional study“, medRxiv, <https://doi.org/10.1101/2020.04.05.20054502> (2020).
Veröffentlicht in *Science Advances* doi: [10.1126/sciadv.abd4049](https://doi.org/10.1126/sciadv.abd4049)