

Dr. Christian ORTNER Rechtsanwalt

Meinhardstraße 7, 6020 Innsbruck
Tel +43(0)512 572772 Fax DW 72
Mobil 0664 3422220
e-mail office@rechtsanwalt-ortner.at

Tätigkeitsschwerpunkte:

Technik
Immobilien
Allg. gerichtlich beeideter Sachverständiger
für Verkehrssicherheit Luftfahrt

BTV Kto.-Nr. 100-456044 BLZ 16.000
IBAN: AT50 1600 0001 0045 6044 BIC: BTVAAT22
R 800 897 UID- Nr.: ATU52907403

II-73/2022

An den
Verfassungsgerichtshof
Freyung 8
1010 Wien

Antragsteller: 1.

und 903 weitere Antragsteller wie ab S 37 angeführt

alle vertreten durch: Dr. Christian Ortner, Rechtsanwalt
Wilhelm-Greilstraße 14, 6020 Innsbruck
R800897

Antragsgegner: **Bundesregierung**, Ballhausplatz 2,
1010 Wien

ANTRAG

auf Gesetzesprüfung gem. Art. 140 Abs. 1 lit. 1 c B-VG

betreffend das COVID-19-Impfpflichtgesetz BGBl. I Nr. 4/2022 i.d.F.

BGBl. I Nr. 22/2022

I. Vollmacht:

Die Antragsteller haben Herrn Dr. Christian Ortner, Rechtsanwalt in 6020 Innsbruck, Wilhelm-Greilstraße 14, Vollmacht erteilt.

II. Antrag:

Die Antragsteller stellen den

ANTRAG

**auf Gesetzesprüfung gem. Art. 140 Abs. 1 lit. 1 c B-VG
betreffend das COVID-19-Impfpflichtgesetz BGBl. I Nr. 4/2022**

mit den Anträgen

- 1. Das Bundesgesetz über die Pflicht zur Impfung gegen COVID-19 (COVID-19-Impfpflichtgesetz - COVID-19-IG) vom 4. Februar 2022, BGBl. I Nr. 4/2022, zuletzt novelliert mit BGBl. I Nr. 22/2022 i.d.g.F.**

In eventu

- 2. § 1 Abs. 1, § 2, § 3 Abs. 2, Abs. 3, Abs. 4, Abs. 5, Abs. 6, Abs. 7 Abs. 8, Abs. 9 und Abs. 10, § 3 Abs. 7, §3a, § 3b Abs. 3, Abs. 4 und Abs. 6, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12, § 13 Abs. 1 und Abs. 2, § 15, § 17 und § 19 Abs. 2 Covid-19-Impfpflichtgesetz - Covid-19-IG i. d. g. F. BGBl I Nr. 22/2022**

als verfassungswidrig aufzuheben.

III. Sachverhalt und Antragslegitimation:

Sämtliche Antragsteller sind über 18 Jahre alt und haben ihren Wohnsitz in Österreich. Sie sind entweder nicht mit einem der bedingt und befristet nach VO (EG) 507/2006 zugelassenen Impfstoffe, die aufgrund der bedingten Zulassung unter der auflösenden Bedingung, dass die bis dato fehlenden Nachweise zu Sicherheit und Wirksamkeit von den Herstellern fristgerecht nachgereicht werden und demnach im Sinn der VO (EG) 726/2004 als vorläufig zugelassen gelten, geimpft oder – in einigen wenigen Fällen – ihr Impfstatus ist wegen der Begrenzung der Gültigkeit des abgelaufen und sie gelten damit als ungeimpft. Sie sind auch nicht mit einem der gemäß § 1 Abs. 3 der COVID-19-Impfpflichtverordnung BGBl. II Nr. 52/2022 anerkannten Impfstoffe geimpft. Ein Teil der Antragsteller genießt einen aufrechten Genesenenstatus nach vor weniger als 6 Monaten durchgemachter COVID-19 Erkrankung, wobei der Genesenenstatus jener Antragsteller, die als Letzte eine Covid-Erkrankung durchgemacht haben, Anfang Oktober 2022 ausläuft. Die Antragsteller können auch keine Ausnahmegründe im Sinn des § 3 des angefochtenen Gesetzes geltend machen. Sie sind daher ab 1. Juni, spätestens aber teilweise ab Anfang Oktober 2022 gemäß § 1 Abs. 1 des angefochtenen Gesetzes „zum Schutz der öffentlichen Gesundheit“ im vollen Umfang des § 4 Abs. 1 und 2 verpflichtet, sich einer Schutzimpfung gegen COVID-19 zu unterziehen (Impfpflicht) und somit **unmittelbar betroffen**, zumal wie später nochmals näher ausgeführt, die angefochtene Impfpflicht ungeachtet der vorläufigen Aussetzung mit Verordnung BGBl. II Nr. 103/2022 erhebliche nachteilige Vorwirkungen äußert, die es als unzumutbar erscheinen lassen, mit der Anfechtung weiter zuzuwarten (VfSlg 11.402/1987 u.a.). Unter den AntragstellerInnen befinden sich rund 1/3 Angehörige von Gesundheitsberufen, darunter mehrere Ärzte an Krankenhäusern und freiberuflich sowie universitär tätige, die einerseits einem besonderen Druck im Hinblick auf Impfpflicht ausgesetzt sind, andererseits die im Folgenden dargelegten Ausführungen zu fehlender Wirksamkeit und Sicherheit der sogenannten Impfstoffe aus eigener täglicher Wahrnehmung bestätigen können. Zudem müssen die Antragsteller jederzeit mit der Verwirklichung des sie speziell verpflichtenden Tatbestandes der akuten Impfpflicht rechnen, zumal jederzeit per Verordnung die vorläufige Aussetzung der Impfpflicht widerrufen oder im Fall der Genesenen nach dem Muster Deutschland der Genesenenstatus z.B. von sechs auf drei Monate verkürzt werden kann (VfSlg 13.102/1992). Die Medienberichte vom 14.4.2022 (z.B. „Krone“), die besagen, dass der Gesundheitsminister den „4.

Stich für unabdingbar“ hält und die Ankündigung, dass für ältere Menschen ab Herbst die 5. Dosis zur Verfügung stehen werde, lässt neben der massiven Impfwerbung, die noch immer entgegen den mittlerweile gesicherten Erkenntnissen behauptet, die Impfung sei sicher und wirksam, erkennen, dass die österreichische Bundesregierung entgegen allen sich bereits international durchgesetzten Erkenntnissen ¹ an der Impfpflicht festhalten und diese spätestens im Herbst 2022 wieder „scharfstellen“ will.

Jedenfalls sind die Antragsteller von allen anderen, vor allem in das Grundrecht auf Datenschutz eingreifenden Bestimmungen des Impfpflichtgesetzes schon zum gegenwärtigen Zeitpunkt unmittelbar betroffen, weil mit der Verordnung BGBl. II Nr. 103/2022 nur die §§ 1, 4, 10 und 11 des COVID-19-Impfpflichtgesetzes ausgesetzt wurden, nicht jedoch alle anderen Bestimmungen, insbesondere § 6.

- Die Impfpflicht an sich, wie sie in § 1 Abs. 1 normiert ist, greift verletzend in die Rechtssphäre der antragstellenden Parteien ein, indem sie diese verpflichtet, sich ein lediglich bedingt zugelassenes, nicht ausreichend erprobtes und auf gänzlich neuer Technologie beruhendes gentechnisches Arzneimittel verabreichen zu lassen, das – wenn auch in wenigen Fällen – tödliche Nebenwirkungen und in nicht vernachlässigbarer Häufigkeit schwere Gesundheitsschäden verursachen kann, womit das Grundrecht auf Leben, auf körperliche Unversehrtheit und auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper verletzt wird.
- Die Impfpflicht greift in das Grundrecht der Religions- und Gewissensfreiheit ein, indem sie zur Duldung der Verabreichung einer mit erheblicher Wahrscheinlichkeit genmanipulierenden Substanz verpflichtet, mit der neben Gesundheitsschäden auch eine Manipulation des menschlichen Erbguts mit unabsehbaren Folgen verbunden sein kann.
- Die angefochtene Norm greift verletzend in die Rechtssphäre der antragstellenden Parteien ein, indem sie weitgehend willkürlich bestimmt, was als Wohnsitz, als Schutzimpfung gegen Covid-19, als zentral zugelassener Impfstoff, als anerkannter Impfstoff gegen Covid-19 oder als bestätigte Infektion mit Sars-CoV-2 zu gelten hat.
- Die angefochtene Norm führt eine nachteilige Änderung der Rechtsposition der antragstellenden Parteien herbei, indem sie durch das Wohnsitzkriterium eine sachlich nicht gerechtfertigte differenzierte örtliche und räumliche Anknüpfung für die Antragsteller schafft, nicht jedoch für andere Personen,

¹ Nach Deutschland, dessen Bundestag die Einführung einer Impfpflicht abgelehnt hat, hat zuletzt Griechenland die bis dato bestehende Impfpflicht für über 60-jährige mit 15.04.2022 abgeschafft!

die sich im Bundesgebiet aufhalten, beispielsweise mit einem Nebenwohnsitz oder als Touristen.

- Der Eingriff verletzt das Recht der freien Wahl der Antragsteller auf eine geeignete Schutzimpfung gegen Covid-19, indem die Anerkennung anderer Impfstoffe dem Bundesminister anheimgestellt wird, der nach völlig unbestimmten Kriterien der „den zentral zugelassenen Impfstoffen nach § 2 Z 3 vergleichbaren epidemiologischen Wirksamkeit und Sicherheit²“ andere Impfstoffe anerkennen oder diesen die Anerkennung verweigern kann und verletzt das Recht der Antragsteller, eine überstandene Infektion durch die Bestätigung von Antikörpern gegen Sars-CoV-2 nachzuweisen durch die Notwendigkeit eines Nachweises über die Erfüllung der Impfpflicht, insbesondere durch Eintragung in einem zentralen Impfreister, wodurch das Grundrecht auf Datenschutz verletzt wird.
- Ungeachtet der normativen Verknüpfung einer Impfpflicht mit gesetzlichen Ausnahmen (§ 3 Covid-19-IG) greifen diese normativen Bestimmungen in die Rechtssphäre der antragstellenden Parteien unter anderem dadurch ein, dass ihnen das Recht auf körperliche Unversehrtheit im Rahmen der Medizin und der Biologie durch freie Einwilligung in eine medizinische Behandlung nach vorheriger ärztlicher Aufklärung genommen wird, zudem wird ihr Grundrecht auf Datenschutz zur Wahrung sensibler medizinischer persönlicher Daten durch zwingende Registrierung in einem zentralen Impfreister verletzt.
- Dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister wird entgegen Art. 18 Abs. 2 B-VG im Wege einer formalgesetzlichen Delegation mit § 3 Abs. 7 die Befugnis eingeräumt zu bestimmen, welche Diagnosen als Voraussetzung für eine Befreiung von der Impfpflicht gelten sollen. Damit wird in die Rechtssphäre der Antragsteller insofern eingegriffen, als individuelle Gesundheitsrisiken nicht mehr geltend gemacht werden können und dies obwohl wesentliche Risikobereiche der neuartigen Arzneimittel noch nicht erforscht sind und daher eine generalisierende Definition der Befreiungsvoraussetzungen gar nicht möglich ist.
- Die Bestimmung des § 3 Abs. 8 sowie § 19 Abs. 2 Covid-19-IG stellt einen Eingriff in die Rechtssphäre der antragstellenden Parteien durch Verletzung des Legalitätsprinzips gemäß Art. 18 B-VG dar, indem durch eine for-

² Dies ist v.a. in der Hinsicht willkürlich, als die Sicherheit und Wirksamkeit der „zentral zugelassenen Impfstoffe“ nicht nachgewiesen ist (bedingte Zulassung) und sogar Univ.Prof. Dr.Kollaritsch, prominentes Mitglied der „GECKO“ und des NIG, einräumt, dass eine epidemiologische Wirksamkeit nicht vorhanden ist, weil keine kollektive Immunität damit erreichbar ist (siehe S 77 aus seinem Vortrag im Anhang)!

malgesetzliche Delegation einem Exekutivorgan, dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister, das Recht zu einer Gesetzesänderung mittels Verordnung eingeräumt wird.

- Die Bestimmung des § 3 a greift in das Grundrecht auf Datenschutz ein, indem die Landeshauptleute ermächtigt werden, ein - weiteres - elektronisches System zur Bearbeitung der Ausnahmen von der Impfpflicht und der Eintragung in das zentrale Impfregister zu schaffen, wodurch sensible persönliche Gesundheitsdaten in unkontrollierbarer Weise auf eine Vielzahl von Systemen verteilt und der Datenschutz damit unmöglich gemacht wird.
- Die Bestimmung des § 3b Abs 3 greift unmittelbar nachteilig in die Rechtssphäre der Antragsteller ein, indem die ELGA GmbH sensible persönliche Gesundheitsdaten aus dem zentralen Impfregister zu ermitteln und an den für das Gesundheitswesen zuständigen Minister zu übermitteln hat.
- Die Bestimmung des § 3b Abs. 4 greift unmittelbar nachteilig in die Rechtssphäre der Antragsteller ein, indem sensible persönliche Gesundheitsdaten im sog. „EPI-Service“ gespeichert, Bezirksverwaltungsbehörden und Gemeinden zugänglich gemacht und ihnen deren Verarbeitung ermöglicht wird.
- Die Bestimmung des § 3b Abs. 6 greift unmittelbar nachteilig in die Rechtssphäre der Antragsteller ein, indem sie Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes berechtigt, Ausnahmezertifikate „zum Zweck ihrer Verifizierung“ zu verarbeiten, was völlig unbestimmt ist (Art. 18 B-VG) und das Grundrecht auf Datenschutz verletzt.
- Der § 4 Covid-19-IG greift unmittelbar nachteilig in die Rechtssphäre der Antragsteller ein, indem er die Regelung eines gültigen Impfstatus gegen Covid-19 abschließend an die in der angefochtenen Norm festgelegten Behandlungsmethoden, Impfstoffe und die dazu erlassende Durchführungsverordnung knüpft. Weiters greift die Bestimmung des § 4 Abs. 5 des Covid-19-IG in die verfassungsrechtlich geschützte Rechtssphäre der antragstellenden Parteien auf Datenschutz von sensiblen Personendaten durch öffentliche Registrierung in einem zentralen Impfregister ein.
- Der § 6 Covid-19-IG verletzt unmittelbar die Rechtssphäre der antragstellenden Parteien in ihrem Grundrecht auf Datenschutz durch die Sammlung sensibler personenbezogener Daten in einem öffentlichen zentralen Register, die Verknüpfung von sensiblen persönlichen Daten aus verschiedenen

öffentlichen Registern und die Verwendung dieser gesammelten und verknüpften Daten für Zwecke einer „Rasterfahndung“ für die Durchführung von Verwaltungsstrafverfahren. In gleicher Weise werden die antragstellenden Parteien unmittelbar in ihrer Rechtssphäre verletzt durch die Bestimmungen der §§ 8 und 9 leg.cit.

- Mit der normativen Verknüpfung der Impfpflicht (§ 1 Abs. 1 leg.cit.) mit der Einführung einer wiederholten Bestrafung (§ 10 leg.cit.) wird nachteilig in die Rechtssphäre der Antragsteller eingegriffen durch zwangsweise Durchsetzung der Impfpflicht unter Missachtung zahlreicher Grund- und Freiheitsrechte, wie beispielsweise des Rechtes auf Leben, auf körperliche Unversehrtheit, auf das Verbot der Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung, auf Achtung des Privat- und Familienlebens, auf den Schutz personenbezogener Daten und auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit.
- Mit der Bestimmung des § 10 Abs. 4 wird unmittelbar in das Grundrecht der antragstellenden Ärzte auf freie Meinungsäußerung nach Art. 10 EMRK und Freiheit der Wissenschaft Art. 17 StGG und Art. 13 GRC eingegriffen, indem jede nicht einem nicht näher definierten „Stand der Wissenschaft“ entsprechende medizinische Expertenmeinung, die einer ärztlichen Bestätigung zugrunde liegt, unter Strafe gestellt wird.

Es besteht für die Antragsteller keine andere zumutbare Möglichkeit, eine Überprüfung des aus ihrer Sicht verfassungswidrigen angefochtenen Gesetzes durch den VfGH zu erreichen:

- Nach ständiger Rechtsprechung des VfGH ist es nicht zumutbar, es auf eine Bestrafung wegen Missachtung der Impfpflicht gemäß § 10 des angefochtenen Gesetzes ankommen zu lassen und ein hierüber ergehendes Straferkenntnis im Instanzenweg zu bekämpfen.
- Es besteht infolge der gesetzlichen Anordnung keine Möglichkeit, die Eingriffe in das Grundrecht auf Datenschutz bei der Datenschutzbehörde zu bekämpfen bzw. ist es unzumutbar, zunächst dort eine erwartungsgemäß negative Entscheidung zu erwirken, um anschließend eine Beschwerde nach Art. 144 B-VG einbringen zu können;
- Es ist auch nicht tunlich und zumutbar, einen Antrag auf Impfbefreiung im Sinn des § 3 zu stellen und einen erwartungsgemäß abschlägigen Bescheid im Instanzenzug zu bekämpfen, zumal ein solcher Antrag von vornherein mangels Möglichkeit des Nachweises einer der Gründe des § 3 Abs. 1 aus-

sichtslos wäre, dazu kostenträchtige Gutachten eingeholt werden müssten und selbst im Erfolgsfall die Ausnahme von der Impfpflicht nur bis zum Ablauf des Folgemonats nach Wegfall des Ausnahmegrundes gelten würde.

- Es ist trotz der öffentlichen Erklärungen der Bundesregierung, dass die Impfpflicht auf Arbeitsverhältnisse keinen Einfluss habe, nicht zu übersehen, dass die Folgewirkungen der Impfpflicht am Arbeitsmarkt massiv sind, indem einerseits sehr viele Arbeitgeber, vor allem auch im Gesundheitsbereich, bei Einstellungen schon seit Ankündigung der Impfpflicht einen aufrechten Impfstatus als Voraussetzung einer Einstellung verlangen (Beispiel Tirol Kliniken GmbH) und Mitarbeiter, die sich nicht impfen lassen wollten, gekündigt haben (Beispiel ORF, AUVA). Verträge mit Selbständigen, die jahrelang als Vertragspartner von Einrichtungen, z.B. im Gesundheitswesen oder des ORF tätig waren wurden entweder gekündigt oder nicht verlängert (Beispiel AUVA und ORF). Unter dem Aspekt dieser schon im Vorfeld als Folgewirkung auftretenden Beeinträchtigung der Erwerbsfreiheit ist es auch nicht zumutbar, die zeitliche Verzögerung, die mit der Beschreibung des zuvor beschriebenen Weges verbunden ist, in Kauf zu nehmen, zumal die Behörden über Anträge auf Impfbefreiung seit Inkrafttreten des Gesetzes noch kaum Entscheidungen getroffen haben, die Flut der zu erwartenden Verfahren lange Verfahrensdauern erwarten lassen und Verfahren vor dem Landesverwaltungsgericht derzeit im Schnitt ein Jahr dauern und sich die Verfahrensdauern noch deutlich erhöhen werden, sobald die Verfahren wegen Impfbefreiungen und Verwaltungsstrafverfahren im Zusammenhang mit der Impfpflicht anfluten. Damit droht Menschen, die sich nicht der Impfpflicht unterwerfen wollen, eine vielmonatige bis jahrelange Arbeits- bzw. Erwerbslosigkeit.

IV. Rechtslage:

Das am 5. Februar 2022 in Kraft getretene COVID-19-Impfpflichtgesetz sieht eine Verpflichtung zur Impfung gegen COVID-19 für alle Personen im Alter über 18 Jahren vor, die in Österreich einen Wohnsitz haben. (§ 1 Abs. 1 COVID-19-Impfpflichtgesetz). Es sieht vor, dass alle impfpflichtigen Personen ab 15. März 2022 über einen gültigen Impfstatus gegen COVID-19 verfügen müssen. (§ 4 Abs. 1), wobei diese Verpflichtung per Verordnung (BGBl. II Nr. 103/2022) vorübergehend bis 31.5.2022 ausgesetzt ist. Die Impfpflicht ist durch das Verabreichenlassen eines der bedingt nach VO (EG) Nr. 726/2004 (unter Anwendung der VO (EG) 507/2006 zugelassenen oder durch Verordnung nach § 4 Abs. 2 anerkannten Arzneimittels zu erfüllen.

Ausgenommen von der Impfpflicht sind lediglich (§ 3 Abs. 1)

- Schwangere,
- Personen, die
 - nicht ohne konkrete und ernstliche Gefahr für Leben oder Gesundheit mit einem Impfstoff gem. § 2 Z 3 geimpft werden können³;
 - bei denen aus medizinischen Gründen eine Immunantwort auf die Impfung gegen COVID-19 nicht zu erwarten ist⁴;
 - die nach mehrmaliger Impfung gegen COVID-19 keine Immunantwort auf die Impfung ausgebildet haben⁵.
- Personen, die eine bestätigte Infektion mit SARS-CoV-2 überstanden haben, für die Dauer von 180 Tagen ab dem Tag der Probenahme.

Das Gesetz enthält sehr weitreichende Verordnungsermächtigungen für den Gesundheitsminister, den Innenminister und für die Bundesregierung, mit denen er/sie die Liste der anerkannten Impfstoffe (§ 2 Z 4), das Impfintervall, also den Zeitraum, nach dem sich der Normunterworfenen einer neuerlichen Impfung unterziehen muss (§ 2 Z 6) und wie oft (§ 4 Abs. 4) und in welchen Wirkstoffkombinationen, den Erinnerungstichtag, an die die impfpflichtigen Personen zum Zweck der Erinnerung an die fällige Erst- oder Folgeimpfung unter Zugriff auf besonders geschützte persönliche Personen- und Gesundheitsdaten aus dem zentralen Impfreister und dem ZMR verknüpft und im Umfang des § 6 Abs. 3 abgeglichen, verarbeitet und gespeichert werden dürfen (§ 5 i.V. mit § 6), festzulegen, wer

³ Wie in der Begründung dargelegt werden wird, trifft das im Grunde für alle Menschen zu!

⁴ Das sind immunsupprimierte Menschen, z.B. unter Chemotherapie;

⁵ Dieses Phänomen wurde vor allem bei älteren Menschen gehäuft beobachtet.

bzw. welche Ambulanz einer Krankenanstalt befugt ist, Ausnahmegründe von der Impfpflicht festzustellen, zu bescheinigen und im zentralen Impfreister zu speichern (§ 3 Abs. 3). Der Gesundheitsminister wird ermächtigt, durch Verordnung festzulegen, unter welchen taxativen Voraussetzungen ein Ausnahmegrund gem. § 3 Abs. 1 Z 2 vorliegt, er kann abweichende Regeln „nach dem Stand der Wissenschaft“⁶ im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit einer Weiterverbreitung von SARS-CoV-2 durch bestimmte Personengruppen „zum Schutz der öffentlichen Gesundheit oder zur Wahrung der Rechte der betroffenen Personengruppen“ erlassen, Ausnahmen erlassen und von bestehenden Ausnahmen abweichen.⁷

In § 3a wird den Landeshauptleuten ermöglicht, ein - weiteres - elektronisches System zur Bearbeitung der Ausnahmen von der Impfpflicht zu installieren, wo besonders sensible persönliche Gesundheitsdaten gespeichert und verarbeitet sowie im Zug der Eintragung in das zentrale Impfreister an die ELGA GmbH übermittelt werden. Die im Abs. 2 vorgesehene Lösungsverpflichtung ist wegen der Vielzahl der Speicherorte und Datenübermittlungen nicht geeignet, den erforderlichen Datenschutz zu gewährleisten.

In § 3b Abs. 3, 4 und 6 leg. cit. wird der ELGA GmbH die Ermittlung von Daten aus dem Zentralen Impfreister und deren Weitergabe an den für das Gesundheitswesen zuständigen Minister, die Speicherung im sog. „EPI-Service“ und die Weitergabe an Bezirksverwaltungsbehörden und Gemeinden aufgetragen und Sicherheitsbehörden die Verarbeitung der Ausnahmezertifikate „zum Zweck ihrer Verifizierung“ ermöglicht.

Mit § 6 und § 11 Abs. 1 wird der Datenschutz persönlicher Gesundheitsdaten praktisch vollkommen abgeschafft. In § 6 Abs. 6 wird die Verknüpfung personenbezogener Daten mit den bei ELGA im zentralen Impfreister gespeicherten Daten zum Zweck der Strafverfolgung nach § 10 im Sinn einer „Rasterfahndung“ ermöglicht.

Der § 9 enthält eine Verordnungsermächtigung für die Bundesregierung zur Festsetzung eines Impfstichtages mit dem Zweck der Ermittlung der impfpflichtigen Personen zur Durchführung eines Strafverfahrens.

⁶ Hier ist anzumerken, dass die Bundesregierung seit 2 Jahren die alleinige Deutungshoheit beansprucht, was „Stand der Wissenschaft“ sei und Andersdenkende, und seien deren Argumente und Beweise noch so schlagend, mit massiven Repressalien und einem Propagandaaufwand von hunderten Millionen Euro an Steuergeld diskriminiert, mundtot macht und diskreditiert – siehe z.B. „memorandum of understanding“ zwischen Gesundheitsminister und Ärztekammerpräsident vom April 2020 und 2.9.2021 oder das Bashing von Univ.Prof. Dr. Sucharit Bhakdi und Dr. Wolfgang Wodarg, deren Warnungen und Prognosen sich immer unübersehbarer bewahrheiten und sogar übertroffen werden!

⁷ Diese Ermächtigung würde z.B. die Rücknahme einer allgemeinen Impfpflicht und Aufrechterhaltung oder Verschärfung derselben für Gesundheitsberufe im Verordnungsweg ohne parlamentarische Kontrolle ermöglichen.

Mit § 10 Abs. 4 Z 1 werden Ärzte mit Strafe bedroht, wenn sie „vorsätzlich eine ärztliche Bestätigung über das Vorliegen eines Ausnahmegrundes ... ausstellen, die nicht dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht.“⁸ Diese Norm ist völlig unbestimmt und eröffnet der Willkür Tür und Tor, weil der „Stand der medizinischen Wissenschaft“ niemals eindeutig, jedoch dynamisch und häufig kontrovers ist, wobei sich oft erst nach längerer Zeit herausstellt, welcher Standpunkt der Richtige ist.

Neben der Durchbrechung des Datenschutzes werden auch § 11 und 13 Sonderbestimmungen zum Verwaltungsstrafverfahrensgesetz eingeführt, die den Rechtsschutz des Einzelnen einschränken und in repressiver Weise gegen das Verschlechterungsverbot verstoßen (§ 11 Abs. 5 letzter Satz).

Weiters wird Gremien wie dem Nationalen Impfgremium (§ 18 Abs. 2) und der Kommission GECKO (§ 19 Abs. 1) ein wesentliches Mitspracherecht eingeräumt, wobei in keiner Weise gewährleistet ist, dass diese Gremien neutral und objektiv besetzt sind – vielmehr ist naheliegend, dass die Bundesregierung diese Gremien mit „linientreuen“ Personen besetzt hat: Laut einer Analyse von „NEWS“ steht der Großteil des „NIG“ im Sold der Pharmaindustrie (8 Personen!) und das prominente Mitglieder der „GECKO“, Univ.Prof. Dr. Herwig Kollaritsch, erklärt sich „frei von Interessenkonflikten“ in einem Atemzug mit der Erklärung, dass er sich die unentgeltliche Tätigkeit als Mitglied des Beraterstabes des BMSGPK nur leisten könne, weil er Vortragshonorare von Valneva, Ärztekammer, Apothekerkammer, Medicaldialogue, Teamworx, Grünes Kreuz, Novartis und Roche erhalten und Aufwandsabgeltungen für die Tätigkeit als data safety monitoring board als Vorsitzender/Mitglied in 3 Impfstudien erhalten habe⁹ und weiters mit dem flapsigen Spruch „Dem Pfizer Corona-Impfstoff vertraue ich. Die haben Viagra entwickelt. Wer Tote erweckt, kann auch Lebende retten“¹⁰ nicht den Eindruck der Neutralität vermittelt.

Darüber hinaus wird dem zuständigen Bundesminister unter pauschal beschriebenen Umständen die Ermächtigung erteilt, dieses Bundesgesetz oder einzelne seiner Bestimmungen im Sinn einer formalgesetzlichen Delegation außer Kraft zu setzen, wovon dieser mittlerweile mit der Aussetzung der Bestimmungen § 1, 4, 10 und 11 befristet bis 31.5.2022 mit BGBl. II Nr. 103/2022 Gebrauch gemacht hat.

Der § 20 mit den Schlussbestimmungen regelt das Inkraft- und Außerkrafttreten

⁸ Siehe FN (6). Wissenschaft lebt von der Kontroverse. Und in der Geschichte haben oftmals Menschen, die dem „Stand der Wissenschaft“ widersprochen haben, Recht behalten. Beispiele Galilei, Semmelweis u.v.a.m.

⁹ S 2 in <https://infektiologie.co.at/wp-content/uploads/2021/12/1-Kollaritsch.pdf>, Auszüge im Anhang

¹⁰ S 1 a.a.O. zu FN (9)

des Bundesgesetzes, den Vollzug und spezielle Verlautbarungsvorschriften.

Der durch die Bestimmungen des § 3 Abs. 3, 6 und 7 sowie 4 Abs. 3 und 4 Covid-19-IG verordnungsermächtigte Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hat am 7.2.2022 die Covid-19-Impfpflichtverordnung (BGBl. II Nr. 52/2022) erlassen, diese ist mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft getreten (§ 5 leg.cit.).

Die Covid-19-Impfpflichtverordnung regelt mit § 1 (Allgemeinbestimmungen) den gültigen Impfstatus, die für die Erfüllung der Impfpflicht anerkannten Impfstoffe gegen Covid-19 sowie den Stichtag bestätigter Infektionen mit Sars-CoV-2.

Der § 2 regelt die Ausnahmen von der Impfpflicht und die Dauer der Ausnahme von der Impfpflicht für Personen, die eine bestätigte Infektion mit Sars-CoV-2 überstanden haben.

Der § 3 regelt die ärztlichen Bestätigungen im Sinne des § 2 Z 5 und 3 Abs. 3 Covid-19-IG und er schafft eine Ausnahme von der Verpflichtung zur persönlichen und unmittelbaren Untersuchung bei Erstellung der ärztlichen Bestätigungen.

Der § 4 regelt den Umfang der Impfpflicht und der § 5 das Inkrafttreten der Verordnung. Die Anlage 1 zu der Verordnung bestimmt die fachlich geeigneten Ambulanzen gemäß § 3 Abs. 3 Covid-19 Impfpflichtgesetz und die Anlage 2 enthält ein Formular für die Bestätigung über das Vorliegen eines Ausnahmegrundes von der Pflicht zur Impfung gegen Covid-19.

Die Covid-19-Impfpflichtverordnung vom 7.2.2022 steht in einem untrennbaren Zusammenhang mit der angefochtenen Rechtsvorschrift des Covid19-IG; die Covid-19-Impfpflichtverordnung verliert im Falle der Aufhebung des Covid-19-IG wegen Verfassungswidrigkeit einerseits die gesetzliche Grundlage und andererseits ihre Anwendbarkeit. Die Antragsteller richten daher an den Verfassungsgerichtshof die

A N R E G U N G

ein Verordnungsprüfungsverfahren einzuleiten und die in Rede stehende Covid-19-Impfpflichtverordnung als gesetz- und verfassungswidrig aufzuheben.¹¹

¹¹ Es muss angemerkt werden, dass die Ausnahmebestimmung in § 3 der VO auch eklatant gleichheitswidrig ist, weil ein Amts- oder Epidemiarzt entgegen § 55 Ärztegesetz ermächtigt wird, eine Beurteilung einer Impffähigkeit ohne „gewissenhafte ärztliche Untersuchung“ vorzunehmen, obwohl sehr schwerwiegende Folgen möglich sind und keinerlei Gewähr dafür besteht, dass Amts- oder Epidemieärzte überhaupt über die häufig erforderli-

V. Prüfgegenstand:

Die Antragsteller bekämpfen gemäß Art. 140 Abs. 1 lit c B-VG das Impfpflichtgesetz BGBl. I Nr. 4/2022 in seiner Gesamtheit wegen Verfassungswidrigkeit. Nachdem die in § 1 Abs. 1 normierte Impfpflicht an sich als verfassungswidrig erachtet wird, muss sich der Umfang der Anfechtung auf das gesamte Gesetz erstrecken, weil die übrigen Bestimmungen einen untrennbaren Zusammenhang mit der in § 1 Abs. 1 normierten Impfpflicht bilden und nach Wegfall der in § 1 normierten Impfpflicht der Rest des Gesetzes einen sinnentleerten Torso darstellen würde, der nicht vollziehbar ist.

In eventu werden die Bestimmungen § 1 Abs. 1, § 2, § 3 Abs. 2, Abs. 3, Abs. 4, Abs. 5, Abs. 6, Abs. 7 Abs. 8, Abs. 9 und Abs. 10, § 3a, § 3b Abs. 3, Abs. 4 und Abs. 6, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8, § 9, § 10, § 11, § 12, § 13 Abs. 1 und Abs. 2, § 15, § 17 und § 19 Abs. 2 Covid-19-Impfpflichtgesetz - Covid-19-IG i. d. g. F. BGBl I Nr. 22/2022 aus den im Folgenden näher dargelegten Gründen bekämpft.

VI. Darlegung der Bedenken:

Grundsätzlich ist vorzuschicken, dass überall dort, wo Gesetzesvorbehalte zu Grundrechten bestehen, vor den Voraussetzungen für die Zulässigkeit von Grundrechtseingriffen - Erforderlichkeit, Eignung und Verhältnismäßigkeit - Grundvoraussetzung nach der Rechtsprechung des EuGH ist, dass ein **legitimes Ziel** der grundrechtsrelevanten gesetzlichen Regelung besteht.

Das Gesetz nennt als Ziel den „Schutz der öffentlichen Gesundheit“. Damit ist nicht etwa kollektiver Gesundheitsschutz der Menschen als Ziel gemeint, sondern das öffentliche Gesundheitswesen.

Nachdem es kein Grundrecht auf Gesundheit in Österreich gibt, sondern der Staat nur verpflichtet ist, im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung Einrichtungen zur Gesundheitsvorsorge bereitzustellen, also das im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung betriebene öffentlich Gesundheitswesen vorzuhalten, existiert keine Gleichrangigkeit zwischen den im Folgenden einzeln behandelten Grundrechten und den Interessen an der Funktions- und Leistungsfähigkeit der im Rah-

chen speziellen fachlichen Kenntnisse verfügen, die für eine seriöse Beurteilung erforderlich sind.

men des öffentlichen Gesundheitswesens betriebenen Krankenanstalten und sonstigen Einrichtungen. Daher ist das **Ziel des „Schutzes der öffentlichen Gesundheit“ kein legitimes Ziel**, das geeignet wäre, Grundrechtseingriffe zu rechtfertigen. Dies umso weniger, als sich in den letzten beiden Jahren gezeigt hat, dass abgesehen von lokalen Engpässen, die auch regelmäßig in der Vergangenheit während jeder Grippesaison auftraten, zu keinem Zeitpunkt je das öffentliche Gesundheitswesen überlastet war, sondern die Bundesregierung untätig war, geeignete Maßnahmen gegen den schon seit vielen Jahren bestehenden Personalmangel in der Pflege zu ergreifen und Krankenhaus- und dabei insbesondere Intensivpflegebetten – i.W. mangels Pflegepersonals - abgebaut wurden, während Milliarden Euro-Beträge in nach Ansicht vieler Fachleute völlig nutzlose Massentests an gesunden Menschen (mit der zwangsläufigen Konsequenz falsch positiver Testergebnisse und damit ungerechtfertigter Freiheitsentzüge) und noch viel mehr Milliarden in den Ankauf von Impfstoffen investiert wurde, deren Wirksamkeit und Sicherheit bei weitem noch nicht nachgewiesen war, ja deren epidemiologische Wirksamkeit (Unterbrechung von Infektionsketten) nicht einmal von der Herstellern behauptet wurde bzw. deren Unwirksamkeit in Bezug auf Unterbindung der Transmission schon von Anfang an bekannt war¹² – obwohl die Impfpropaganda Gegenteiliges behauptete - und hinsichtlich derer Sicherheit noch eine Vielzahl offener Fragen bestand, weshalb sich die Hersteller die Freistellung von jeder Haftung für Impfschäden vertraglich ausbedungen hatten! Es mehren sich außerdem die Hinweise, dass das öffentliche Gesundheitswesen schon jetzt mehr durch Geimpfte als durch Ungeimpfte belastet ist und sich die Lage noch zuspitzen könnte, sodass auch die Eignung der Maßnahme und schon gar die Verhältnismäßigkeit in Frage stehen.

Das vorliegende Gesetz verletzt grundsätzlich mit der Normierung einer Impfpflicht gegen COVID-19 in erster Linie die **Grundrechte auf Achtung der Menschenwürde (Art. 1 GRC), auf Leben (Art. 2 EMRK, Art. 2 GRC)** und auf körperliche und geistige Unversehrtheit (Art. 3 Abs. 1 und 2 GRC) und dem **Verbot, einer unmenschlichen und erniedrigenden Behandlung unterzogen zu werden (Art. 3 EMRK)** sowie aufgrund der Verletzung der Selbstbestimmung über die körperliche, geistige und seelische Integrität und Selbstbestimmung über den eigenen Körper das **Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Art. 8 EMRK), es widerspricht Art. 9 EMRK durch Eingriff in**

¹² Siehe Interview Prof. Kollaritsch in ZiB2 bei Armin Wolf am 15.12.2020 (!) <https://www.youtube.com/watch?v=LTH3Lz4jFUo>

die Gewissensfreiheit, indem es zum Handeln entgegen der eigenen Gewissensüberzeugung verpflichtet, widerspricht aufgrund der zu weitgehenden Verordnungsermächtigungen dem **Legalitätsprinzip des Art. 18 B-VG**, es widerspricht in § 10 Abs. 4 der **Meinungsfreiheit und Freiheit der Wissenschaft und Lehre nach Art. 11 und 13 GRC bzw. Art. 10 EMRK und Art. 17 StGG**, weiters widerspricht es dem **Grundrecht auf Datenschutz (§ 1 DSG)** und dem **Gleichheitsgrundsatz (Art. 7 B-VG)**, indem es Menschen mit Wohnsitz in Österreich anders behandelt als in Österreich aufhältige Personen ohne Wohnsitz dortselbst und weil es ohne sachliche Rechtfertigung Sonderbestimmungen für Verwaltungsstrafverfahren nach diesem Gesetz normiert.

Die Bedenken im Einzelnen:

a. Grundrecht auf Achtung der Menschenwürde (Art. 1 GRC)

Art. 1 GRC verbietet es nach der sogenannten „Objektformel“, den Menschen vom Subjekt des Rechts zum Objekt zu degradieren. Das angefochtene Gesetz betrachtet jeden Normunterworfenen als potenziellen Krankheitsüberträger. Daher ist der Normunterworfene Objekt der Gefahrenabwehr, indem ihm aufgezwungen wird, sich ein experimentelles Arzneimittel „zum Schutz der öffentlichen Gesundheit“, somit nicht einmal zu einem legitimen Zweck, verabreichen zu lassen. Damit ist die Willens- und Dispositionsfreiheit des Menschen beseitigt, er wird gezwungen, am größten bisher durchgeführten gentechnischen Experiment an der Menschheit teilzunehmen.

Die Menschenwürde ist absolut geschützt, sie unterliegt keinem Gesetzesvorbehalt. Daher ist dieser Eingriff schon grundsätzlich unzulässig.

b. Grundrecht auf Leben (Art 2 EMRK, Art. 2 GRC)

Die in Österreich „zentral zugelassenen Impfstoffe“ sind sämtlich solche, die nur bedingt gemäß VO (EG) 507/2006 vorläufig befristet zugelassen wurden. Voraussetzung einer bedingten Zulassung ist eine Krisensituation aufgrund einer Bedrohung der öffentlichen Gesundheit durch zu schwerer Invalidität führende oder lebensbedrohende Krankheiten, wobei diese Notlage von der Weltgesundheitsorganisation festgestellt wurde (Art. 2 Z 2 VO (EG) 507/2006)¹³. Eine solche bedingte Zulassung kann auf Antrag i.d.R. eines Arzneimittelherstellers noch vor Vorliegen der vollständigen Nachweise zu Sicherheit und Wirksamkeit des Arzneimittels bewilligt werden – wie dies auch geschehen ist –, wenn er gleichzeitig einen Antrag gem. Art. 6 der VO (EG) 726/2004 stellt (Art. 3 Abs. 1 VO (EG) 507/2006) und wenn der Ausschuss der Ansicht ist, dass das Nutzen-Risikoverhältnis positiv ist, der Antragsteller voraussichtlich in der Lage ist, die umfassenden klinischen Daten nachzuliefern, eine medizinische Versorgungslücke geschlossen werden kann und der Nutzen für die öffentliche Gesundheit, den die sofortige Verfügbarkeit des Arzneimittels auf dem Markt mit sich bringt, die Gefahr aufgrund noch fehlender zusätzlicher Daten überwiegt (Art. 4 VO (EG) 507/2006). Bei keinem der in

¹³ Es kann hier unerörtert bleiben, ob die Aufrechterhaltung des „PHEIC“ – Public Health Emergency of International Concern durch die WHO angesichts der relativen Harmlosigkeit der mittlerweile verbreiteten „Omikron“-Variante des Virus mit einer case fatality rate von 0,7, der Hälfte der bekannten Grippe, gerechtfertigt ist.

Österreich derzeit „zentral zugelassenen“ Arzneimittel währte die der bedingten Zulassung zugrunde liegende Studie länger als maximal 10 Wochen! Bei allen Arzneimitteln außer dem kürzlich, nach ebenso kurzer und damit zwangsläufig lückenhafter Erprobung zugelassenen Arzneimittel „VLA2001“ von Valneva, handelt es sich um gentechnisch hergestellte Präparate, die nicht direkt eine Immunantwort des menschlichen Körpers hervorrufen, sondern die menschlichen Zellen dazu manipulieren, ein körperfremdes Protein, nämlich das Spike-Protein als typisches Merkmal des SARS-CoV-2 Virus in der ursprünglichen Wuhan-Variante¹⁴, herzustellen und an der Zelloberfläche zu präsentieren, was seinerseits die Immunreaktion des Körpers auslösen soll. Es handelt sich somit um eine genetische Manipulation der menschlichen Körperzellen und um eine völlig neuartige Technologie, die noch nie für die Anwendung am Menschen zuvor erfolgreich erprobt und zugelassen wurde - siehe EMA public assessment report zu Comirnaty)¹⁵ hier auszugsweise:

Auszug aus dem Comirnaty – epar – public assessment plan der EMA (farbige Hervorhebungen durch den Einschreiter):

Conditional marketing authorisation

The applicant requested consideration of its application for a **Conditional marketing authorisation** in accordance with Article 14-a of the above-mentioned Regulation, as it is intended for the prophylaxis of a life-threatening disease. In addition, the above-mentioned medicinal product is intended for use in an **emergency situation**, in response to public health threats duly recognised by the World Health Organisation and by the Union.

New active Substance status

The applicant requested the active substance Single-stranded, 5'-capped messenger RNA produced using a cell-free in vitro transcription from the corresponding DNA templates, encoding the viral spike (S) protein of SARS-CoV-2 contained in the above medicinal product to be considered as **a new active substance**, as the applicant claims that it is not **a constituent of a medicinal product previously authorised within the European Union**.

Diese Technologie birgt somit viele noch nicht überschaubare Risiken, die nicht nur Comirnaty, sondern alle mRNA- (Biontech-Pfizer und Moderna) und Vektorpräparate (Astra-Zeneca und Janssen/Johnson&Johnson). Dies ergibt sich beispielsweise aus dem EMA risk management plan für Comirnaty (Biontech-Pfizer),

¹⁴ Die späteren Mutationen weisen geänderte Varianten des Spikeproteins auf, worauf die massiv abgenommene Wirkung der Arzneimittel zurückgeführt wird!

¹⁵ Siehe Beilage ./4

in dem auf den Seiten 66 ff aufgezählt ist, welche möglichen Risiken noch nicht untersucht wurden (Hervorhebungen und Fußnoten durch Einschreiter):

Auszug aus dem Comirnaty – epar risk management plan:

NT162b2

Risk Management Plan 20 December 2020

CONFIDENTIAL

Page 66

For the purpose of the RMP and summary safety reports, an AESI¹⁶ list was composed taking into consideration the available lists of AESIs from the following expert groups and regulatory authorities:

Brighton Collaboration (SPEAC)³⁰

- ACCESS protocol³¹
- US CDC (preliminary list of AESI for VAERS surveillance)³²
- MHRA (unpublished guideline).

The AESI list is comprised of medical conditions to allow for changes and customization of MedDRA terms as directed by AE reports and the evolving safety profile of the vaccine:

- **Immune/Autoimmune-mediated neurological, haematological and vasculitis events;**
- **Events associated with severe COVID-19;**
- **Serious thrombotic and embolic events.**

The AESIs are taken in consideration for all routine and additional pharmacovigilance activities.

SVII.1.2. Risks Considered Important for Inclusion in the List of Safety Concerns in the RMP

Important Identified Risk: Anaphylaxis

Risk-benefit impact

Anaphylaxis is a serious adverse reaction that, although very rare, can be life-threatening¹⁷.

Important Potential Risk: Vaccine-Associated Enhanced Disease (VAED), including Vaccine-Associated Enhanced Respiratory Disease (VAERD)

Risk-benefit impact

Although not observed or identified in clinical studies with COVID-19 vaccines¹⁸, there is a theoretical risk, mostly based on non-clinical betacoronavirus data, of VAED occurring

¹⁶ „Adverse Events of Special Interest“

¹⁷ Eine Kanzleimitarbeiterin des Einschreiters war davon betroffen. Sie wurde daraufhin zu einem Allergietest an die Klinik Innsbruck bestellt, wo sie mit 16 (!) SchicksalsgenossInnen zusammentraf. „very rare“ muss daher stark in Zweifel gezogen werden!

¹⁸ Die Studie lief nur über 2 Monate! Die „Cumulative Analysis of post-authorization adverse event reports“ zu Comirnaty zeigte schon 2 Monate nach Zulassung, dass sich die Risiken tatsächlich in erheblichem Ausmaß verwirklichen

either before the full vaccine regimen is administered or in vaccinees who have waning immunity over time. If VAED were to be identified as a true risk, depending on its incidence and severity, it may negatively impact the overall vaccine benefit risk assessment for certain individuals.

Missing Information: Use in Pregnancy and while breast feeding

Risk-benefit impact

The **safety profile of the vaccine is not known** in pregnant or breastfeeding women due to their exclusion from the pivotal clinical study. Accordingly, maternal COVID-19 **impact to**

BNT162b2

Risk Management Plan 20 December 2020

CONFIDENTIAL

Page 67

either embryo or foetus is also not known. It is important to obtain long term follow-up on women who were pregnant at or around the time of vaccination so that any potential negative consequences to the pregnancy can be assessed and weighed against the effects of maternal COVID-19 on the pregnancy.

Missing Information: Use in immunocompromised patients

Risk-benefit impact

The safety profile of the vaccine is not known in immunocompromised individuals due to their exclusion from the pivotal clinical study. The efficacy of the vaccine may be lower in immunocompromised individuals, thus decreasing their protection from COVID-19.

Missing Information: Use in frail patients with co-morbidities (e.g. chronic obstructive pulmonary disease (COPD), diabetes, chronic neurological disease, cardiovascular disorders)

Risk-benefit impact

There is **limited information** on the safety of the vaccine in frail patients with co-morbidities who are potentially at higher risk of severe COVID-19.

Missing Information: Use in patients with autoimmune or inflammatory disorders

Risk-benefit impact

There is **limited information on the safety** of the vaccine in individuals with autoimmune or inflammatory disorders and a theoretical concern that the vaccine may exacerbate their underlying disease.

Missing Information: Interaction with other vaccines

Risk-benefit impact

BNT162b2 mRNA vaccine will be used in individuals who also may receive other vaccines.

Studies to determine if co-administration of BNT162b2 mRNA vaccine with other vaccines may affect the efficacy or safety of either vaccine have not been performed.

Missing Information: Long term safety data

Risk-benefit impact

The long-term safety of BNT162b2 mRNA vaccine is unknown at present, however further safety data are being collected in ongoing Study C4591001 for up to 2 years following administration of dose 2 of BNT162b2 mRNA vaccine..

Das kürzlich als „Impfstoff auf konventionellerer Basis“, als „Totimpfstoff“ bezeichnete Arzneimittel „VLA2001“ von Valneva wurde ebenfalls nach **nur 70 Tage** dauernder Zulassungsstudie bedingt zugelassen und enthält folgende Hauptbestandteile:

„Eine Dosis (0,5 ml) enthält 5 Mikrogramm des **Spike-Proteins* von SARS-CoV-2** und ist **mit Matrix- M adjuvantiert**. Das Adjuvans Matrix-M enthält pro 0,5-ml-Dosis: Fraktion-A (42,5 Mikrogramm) und Fraktion-C (7,5 Mikrogramm) von Quillaja-saponaria-Molina-Extrakt. * **hergestellt mittels rekombinanter DNA-Technologie unter Verwendung eines Baculovirus-Expressi- onssystems in einer Insektenzelllinie aus Sf9-Zellen der Spezies Spodoptera frugiperda.**“ (Auszug aus Fachinformation der EMA mit Hinweis auf Abschnitt 6.1.)

Auch hier dient als Auslöser der Immunreaktion ein gentechnisch hergestelltes Spike-Protein.¹⁹ Es handelt sich um keinen „Totimpfstoff“ (Anzüchtung von natürlichen Viren, die deaktiviert sind), sondern um gentechnisch erzeugtes Spike-Protein, zwangsläufig einer nicht mehr aktuellen Mutante des SARS-CoV-2 Virus, wobei das Spike-Protein längst als für den menschlichen Organismus toxisch erkannt wurde²⁰ und damit die Frage im Raum steht, ob nicht auch hier ein „trojani-

¹⁹ Die Wirksamkeit des Präparats muss bezweifelt werden, da schon im August 2020 in „Nature“ ein Bericht von Lu et. al. erschien, wonach Impfstoffformulierungen, die nur das Spike-Protein enthalten, praktisch keine Immunreaktion hervorrufen

²⁰ Es ist inzwischen wissenschaftlich gesichert, dass das Spike-Protein selbst toxisch und für eine Reihe der sowohl bei Covid-Erkrankungen als auch bei Impfnebenwirkungen auftretenden klinischen Erscheinungen (u.a. „long Covid“) verantwortlich ist. Die ursprüngliche Hoffnung, man könne mit den Spike-Proteinen einen „unschädlichen Täuschkörper“ – in der wissenschaftlichen Literatur schon als „Covid-Mimikry“ bekannt - in den menschlichen Organismus einbringen, der die Bildung von Antikörpern gegen das Virus in seiner Gesamtheit auslöst, ohne selbst Schaden anzurichten, hat sich als falsche Hoffnung erwiesen! Es gibt zahlreiche Arbeiten zur Toxizität der SARS-CoV-2 Spike-Proteine im Zusammenhang mit Untersuchungen zu Long Covid. Die Ergebnisse gelten zwangsläufig auch für die durch die Impfstoffe freigesetzten Spike-Proteine, die dasselbe Krankheitsbild hervorrufen können, in diesem Fall „Long Term Post Vaccination Sandrome“ genannt! [Long Haul Post-Vaccine Syndrome: Share Your Experience - NewsRescue.com](#)

sches Pferd“ vorliegt. Weiters kommt ein auf gentechnischer Basis erzeugter neuartigen Wirkverstärker zum Einsatz, dessen Sicherheit nicht ausreichend erprobt ist. In der Vergangenheit waren es bei vielen Impfstoffen gerade die Wirkverstärker, die zwecks Ersparnis an Wirkstoffen zum Einsatz kamen, die aber zu schweren Impfnebenwirkungen führten. Dazu kommt, dass auch (echte) Totimpfstoffe in der Vergangenheit wegen inakzeptabler u.U. tödlicher Nebenwirkungen entweder die Zulassungshürde nicht schafften oder kurz nach Markteinführung vom Markt genommen werden mussten²¹. Es sind daher **alle in Österreich verfügbaren als Impfstoffe bezeichneten Arzneimittel experimentell**, ihre **Sicherheit und Wirksamkeit ist nicht ausreichend nachgewiesen** und es gibt mehr und mehr bekannte Risiken, aber auch noch zahlreiche unbekannte längerfristige. Jeder Mensch, der sich solche Arzneimittel verabreichen lässt, ist also als Teilnehmer an einem Großversuch anzusehen, alle diese Arzneimittel unterliegen theoretisch erhöhter Überwachung, wobei eine solche systematische wie bei einer regulären klinischen Studie jedoch fehlt²².

Inzwischen hat sich gezeigt, dass die Nebenwirkungsrisiken zumindest der schon länger am Markt befindlichen Arzneimittel (von Biontech-Pfizer, Moderna, AstraZeneca und Janssen/Johnson&Johnson) sehr erheblich sind. Mit Stichtag 12.2.2022 wurden bei der EMA bis dato **22.319 Todesfälle** gemeldet. In Deutschland wurden in den elf Monaten seit Beginn der Impfkampagne bis 23.12.2021 1.919 Todesfälle gemeldet, in Österreich datiert der letzte Sicherheitsbericht vom 13.10.2021 und weist 177 Todesfälle in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit Impfungen mit typischen Krankheitsbildern allein in den ersten 9 Monaten seit Impfbeginn auf. Der Post-Authorisation Adverse Event Report der Fa. Pfizer, der im Rahmen einer zunächst geheim gehaltenen und von der amerikanischen FMA erst über Klage nach dem „Freedom of Information Act“ offengelegten Studie in den ersten 2 Monaten nach Markteinführung bei 42.086 Probanden hat 1.223 Todesfälle offengelegt (das sind **2,9%!!!!**)²³. Es ist also erwiesen, dass unter Umständen - mit einer bisher nicht zuverlässig ermittelten Wahrscheinlichkeit - auch tödliche Nebenwirkungen auftreten können, und zwar

²¹ Z.B. verschiedene Polio-Impfstoffe und vor allem die Schweinegrippe-Impfstoffe „Pandemix“ von GlaxoSmithKline (siehe DerStandard 21.9.2018 [Glaxo Smith Kline pfuschte bei Schweinegrippe-Impfstoff - Impfungen - derStandard.at > Gesundheit](#)), „Focetria“ von Novartis und „Celvapan“ von Baxter sowie der Impfstoff gegen Dengue-Fieber von Sanofi Pasteur. Dieser letztgenannte Impfstoff ist ein Paradebeispiel für das Risiko des sogenannten „ADE“ (antibody dependent enhancement), eines immunologischen Phänomens, das dazu führt, dass Geimpfte bei späterer Exposition gegenüber natürlichen Erregern eine u.U. tödliche überschießende Immunreaktion (Zytokinsturm) erfahren!

²² Siehe die eingangs aller Fachinformationen für Ärzte angeführten Anmerkungen

²³ BNT162b2, 5.3.6 Cumulative Analysis of post-authorization adverse event reports of PF-07302048 (BNT162B2) received through 28-Feb-2021 im Anhang Beilage ./5

mit einer Wahrscheinlichkeit, die die Wahrscheinlichkeit tödlicher Nebenwirkungen wie sie bei „klassischen“ Impfstoffen beobachtet wurde, um das ziffache übersteigt. In der Vergangenheit wurden schon nach Todesfällen, die einen winzigen Bruchteil der bei den COVID-Impfstoffen beobachteten ausmachten, die betroffenen Arzneimittel vom Markt genommen!

Vor allem im Zusammenhang mit den mRNA-Arzneimitteln von Biontech-Pfizer und Moderna war eine Häufung von potenziell (vor allem bei körperlicher Anstrengung, wenn die Entzündung wie in vielen Fällen unbemerkt bleibt) tödlichen Herzmuskel- und Herzbeutelentzündungen beobachtet worden, die dazu führte, dass mit der Änderung der Fachinformation für Ärzte, herausgegeben von der Europäischen Arzneimittelagentur EMA am 10.12.2021 und veröffentlicht auf der Homepage des BASG in Österreich, die Einstufung von „in sehr seltenen Fällen“ auf „erhöhtes Risiko“ geändert wurde.²⁴ Betroffen sind in erster Linie junge Männer.²⁵ Aufgrund dieses offensichtlich gewordenen Risikos haben verschiedene Staaten die Verabreichung von mRNA-Impfstoffen vor allem von Moderna (höhere Dosis mRNA als Biontech-Pfizer), aber auch von Biontech-Pfizer teilweise generell, teilweise an junge Männer, zum Teil unter 30 Jahren, zum Teil unter 18 Jahren, ausgesetzt!²⁶ Herzmuskel- und Herzbeutelentzündungen können zu plötzlichem Herztod führen, sind aber in allen Fällen schwere Erkrankungen, die Narben am nicht erneuerbaren Herzmuskelgewebe verursachen und zu einem deutlich erhöhten Sterberisiko innerhalb von 10 Jahren nach Erkrankung (14-fache Erhöhung des Herztod-Risikos!) führen!²⁷

Nachdem das Recht auf Leben ein absolutes, nicht durch Gesetzesvorbehalt eingeschränktes Grundrecht ist, kann schon aus diesem Grund eine Verpflichtung, sich ein solches Arzneimittel, noch dazu wiederholt im Abstand weniger Monate mit akkumuliertem Risiko, verabreichen zu lassen, nicht bestehen, gleichgültig ob das Risiko bei 1:1 mio, 1:2 mio oder gar 2900/100.000 wie bei der Pfizer-Studie „*Cumulative Analysis of post-authorization adverse event reports*“ liegen oder das Arzneimittel zur Pandemiebekämpfung geeignet oder nicht geeignet sein mag.

²⁴ Siehe <https://www.basg.gv.at/covid-19/covid-19-impfstoffe>

²⁵ Siehe auch die Arbeit „Einmal Spikes – für immer Spikes“ des Erstantragstellers in der Anlage Beilage ./6

²⁶ Island hat wegen des Herzmuskel- und Herzbeutelentzündungsrisikos die Verabreichung des Impfstoffs von Moderna vollständig ausgesetzt, Schweden und Finnland für Männer unter 30, Norwegen und Dänemark für unter 18-jährige männliche Jugendliche. Großbritannien, Hongkong und Norwegen erwägen, auch das Präparat von Biontech-Pfizer an Jugendliche nur noch eingeschränkt – nur Einzeldosis und keine Zweifachimpfung – zu verabreichen! – siehe Beilagen!

²⁷ Kardiologie.org „Spätfolgen einer Virus-Myokarditis: Viele sterben binnen 10 Jahre“ im Anhang Beilage ./8

Die Daten von EudraVigilance ergeben insgesamt über alle sog. „COVID-Impfstoffe“ eine relative Letalität von 1.609 pro 1 Mio Impfdosen bzw. 5,11 pro 1 Mio Geimpfte!²⁸ Dass diese Zahl zu niedrig gegriffen ist, zeigt schon der Vergleich der Gesamtzahl der Geimpften in Österreich von rund 6,3 Mio mit der – offiziellen und bei Weitem zu niedrigen - Zahl der Impftoten laut BASG von bis zum Stichtag 144 (das sind nämlich 22,85 pro Million!)

Umso mehr muss das gelten, als von einem massiven underreporting auszugehen ist. Die PHARMIG schätzt den Prozentsatz der gemeldeten Nebenwirkungen, ebenso wie die CDC, auf etwa 6%²⁹. Auch die Untersuchung der deutschen Krankenversicherung BKK ProVita weist auf massives underreporting hin, da nach deren Berechnungen etwa 16mal mehr Behandlungen aufgrund von COVID-Impfnebenwirkungen von Ärzten abgerechnet als dem Paul-Ehrlich-Institut an Nebenwirkungen gemeldet wurden.³⁰ Somit könnte die Zahl der Impftoten im EWR innerhalb von etwa 13 Monaten bei rund 370.000 liegen. Der Einschreiter kann aus seiner Praxis bestätigen, dass von den drei Todesfällen in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit Impfungen, die er in Bearbeitung hat, kein einziger Fall ordnungsgemäß gemeldet wurde und der Zusammenhang mit der Impfung durch oberflächliche (in einem Fall vollständig unterlassene) Obduktionen unter Vermeidung weiterführender histologischer Untersuchungen vertuscht und verschleiert wird, obwohl in allen drei Fällen der Verdacht bestand, dass sich typische bereits bekannte Nebenwirkungsrisiken verwirklicht hatten.³¹

Auch weisen die Zahlen der FIFA und die Berichte von Radsport- und Tennisveranstaltungen darauf hin, dass sich seit Einführung der de facto Impfpflicht durch Sportverbände und internationale Sportveranstalter die plötzlichen Todesfälle oder Zusammenbrüche von Sportlern seit Einführung der Impfungen vervielfacht haben dürften.

Jedermann, der sich solche noch in der klinischen Erprobung befindliche Arzneimittel injizieren lässt, riskiert somit u.U. mit einer gewissen geringen, jedoch letztlich unbekanntem Wahrscheinlichkeit an den Nebenwirkungen zeitnah zur Injektion zu sterben oder eine wesentliche Erhöhung des Sterberisikos z.B. als Spätfolge einer Myokarditis in Kauf nehmen zu müssen. Dabei ist es gleichgültig, ob es sich um eine Wahrscheinlichkeit im Zehntelpromillebereich handelt oder

²⁸ Siehe Tabelle über häufigste Todesursachen und Letalitäten innerhalb der EU in <https://impfnebenwirkungen.net/ema/tabellen/eutod.html>

²⁹ ORF: [Arzneimittel: Viel zu wenig Meldungen von Nebenwirkungen - science.ORF.at](#)

³⁰ Schreiben BKK Pro Vita an Paul Ehrlich Institut vom 21.2.2022 im Anhang Beilage ./10

³¹ Je ein Fall von Herzinfarkt, ein Fall von Kapillarlecksyndrom (Blutungen in allen Organen) und ein Fall von zunächst schweren neurologischen Ausfällen (Lähmungen) mit anschließendem Multiorganversagen.

um eine höhere im einstelligen Prozentbereich, wie dies aus der Pfizer-Studie hervorgeht – das Risiko ist objektiv gegeben! Inzwischen neun „Rote-Hand-Briefe“ der Arzneimittelhersteller, veröffentlicht von der EMA, weisen auf die zunehmend hervorgekommenen Risiken hin³². Ebenso ist ein Indiz für einen negativen Einfluss der Impfungen auf das Sterberisiko dadurch gegeben, dass in allen Industriestaaten seit Beginn der Impfkampagnen die Gesamtsterblichkeit gegenüber 2020 gestiegen statt gesunken ist, und zwar korrelierend mit der jeweiligen Impfquote.³³ Nach den Bradford-Hill-Kriterien kann zwar aus den in Europa vorliegenden Daten der Schluss, dass die Impfungen gegen SARS-CoV-2 für die Erhöhung der Sterberate verantwortlich sind, nicht gezogen werden - das bedarf näherer Untersuchungen -, doch verbietet sich nach eben diesen Bradford-Hill-Kriterien der Schluss, dass die Impfungen wie in den EB zum Gesetzesentwurf als tragende Erwägung angeführt „zum Schutz der öffentlichen Gesundheit“ einen Beitrag zu leisten vermögen, zumal ja zu erwarten wäre, dass nach Beginn der Impfkampagnen Anfang 2021 gegenüber 2020 die Sterberate gesunken sein müsste. Besonders bemerkenswert sind die Untersuchungen aus Neuseeland, wo aufgrund der vollständigen Isolierung durch Einreiseverbote COVID-19 so gut wie nicht auftrat, die dort jedoch ungeachtet dessen auf breiter Basis durchgeführten Impfungen zu einer sehr auffälligen Verschlechterung der Gesundheit der Menschen geführt hat! (Beilage ./20) Sogar wenn man alle an oder mit COVID Verstorbenen aus der Sterbestatistik herausrechnet, ergab sich 2021 gegenüber 2020 in Österreich wie in allen Industriestaaten, korrelierend mit der Durchimpfungsrate, eine Erhöhung der Sterberate!³⁴

Eine Impfpflicht, wie sie § 1 Abs. 1 des angefochtenen Gesetzes normiert, ist jedoch schon aufgrund des – mit welcher Wahrscheinlichkeit immer – objektiven Risikos, an den Folgen der Impfung zu sterben, wegen Verletzung des Rechts auf Leben nach Art. 2 MRK / Art. 2 GRC nicht verfassungskonform. Es gibt keinen Prozent- oder Promillesatz eines Risikos als Obergrenze, an der Impfung zu versterben, unterhalb dessen ein Mensch dazu verpflichtet werden könnte, dieses Risiko in Kauf zu nehmen, ganz abgesehen davon, dass dieses Risiko weder kurz- noch langfristig bekannt ist.

Ob die Impfung gegen Covid-19 geeignet ist, die öffentliche Gesundheit zu schützen, kann in diesem Zusammenhang vorerst außer Betracht bleiben.

³² Rote-Hand-Briefe im Anhang

³³ Siehe Ausarbeitung der Daten der Statistik Austria in der Anlage Beilage ./12 und Bericht aus Neuseeland Beilage ./20

³⁴ Siehe Vergleich 2020/2021 im Anhang

Ebenso erübrigt sich die Diskussion über eine Verhältnismäßigkeit, denn wenn – mit welchem Prozentsatz immer – die Möglichkeit besteht, an den Folgen der Impfung zu versterben, kann man niemanden dazu verpflichten, dieses Risiko in Kauf zu nehmen, um „die öffentliche Gesundheit zu schützen“. Selbst wenn man einen „Notstandsfall“ im Zusammenhang mit der COVID-Krise als gegeben annimmt, gestattet Art. 15 Abs. 2 EMRK keine Ausnahme.

Bezugnehmend auf die Entscheidung zur Sterbehilfe, G 139/2019, muss es dem Einzelnen auch unter Bezugnahme auf Art. 8 EMRK überlassen sein, **selbstbestimmt** zu entscheiden, ob er das unleugbar bestehende Risiko, an den Folgen der Impfung gegen COVID-19 zu sterben in Kauf nimmt oder das Risiko, an der Infektion selbst eventuell zu sterben vorzieht. Irgendwelche Erwägungen in Bezug auf eine allfällige Überlastung des Gesundheitssystems haben dabei schon grundsätzlich außer Betracht zu bleiben. Dies aber umso mehr, als das Gesundheitssystem während der gesamten SARS-CoV-2 Pandemie tatsächlich nie überlastet war, sogar sowohl Intensiv- als auch Normalbetten abgebaut wurden und die mittlerweileige Erfahrung – zumindest seit Delta- und Omikron-Varianten dominierend auftraten – zeigt, dass Geimpfte genauso häufig und genauso schwer erkranken, dass die Impfungen, wenn überhaupt, nur für wenige Monate einen gewissen Schutz bieten³⁵ und dass sich die ärztlichen Interventionen inklusive Krankenhausaufenthalte aufgrund von Impfnebenwirkungen häufen!

³⁵ So gut wie jedermann hat eine ähnliche Erfahrung gemacht wie der Einschreiter, dessen Mitarbeiterin nur 1 Monat nach der 3. Inokulation schwer erkrankte und dem aus dem LKH Natters Fälle von Mitarbeitern bekannt wurden, die nach 3 Impfungen schwer an COVID erkrankten und bis zu 1 Monat arbeitsunfähig waren. Gegen die Omikron Variante sind die verfügbaren „Impfstoffe“ kaum wirksam und Geimpfte wie Ungeimpfte erkranken daran gleichermaßen häufig und gleichermaßen schwer, zumeist ohne dass Krankenhausaufenthalte notwendig werden! Siehe dazu auch die Folie Nr 77 aus einem Vortrag von Prof. Kollaritsch im Anhang Beilage ./1!

c. Grundrecht auf körperliche und geistige Unversehrtheit (Art. 3 Abs. 1 und 2 GRC), auf Achtung des Privat- und Familienlebens und dem damit verbundenen Recht auf Selbstbestimmung (Art. 8 EMRK) und Verbot, einer unmenschlichen und erniedrigenden Behandlung unterzogen zu werden (Art. 3 EMRK)

Die Antragsteller werden in ihrem Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit, auf Achtung der Privatsphäre und auf Selbstbestimmung sowie dem Verbot, einer unmenschlichen und erniedrigenden Behandlung unterzogen zu werden, durch die §§ 2, 3, 3a, 3b, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 17 und 19 verletzt.

1. Die bekanntlich aufgrund der Grundsatzentscheidung des VfGH vom 14.3.2012 U 466/11, U 1836/11 in Österreich im Verfassungsrang stehende Grundrechtscharta der Europäischen Union sichert jedem Menschen in Art. 3 Abs. 1 das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit zu. In Abs. 2 lit. a) legt sie fest, dass im Rahmen der Medizin und Biologie die freie Einwilligung des Betroffenen nach vorheriger Aufklärung entsprechend den gesetzlich festgelegten Einzelheiten beachtet werden muss.

„Gesetzlich festgelegte Einzelheiten“ können sich demnach nur auf die Aufklärung beziehen, die eben umfassend über die möglichen Folgen eines medizinischen Eingriffs informieren muss, während die auf Basis der umfassenden Aufklärung ggf. stattfindende freie Einwilligung auf jeden Fall gewährleistet sein muss.

Art. 8 EMRK gewährt ebenso im Rahmen des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens ein Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper und Schutz vor invasiven wie nichtinvasiven medizinischen Eingriffen.

Wenn nun eine Impfpflicht normiert wird, kann von einer freien Einwilligung und Selbstbestimmung keine Rede sein, solange durch den medizinischen Eingriff die körperliche und geistige Unversehrtheit beeinträchtigt sein kann.

Dass nach § 1 Abs. 2 des angefochtenen Gesetzes die Durchsetzung mittels unmittelbaren Zwangs ausgeschlossen wird, ändert daran nichts, zumal wiederholte Strafsanktionen vorgesehen sind und zudem schon im Vorfeld massive Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt bestehen. Es braucht nun hier nicht diskutiert zu werden, ob auch schon der Nadelstich, mit dem die Injektion erfolgt oder die im Optimalfall nur kurzzeitig auftretende Hautrötung/Schwellung an der Einstichstelle eine Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit im

Sinn des Art. 3 GRC darstellt (was selbstverständlich zu bejahen wäre), denn in einem hohen Prozentsatz der Betroffenen ist regelmäßige Folge der Injektion eine verharmlosend als „Impfreaktion“ bezeichnete Gesundheitsbeeinträchtigung mit Schmerzen an der Einstichstelle, Grippe-symptomen und Fieber für einige Tage. Krankenhaus- und Pflegeheimbetreiber, die bereits vor Normierung der Impfpflicht ihr Personal zu den Impfungen gegen COVID-19 drängten, legten daher die Impftermine vor das Wochenende und pflegten die Impftermine zu staffeln, weil bei einem Großteil der Betroffenen mit einigen Tagen Krankenstand gerechnet werden musste, die den Betrieb beeinträchtigen konnten. An der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde der Medizinischen Universität Innsbruck war dies anlässlich der Impfkation zum dritten Stich unterschätzt worden, was dazu führte, dass wegen der massiven Häufung der Krankenstände nach Impfung für 2 Wochen alle Operationen ausfielen! Andernorts mussten ganze Stationen vorübergehend geschlossen werden. Dass diese Gesundheitsbeeinträchtigungen, die ein Großteil der Betroffenen zu erdulden hatte, eine Beeinträchtigung jedenfalls der körperlichen, allenfalls auch geistigen Unversehrtheit darstellen, kann nicht ernsthaft in Abrede gestellt werden.

Darüber hinaus ist jedoch evident, dass ein nicht zu vernachlässigender Teil der Betroffenen nicht nur vorübergehend für wenige Tage an Fieber, Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit und Schmerzen an der Einstichstelle zu leiden hatte, sondern von schweren und dauerhaften Nebenwirkungen betroffen war, die auch zu dauerhaften Beeinträchtigungen der Lebensführung und der Arbeitsfähigkeit und im Extremfall zum Tod führen konnten.

Wie bereits zu den Ausführungen zum Recht auf Leben dargestellt, gibt es eine ganze Reihe schwerer Nebenwirkungen der bisher verfügbaren sogenannten „Impfstoffe“³⁶ und mittel- und langfristige mögliche Folgen sind nach wie vor weitgehend unbekannt.

So listet die das Paul-Ehrlich-Institut bis zum 31.12.2021 insgesamt 244.576 Einzelfallberichte von Nebenwirkungen oder Impfkomplicationen auf, davon 141.894 nach Comirnaty (Biontech-Pfizer), 41.193 nach Spikevax (Moderna),

³⁶ Der Begriff „Impfstoff“ ist nach Meinung vieler Experten unangebracht, weil ein Impfstoff begrifflich den Geimpften immunisiert und die Weiterverbreitung eines Krankheitserregers unterbindet (sterile Immunität), wie dies z.B. bei der Masern-Impfung der Fall ist. Inzwischen ist nicht nur Menschen, die sich die Mühe machen, die Zulassungsdokumente und Beipackzettel zu studieren, bekannt, sondern wird auch von den Beratern der Regierung öffentlich erklärt und in den Leitmedien nicht mehr unterdrückt, dass die Arzneimittel weder eine Erkrankung verhindern noch deren Weiterübertragung, sondern nur einen milderen Verlauf versprechen. Auch dies ist nicht bewiesen und zumindest in Anbetracht der vorherrschenden „Omikron“-Mutation des Virus inzwischen widerlegt – siehe Beilage ./1!

51.130 nach Vaxzevira (Astra-Zeneca, das in der zweiten Jahreshälfte kaum mehr zum Einsatz kam) und 9.426 nach COVID-19 Vaccine Janssen (Johnson&Johnson). Dabei ist zu beachten, dass nur ein kleiner Bruchteil der Nebenwirkungen gemeldet wird, einerseits weil die meldepflichtigen Ärzte dafür trotz des erheblichen Zeitaufwandes nicht honoriert werden, andererseits weil aus dem Wunschdenken heraus, dass die „Impfstoffe“ sicher und wirksam sind, ein Zusammenhang von Gesundheitsbeeinträchtigungen mit der Impfung geleugnet wird oder weil Ärzte Repressalien fürchten. Eine Schätzung der amerikanischen Seuchenbehörde CDC, die sich mit einer Schätzung der „PHARMIG“ – des Verbands der pharmazeutischen Industrie Österreichs – deckt, geht davon aus, dass nur 6% der Fälle gemeldet werden. Das unterstreicht auch eine Auswertung der deutschen Krankenversicherung BKK Pro Vita³⁷, die aus einer Stichprobe von 10,937.716 Versicherten, somit rund 1/8 der deutschen Bevölkerung, aus einem Vergleich der Abrechnungsdaten von ärztlichen Leistungen auf Basis von ICD-Codes für Impfnebenwirkungen mit den beim Paul-Ehrlich-Institut „PEI“ gemeldeten Impfnebenwirkungen zum Ergebnis kam, dass eine sehr erhebliche Untererfassung der Impfnebenwirkungen beim Paul-Ehrlich-Institut vorliegt. Eine Hochrechnung ergibt, dass 4 – 5% der geimpften Menschen in Deutschland wegen Impfnebenwirkungen in ärztlicher Behandlung waren, das sind für das Jahr 2021 2,5 bis 3 Millionen Menschen! Für Österreich sind ähnliche Verhältnisse anzunehmen.

	BioNTech	AstraZeneca	Moderna	Janssen	Novavax	total
Todesfälle	11.499	5.194	5.863	1.270	0	23.826
Lebensbedrohlich	15.418	9.425	6.685	1.598	0	33.126
Krankenhausaufenthalt	71.568	32.130	31.549	5.537	13	140.797
Behindernd	31.334	26.146	10.861	1.640	3	69.984
Geburtsfehler	262	134	117	5	0	518
Schwerwiegende Fälle	260.859	130.995	86.195	15.245	56	493.350
Ernste Nebenwirkungen	338.083	232.428	105.327	21.195	36	697.069
Alle Fälle mit Nebenwirkungen	874.497	466.160	265.022	54.895	158	1.660.732

Selbst wenn man diese Hochrechnung jedoch beiseitelässt und nur die tatsächlich gemeldeten Zahlen von EurdraVigilance (EMA) heranzieht, so ergibt sich folgendes Bild:

Verdachtsfälle auf Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen der EurdraVigilance (EMA), in tabellarischer Übersicht zusammengefasst.

³⁷ Siehe Schreiben der BKK pro Vita vom 21.02.2022 in der Anlage Beilage ./10

Die Ausführungen, dass auch gegenüber dem als „konventioneller Totimpfstoff“ irreführend beworbenen Arzneimittel *Novavax* bzw. *Nuvaxovid* Zurückhaltung angebracht ist, werden auch mit dieser Aufstellung unterstrichen, da schon innerhalb der sehr kurzen Zeit seit der bedingten Zulassung durch die EMA am 20.12.2021 in den ersten 2 ½ Monaten nach Markteinführung und der noch geringen Verfügbarkeit bereits 13 Fälle mit Krankenhausaufenthalt, 56 schwerwiegende Fälle und 36 mit ernststen Nebenwirkungen gemeldet wurden!

Bemerkenswert ist auch eine laufende Untersuchung von Ron Johnson, Ranking-Mitglied des Ständigen Unterausschusses für Ermittlungen des US-Senats aus Anlass von Meldungen, dass beim amerikanischen Militär seit Beginn der Impfkationen in der Defense Medical Epidemiology Database im Jahr 2021 ein signifikanter Anstieg vieler Diagnosen gegenüber dem Durchschnitt der vorangegangenen fünf Jahre zu verzeichnen war, z.B. eine Verzehnfachung neurologischer Diagnosen, mehr als Verzwanzigfachung von Bluthochdruck *uvam.*³⁸

Vergleicht man die Gesamtzahl der gemeldeten Nebenwirkungen seit Beginn der COVID-Impfkationen mit der Gesamtzahl der gemeldeten Nebenwirkungen der Influenza-Impfungen in den letzten 20 Jahren, so stehen 1.660.732 Nebenwirkungsfälle in 15 Monaten mit 23.826 Todesfällen bei den COVID-Impfungen 31.999 Nebenwirkungsfälle insgesamt bei den Influenza-Impfungen innerhalb von 20 Jahren mit 771 Todesfällen gegenüber, und dies bei einer weit höheren Zahl an verabreichten Influenza-Impfdosen, nämlich 867 Millionen! Wenn RKI, BASG und EMA nach wie vor angesichts der evidenten äußerst geringen Wirksamkeit der COVID-Impfungen zumindest über einen Zeitraum von 2 bis 6 Monate hinaus und insbesondere gegenüber „Omikron“ und der Tatsache, dass ungeachtet des evidenten Underreportings die COVID-Impfungen mehr als 30mal so viele Todesopfer forderten als die Influenza-Impfungen innerhalb der letzten 20 Jahre und fast 52mal so viele Nebenwirkungen gemeldet wurden, erscheint die gebetsmühlenartige Wiederholung des Narrativs vom „positiven Nutzen-Risikoverhältnis“ fachlich nicht nachvollziehbar, sondern ausschließlich

³⁸ Brief von Ron Johnson an Lloyd J. Austin, Sekretär im US-Verteidigungsministerium vom 1. Februar 2022 samt Übersetzung in der Anlage Beilage ./14.

politisch motiviert. Und wenn Univ.Prof. Dr. Kollaritsch in seinem Buch „pro und contra Corona-Impfung“ und im Interview bei Armin Wolf am 15.12.2020 [ZIB 2: Infektiologe Kollaritsch zur Corona-Impfung \(15.12.2020\) \(atcontact.de\)](#) die „Impfreaktionen“ als „akzeptabel“ bezeichnet und Impfnebenwirkungen leugnet, so mutet dies menschenverachtend und überheblich an.

Es wäre aus psychologischen Gründen verständlich, wenn der Gerichtshof, dessen Mitglieder fast ausnahmslos „geimpft“ sind, solche Tatsachen zu verdrängen geneigt wäre, doch wird man beim außerordentlichen Bildungsgrad der Mitglieder des Gerichtshofs davon ausgehen können, dass für die individuelle Entscheidung ein „informed consent“ auf Basis der zum maßgeblichen Zeitpunkt verfügbaren Informationen vorlag, dass die Impfrisiken bekannt waren und in freier Entscheidung in Kauf genommen wurden. Es kann aber nicht dem Gesetzgeber zustehen, in Missachtung des Grundrechts auf Selbstbestimmung und ohne Rücksicht auf einen „informed consent“ eine Impfpflicht gegen COVID-19 anzuordnen, schon gar nicht dann, wenn es sich um experimentelle und in der (Gen-)Technologie neuartige, nicht nach umfassender Prüfung der Wirksamkeit³⁹ und Sicherheit, sondern nur bedingt zugelassene Arzneimittel handelt, die - wenn überhaupt - nur kurzfristig einen beschränkten Schutz bieten, eine laufende „Boosterung“ („Impfabo“), vorerst im 6-Monats-Rhythmus (künftiger Rhythmus unbekannt) erfordern, deren mittel- und langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit noch völlig unbekannt sind und dies gegen eine Infektionskrankheit, die von einem in kurzen Abständen laufend mutierenden Virus verursacht wird, das mit jeder Mutation zwar ansteckender, aber harmloser wird und gegen das denkbare rechtzeitig ein passender Impfstoff zur Verfügung stehen kann, weil niemand voraussehen kann, wie die nächste Mutation aussehen wird.

Ein Vergleich mit der Entscheidung des EGMR vom 8.4.2021, 47621/13 u.a. zur Masern-Impfpflicht in Tschechien, wie ihn die Bundesregierung bemüht, ist vollkommen verfehlt, denn die Mortalität und das Risiko von schweren Spätfolgen von Masern ist um ein Vielfaches höher als von SARS-CoV-2 und das Ma- sern-Virus mutiert nicht, sodass eine seit Jahrzehnten auf Wirksamkeit und Sicherheit erprobte Impfung zur Verfügung steht, die sterile Immunität verleiht. Damit ist sowohl der Impfling vor Infektion geschützt als auch die Gesellschaft

³⁹ Es bleibt abzuwarten, ob die Arzneimittel jemals eine reguläre Zulassung erreichen werden, zumal dafür eine mehr als 50%ige Wirksamkeit erforderlich ist und jüngere Publikationen von „32 bis 66%“, aber nur für 2 bis 6 Monate sprechen, und das auch bei Omikron nicht mehr sicher ist! Siehe Präsentation Kollaritsch S 77 a.a.O.

vor Weiterverbreitung. Dies ist beim SARS-Cov-2 Virus und den dagegen verfügbaren „Impfstoffen“ in keiner Hinsicht der Fall!

2. Die Auferlegung einer Pflicht, sich eines der experimentellen, nur bedingt zugelassenen Arzneimittel wiederholt injizieren zu lassen, die ein nur teilweise bereits bekanntes, nicht unerhebliches Nebenwirkungsrisiko bei - wenn überhaupt - nur geringer und zeitlich auf wenige Monate begrenzter Wirkung aufweisen, stellt auch eine gröbliche Mißachtung des Betroffenen als Person dar, womit auch das Recht, keiner unmenschlichen oder erniedrigenden Strafe oder Behandlung unterworfen zu werden, wie es in Art. 3 EMRK normiert ist, verletzt ist. Genauso widerspricht es dem Grundrecht auf Selbstbestimmung, wenn die Impfpflicht nur mittels einer weitgehend willkürlichen Liste von Impfstoffen erfüllt werden kann, seien es solche nach § 2 lit. 3 oder solche, denen per Verordnung eine „vergleichbare epidemiologische Wirksamkeit und Sicherheit“ zugeschrieben wird: Wenn schon für die „zentral zugelassenen Impfstoffe“ nach § 2 lit. 3 aufgrund der bedingten Zulassung weitgehend noch die Nachweise zu Sicherheit und Wirksamkeit fehlen, wie soll der zuständige Bundesminister eine „vergleichbare epidemiologische Wirksamkeit und Sicherheit“ beurteilen können und welche Rechtfertigung gibt es dann, in die Selbstbestimmung der Betroffenen einzugreifen insofern, als es ihnen nicht mehr selbst überlassen bleibt, ob und womit sie sich gegen eine Infektion mit SARS-CoV-2 schützen, wenn sie das denn wollen?

d. Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes nach Art. 7 B-VG infolge Verletzung des Sachlichkeitsgebots und des Bestimmtheitsgebots sowie des Verbots der formalgesetzlichen Delegation nach Art. 18 B-VG

1. § 1 (1) des angefochtenen Gesetzes knüpft die dort normierte Impfpflicht neben dem Alter ab 18 Jahren an einen Wohnsitz gemäß § 2 Z 1. Schon dieser Anknüpfungspunkt ist unsachlich und damit willkürlich und verletzt den Gleichheitsgrundsatz des Art. 7 B-VG, weil es epidemiologisch nicht nachvollziehbar ist, warum jemand, der in Österreich keinen Wohnsitz hat, sondern sich in Österreich als Tourist oder Berufspendler oder aus anderen Gründen aufhält, in Bezug auf die Gefahr der Verbreitung von SARS-CoV 2 anders zu behandeln sein soll als jemand, der sich im Sinn des § 2 lit. 1 nach § 1 Abs. 6 MeldeG „in der erweislichen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht niedergelassen hat, dort bis auf weiteres einen Anknüpfungspunkt von Lebensbeziehungen zu haben.“ Abgesehen davon, dass auch § 1 Abs. 6 MeldeG unklar und damit im Widerspruch zu Art. 18 B-VG ist, weil einerseits die Absicht eines Menschen nur dann festgestellt werden kann, wenn er sie artikuliert und damit letztlich nicht „erweislich“ sein oder „aus den Umständen hervorgehen“ kann, weil dies zwangsläufig spekulativ ist, ist auch unklar, was ein „bis auf weiteres“ bestehender „Anknüpfungspunkt von Lebensbeziehungen“ sein soll. Ein Anknüpfungspunkt von Lebensbeziehungen ist vorstellbar z.B. bei einer Arbeitsstelle in Österreich, doch das begründet nach § 1 Abs. 6 MeldeG keinen „Wohnsitz“, solange in Österreich keine „Unterkunft“ genommen wird. Ein Pendler, der sich u.U. täglich für viele Stunden an einem Arbeitsplatz in Österreich aufhält, aber hier keine Unterkunft besitzt, ist daher nicht von der Impfpflicht erfasst, obwohl er – so man überhaupt unterstellt, dass von Ungeimpften eine größere Bedrohung der öffentlichen Gesundheit ausgeht als von Geimpften, was nach den Erfahrungen des vergangenen Jahres nicht mehr aufrecht erhalten werden kann – genau die gleiche Bedrohung für die „öffentliche Gesundheit“ darstellt wie jemand, der sich täglich viele Stunden an seinem Arbeitsplatz aufhält, ohne einen Wohnsitz in Österreich zu haben.

Genauso willkürlich ist die Anknüpfung an einen bürokratischen Formalakt wie die Ausstellung einer Hauptwohnsitzbestätigung nach § 19a MeldeG für eine Obdachlosen, zumal Obdachlose ja nicht zwangsläufig einen entsprechenden Antrag stellen müssen und damit der Impfpflicht entgehen können, wiewohl

sie sich in Österreich aufhalten und hier „die öffentliche Gesundheit gefährden“ könnten.

Die Regelung ist daher vollkommen willkürlich und damit gleichheitswidrig.

2. Die sogenannten „Impfstoffe“ sollen bewirken, dass durch die mittels der eingeschleusten Erbinformation bei den mRNA- und den Vektorimpfstoffen die von den menschlichen Zellen erzeugten bzw. durch die injizierten Spike-Proteine bei Novavax eben diese Spike-Proteine das menschliche Immunsystem veranlassen, neutralisierende Antikörper zu produzieren, die bei einer Exposition gegenüber dem Virus dasselbe unschädlich machen. Die Erfahrung zeigt inzwischen, dass die nach den Impfungen vorzufindenden Antikörperspiegel sehr rasch abnehmen, sodass schon nach 2 bis 6 Monaten kein Schutz mehr gegeben ist.⁴⁰ Hingegen zeigt sich, dass manche Menschen aufgrund natürlicher Exposition gegenüber dem Virus hohe, oftmals sogar mit der Zeit – wahrscheinlich infolge mehrfacher Exposition – steigende Antikörperspiegel aufweisen. Neben dem Risiko, solchen Menschen, die bereits über hohe Antikörperspiegel verfügen, ein solches Arzneimittel zu verabreichen, womit die erhöhte Gefahr eines anaphylaktischen Schocks und überschießender Immunreaktionen besteht, ist es jedenfalls gleichheitswidrig, solchen Menschen verpflichtend eine „Boosterung“ ihres ohnehin hohen Antikörperspiegels vorzuschreiben. Wenn die (als Ziel der Impfung dargestellten) Antikörper aus anderen Gründen (z.B. Infektion) vorhanden sind, gibt es keinen Grund, den Betroffenen zu einer „Impfung“ zu verpflichten. Es ist daher unsachlich, Antikörpernachweise nicht einem Impfnachweis gleichzustellen.

3. § 2 lit. 2 des angefochtenen Gesetzes normiert, dass zur Erfüllung der Impfpflicht „eine oder mehrere“ „Schutzimpfungen“ mit einem zentral zugelassenen oder einem anerkannten Impfstoff hingenommen werden müssen. Dabei wird außer Acht gelassen, dass es keinen einzigen regulär **„zentral zugelassenen“ Impfstoff** gibt. Für alle verfügbaren sogenannten Impfstoffe gibt es einjährig befristete⁴¹ Zulassungen nach Art. 14 Abs. 7 der VO (EG) 726/2004, jedoch noch keine endgültige Zulassung nach dieser VO, weil bei allen derzeit verfügbaren Arzneimitteln, hinsichtlich derer ein Antrag nach VO (EG) Nr.

⁴⁰ Davon abgesehen schützen die rein auf das Spike-Protein abgestimmten Antikörper wie die Erfahrung zeigt nicht oder kaum gegen neue Mutationen. Bei einer natürlichen Infektion hingegen werden Antikörper nicht nur gegen ein einziges Merkmal des Virus wie das Spike-Protein gebildet, sondern gegen mehrere, sodass auch gegenüber Mutanten ein besserer Schutz besteht.

⁴¹ Verlängerungsoption gem. Art. 6 der VO (EG) 507/2006. In den Fällen Biontech-Pfizer, Moderna, Johnson&Johnson sowie Astra-Zeneca wurde bereits eine einjährige Verlängerung in Anspruch genommen.

726/2004 behängt, lediglich eine „vorläufige Marktzulassung“ bzw. bedingte (und befristete) Zulassung nach VO (EG) 507/2006 vorliegt. Voraussetzung einer solchen bedingten Zulassung ist (VO (EG) 507/2004 Art 2):

- dass das Arzneimittel zur Behandlung, Vorbeugung oder ärztlichen Diagnose von zu schwerer Invalidität führenden oder lebensbedrohenden Krankheiten bestimmt ist;
- das Arzneimittel in Krisensituationen gegen eine Bedrohung der öffentlichen Gesundheit eingesetzt werden soll, welche entweder von der WHO oder der EG festgestellt wurde.
- N.a. (betrifft Arzneimittel für seltene Krankheiten)

Die bedingte Zulassung kann nach Art. 4 VO (EG) 507/2006 vor Vorliegen der umfassenden klinischen Daten über die Unbedenklichkeit und Wirksamkeit des Arzneimittels erteilt werden, wenn „der Ausschuss der Ansicht ist“, dass das Nutzen-Risikoverhältnis des Arzneimittels positiv, der Antragsteller voraussichtlich in der Lage ist, die umfassenden klinischen Daten nachzuliefern und eine medizinische Versorgungslücke geschlossen werden kann und der Nutzen für die öffentliche Gesundheit, den die sofortige Verfügbarkeit des Arzneimittels auf dem Markt mit sich bringt, die Gefahr aufgrund noch fehlender zusätzlicher Daten überwiegt. Die bedingte Zulassung kann in Krisensituationen erteilt werden, selbst wenn noch keine vollständigen präklinischen (!!!) oder pharmazeutischen Daten vorgelegt wurden.

Es liegt leider außerhalb der Prüfungskompetenz des VfGH zu prüfen, ob dieses nahezu unbeschränkte Ermessen, das dem „Ausschuss“ – wer immer das sein und mit welcher Kompetenz dieser ausgestattet sein mag - eingeräumt wurde, einem rechtsstaatlichen Bestimmtheitsanfordernis wie in Art. 18 B-VG entspricht und ob die Zulassung der COVID-Impfstoffe auf Basis der vorgelegten Dokumente gerechtfertigt ist. Dagegen erhobene Klagen beim EuGH wurde bedauerlicherweise in erster Instanz – nicht rechtskräftig - die Klagslegitimation abgesprochen, obwohl aus den Zulassungsdokumenten hervorgeht, dass

a) z.B. im Fall „Comirnaty“ (bei den anderen Präparaten ähnlich) nur eine einzige, nicht doppelt verblindete und in vielfacher Hinsicht wissenschaftlich nicht ausreichend aussagekräftige Studie an rund 40.000 Probanden vorgelegt wurde, wobei die Studiendauer überdies auch nur 2 Monate währte. Anschließend bot man den Probanden, die das Placebo erhalten hatten, das „verum“ an, sodass keine Kontrollgruppe mehr bestand;

b) Das Studiendesign war mangelhaft, weil es nicht darauf ankommen kann, wie viele Probanden in beiden Gruppen jeweils innerhalb der Studiendauer positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden, sondern darauf, wie viele jeweils erkrankten, wie schwer und ob und in welchem Ausmaß das öffentliche Gesundheitssystem dadurch belastet wurde. Überdies lag es im Belieben des Studienleiters zu entscheiden, wer von den Probanden überhaupt getestet wird⁴²! Die Studie sollte drei Jahre laufen, wurde aber nach 2 Monaten bereits abgebrochen und vollständig entblindet (zuvor war sie nur einfach verblindet, nur die Teilnehmer wussten nicht, ob sie das Placebo oder das Verum erhalten hatten, der Studienleiter hingegen schon!).

c) Die Zahl der positiv Getesteten war in beiden Gruppen so gering, dass eine statistische Aussagekraft – auch nach Ansicht des Ausschusses – nicht gegeben war. Bei 21.720 Probanden in der Verum- und 21.728 in der Placebogruppe waren in der „Verum“-Gruppe nur 8, in der Placebo-Gruppe nur 162 Personen positiv getestet worden. Abgesehen von der Unwissenschaftlichkeit der Vorgangsweise, dass die Testungen im Belieben des Studienleiters lagen, ergibt sich daraus eine „relative Risikominderung von 95%“ (8 von 162 sind 4,938%), was aber ob der absolut geringen Zahl nichts bedeutet, schon gar nicht angesichts der methodischen Mängel. Absolut wurden in der Verum-Gruppe 0,037% positiv getestet, in der Placebo-Gruppe 0,746%. Die absolute Risikominderung lag daher nur bei 0,7%!⁴³ (Bei Moderna lag der Wert bei 1,23%).

Was die Verhinderung von schweren Erkrankungen betrifft, so wird z.B. für Co-mirnaty eine Risikoreduktion von 66% angegeben. In der Verum-Gruppe war einer (von über 20.000!), in der Placebogruppe waren drei Fälle aufgetreten. Eine solche Aussage ist unseriös, da aufgrund der äußerst geringen Zahl statistisch ohne Aussagekraft!

d) In der Studie selbst wird verschwiegen (das ergibt sich nur aus dem Anhang), dass in der Verum-Gruppe mehr als 5.000 und in der Placebogruppe etwas mehr als 1.000 Personen mit der Inokulation zusammenhängende Nebenwirkungen beklagten. Bei den schwerwiegenden Nebenwirkungen, die das normale Tagesgeschehen erheblich beeinträchtigten, war in der Verum-Gruppe ein Anstieg von 75% und bei den Ereignissen, die einen Besuch in der Not-

⁴² Es wurden „symptomatische“ Personen nach Entscheidung durch den Studienleiter getestet. Es liegt nahe, dass Symptome bei Personen aus der Verum-Gruppe tendenziell nicht als Anlass eines Tests angesehen wurden, weil man sie „geschützt“ wähnte.

⁴³ Die Berechnung erfolgt auf Basis der ursprünglichen Teilnehmerzahl. Zieht man die bei Beendigung der Studie verbliebene Zahl als Berechnungsbasis heran, wie dies die Canadian Covid Care Alliance getan hat – einige Teilnehmer waren oder wurden ausgeschieden –, ergibt sich eine absolute Risikoreduktion von 0,84%.

aufnahme oder im Krankenhaus erforderlich machten, war in der Gruppe der Geimpften ein Anstieg von 10% zu verzeichnen. Bei der Sterberate lag zunächst die Verum-Gruppe geringfügig höher (15:14) als die Placebogruppe, doch nach Abbruch der Studie starben aus der Gruppe der Geimpften drei weitere sowie zwei Personen aus der ursprünglichen Placebogruppe, nachdem sie den Impfstoff erhalten hatten. Dies stellt eine Evidenz erster Klasse für eine Schädigung dar, während ein valider Nachweis einer Wirksamkeit fehlt.⁴⁴

Jedenfalls aber steht fest, dass es sich bei allen in Betracht kommenden Arzneimitteln, die als Impfstoffe bezeichnet werden, um nicht regulär zugelassene und erprobte, sondern experimentelle Arzneimittel auf gentechnischer, noch nie für die Anwendung am Menschen zugelassener und ausreichend erprobter Basis handelt⁴⁵. Sowohl aus den Zulassungsdokumenten als auch aus den laufend upgedateten Fachinformationen, wie sie EMA und BASG herausgeben, geht hervor, dass es noch viele unbekannte Risiken gibt und dass nach und nach weitere Risiken zutage treten bzw. in ihrer Häufigkeit nach oben korrigiert werden müssen (Beispiel Myokarditis und Perikarditis von „in sehr seltenen Fällen“ auf „erhöhtes Risiko“!).

Es widerspricht daher sowohl dem Sachlichkeits- wie auch dem Bestimmtheitsgebot, wenn irreführend die Pflicht zur Inokulation mit „zentral nach VO (EG) Nr. 726/2004 zugelassenen“ oder gemäß einer zu erlassenden bzw. inzwischen erlassenen Verordnung (BGBl. II Nr. 52/2022, § 1 Abs. 2) anerkannter, jedoch ebenso experimenteller, nicht regulär aufgrund vollständigen Nachweises von Sicherheit und Wirksamkeit zugelassener Arzneimittel normiert wird.

4. Die Definition, was als bestätigte Infektion mit SARS-CoV-2 zu gelten hat (§ 2 lit. 5), ist völlig unsachlich und willkürlich. Es stellt inzwischen Allgemeinwissen dar, dass ein PCR-Test weder eine Erkrankung noch eine Infektion, ja nicht einmal das Vorhandensein eines replikationsfähigen vollständigen Virus nachweisen kann, sondern nur (bei einer unvermeidlichen Fehlerquote von 1 bis 5 %) bestimmte Nukleotidsequenzen, die als Bruchstücke des SARS-Cov-2 Virus angesehen werden. Vom gesamten Genom des Virus von etwa 30.000 Sequenzen werden wenige hundert untersucht. Damit kann es sein, dass die detektierten Bruchstücke von einem vom Immunsystem bereits unschädlich ge-

⁴⁴ „More harm than good“ der Canadian Covid Alliance mit Übersetzung unter <https://alschner-klartext.de/2022/01/01/mehr-schaden-als-nutzen/> Beilage ./15

⁴⁵ Siehe Auszug aus EMA public assessment report wie zu Punkt A. wiedergegeben!

machten Virus stammen oder auch – je nach Qualität des Tests – von Eiweißverbindungen irgendwelcher anderer Herkunft, vor allem bei hohen Zyklenzahlen. Selbst die WHO hat in ihrer *information notice 2020/05*⁴⁶ darauf hingewiesen, dass ein PCR-Test allein, ohne dass eindeutige klinische Symptome vorliegen, vor allem bei geringer Prävalenz des Virus und „schwachen Ergebnissen“ (= hohe Zyklenzahl) kein zuverlässiger Hinweis auf das Vorliegen einer Infektion darstellt. Darauf weisen auch alle Produktbeschreibungen der verfügbaren Testkits hin. Wenn in der angefochtenen Bestimmung die Formulierung „...und für die eine ärztliche Bestätigung vorliegt, ...“ verwendet wird, so kann sich das nur auf die ärztliche Bestätigung des Testergebnisses beziehen, nicht aber auf ein Attest im Sinn des § 55 ÄrzteG über eine tatsächliche Erkrankung mit klinischen Symptomen. Schon gar ist vollkommen unerfindlich, inwiefern das Vorliegen eines Absonderungsbescheides einen Nachweis einer Infektion darstellen soll, zumal Absonderungsbescheide regelmäßig in Missachtung der Produktbeschreibungen der Testkit-Hersteller und in Missachtung der WHO information notice sowie allen wissenschaftlichen Basiswissens allein aufgrund von PCR-Testergebnissen ausgestellt zu werden pflegen, wobei auch der Stand der Wissenschaft ignoriert wird, wonach ein PCR-Testergebnis bei Ct-Werten über 25 nicht einmal im Zusammenhalt mit Erkältungssymptomen aussagekräftig ist⁴⁷.

5. Mit § 3 Abs. 7 COVID-19-IG wird dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister die Befugnis eingeräumt zu bestimmen, was als Ausnahmegrund von der Impfpflicht anzusehen ist. Abgesehen davon, dass es nicht politischen, sondern ausschließlich individuellen medizinischen Erwägungen anheim stehen kann, ob im Einzelfall eine Behandlung mit einem der experimentellen Arzneimittel als vertretbar anzusehen ist oder nicht, widerspricht die Bestimmung auch dem Verbot der formalgesetzlichen Delegation, zumal damit dem Bundesminister in einer rechtsstaatlich kaum überprüfbarer Weise⁴⁸ die Befugnis eingeräumt wird, generalisierend bestimmte Diagnosen als Ausnahmegrund festzulegen und andere nicht, obwohl viele mögliche Risikobereiche noch nicht erforscht sind und daher gar nicht bekannt sein kann, was wirklich

⁴⁶ <https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>

⁴⁷ Eine Studie der Universität Duisburg – Anlage Beilage /16 – hat ergeben, dass ab Ct 25 die Anlage einer Viruskultur nicht mehr möglich war. *Drosten* bestätigt das zumindest ab Ct 27. Der aus politischen Gründen festgesetzte Wert von Ct 30 z.B. in § 9 Abs. 6 lit. 2 oder § 12 Abs. 4 lit. 2 der 6. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung enthält ein „Sicherheitspolster“ von 3 bis 5 Verdopplungszyklen, dennoch werden Absonderungen auch bei Ct-Werten bis 45 ausgesprochen und die „Infektionszahlen“ auf diese Weise hochlizenziert!

⁴⁸ In einem Normprüfungsverfahren können normalerweise keine individuellen Erörterungen der gesundheitlichen Situation eines einzelnen Menschen auf Gutachterebene stattfinden!

als triftiger Grund grundsätzlich anzusehen ist, ganz abgesehen davon, dass individuelle Kriterien dabei immer unberücksichtigt bleiben. Es können hier aber, nachdem es um spezifische persönliche gesundheitliche Risiken geht, die Kriterien der „Gesamtbetrachtung“, die der Politik sonst eingeräumt wird, nicht gelten.

6. Mit den §§ 3 Abs. 8 und § 19 Abs. 2 COVID-19-IG wird dem für das Gesundheitswesen zuständigen Minister die Befugnis eingeräumt, eine gesetzesändernde Verordnung zu erlassen. Auch dies widerspricht dem Verbot der formalgesetzlichen Delegation nach Art. 18 Abs. 2 B-VG.
7. In § 11 Abs. 4 wird eine gegenüber allen anderen Fällen im Bereich des VStG eine Sonderbestimmung insofern eingeführt, als ein Einspruch gegen eine Strafverfügung begründet werden muss. Dies ist eine in keiner Weise begründete Abweichung von den Bestimmungen des VStG, wo es zur Wahrung der Frist und Einleitung des ordentlichen Verfahrens genügt, einen nicht näher begründeten Einspruch einzubringen, worauf das ordentliche Verfahren einzuleiten ist. Dies widerspricht dem Gleichheitsgrundsatz, der gebietet, gleiche Sachverhalte gleich zu behandeln.

e. Verletzung der Meinungsfreiheit bzw. der Freiheit der Wissenschaft und Lehre

Mit § 10 Abs. 4 Z 1 werden die an Krankenanstalten tätigen Ärzte unter den Antragstellern mit empfindlicher Strafe bedroht, wenn sie eine ärztliche Bestätigung über das Vorliegen eines Ausnahmegrundes gem. § 3 Abs. 1 Z 1 bis 3 ausstellen, „die nicht dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht“. Abgesehen davon, dass Wissenschaft immer dynamisch ist und es nie einen „Stand“, geben kann und sich vor allem im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 gezeigt hat, dass sich der Erkenntnisstand laufend und sehr rasch ändert, ist es auch notwendig und typisch für Wissenschaft, dass es nur eine Meinung gibt. Es hat sich in vielen Bereichen gezeigt, dass sich „herrschende Lehren“ als falsch erwiesen haben. Gerade aus dieser Erkenntnis und den Erfahrungen mit Galileo Galilei und Ignaz Semmelweis (siehe FN 9) hat erstmals das StGG 1967 die Freiheit der Wissenschaft und Lehre postuliert. Es ist vollkommen unklar und willkürlich, was nach der bekämpften Bestimmung der „Stand der medizinischen Wissenschaft“ sein soll. Jedenfalls aber muss es einem Arzt, der in Abwägung aller medizinischen Pa-

parameter und der mit der Anwendung der Arzneimittel verbundenen Risiken zu einem anderen Ergebnis kommt als es der offiziellen Meinung des Gesundheitsministeriums, der Ärztekammer oder wem immer entspricht, unbenommen sein, diese Ansicht auch in einer ärztlichen Bestätigung über das Vorliegen eines Ausnahmegrundes zu vertreten, ohne dass er Repressalien fürchten muss.

f. Verletzung des Verbots der Doppelbestrafung nach Art. 50 GRC:

§ 11 Abs. 1 sieht vor, dass die Bezirksverwaltungsbehörde bis zu viermal jährlich auf die Daten im Zentralen Impfregister zugreifen und Verwaltungsstrafen verhängen kann, wenn der z diesem Zeitpunkt geforderte Impfstatus nicht gegeben ist. Diese Bestimmung führt in jenen Fällen zu einer grundrechtswidrigen Doppel- oder Mehrfachbestrafung, wenn kein neuer Sachverhalt vorliegt. Dies ist dann gegeben, wenn eine Person, die aus welchen Gründen immer nie zu einer Impfung bereit war, das Verwaltungsdelikt im Sinn eines Dauerdelikts verwirklicht. Dies ist aufgrund von Art. 50 GRC unzulässig. Daneben widerspricht dies dem Gleichheitsgrundsatz, zumal bei allen anderen Dauerdelikten nur eine einmalige Bestrafung zulässig ist und kein Grund besteht, dies im Fall eines Dauerdelikts im Bereich der Impfpflicht anders zu behandeln.

g. Verletzung der Gewissens- und Religionsfreiheit nach Art. 14 StGG, Art. 9 EMRK, Art. 10 GRC:

Das menschliche Genom hat im Laufe der Evolution in vielfacher Weise Bestandteile von Viren sozusagen „eingebaut“, ein großer Anteil des menschlichen Genoms wurde im Lauf der Zeit auf diese Weise gestaltet. Die mikrobiologische Funktion, die dabei wirksam wird, ist die sogenannte *reverse Transkription*, das dabei wirkende Enzym die reverse Transkriptase, die in der Erbinformation von Retro- und RNA-Viren kodiert ist und dazu dient, die Erbinformation des Virus in DNA umzuschreiben. Im Zuge der Zulassungsstudien wurde nicht untersucht, ob das tatsächlich bei den zum Einsatz kommenden mRNA-Wirkstoffen der Fall ist und welche Konsequenzen dies hat. Es wurde von den Impfstoffherstellern lediglich angenommen, dass dies nicht stattfindet⁴⁹ und die Impfpropaganda proklamierte dies irreführend als gesicherte Tatsache. Von Mikrobiologen und Ärzten geäußerte Bedenken wurden als „Verschwörungstheorien“ und „fake news“ abgetan.

⁴⁹ Siehe Fachinformationen zu den Impfstoffen und EMA risk management plan!

Tatsächlich jedoch mehren sich die Hinweise, dass dies doch stattfindet. Eine in vitro Studie des Department of Clinical Sciences der Lund Universität Malmö an menschlichen Leberzellen hat gezeigt, dass Bestandteile der mRNA des Impfstoffs von Biontech-Pfizer innerhalb von nur 6 Stunden in DNA transkribiert wird.⁵⁰ Die Konsequenzen sind unabsehbar, das kann von Autoimmun-Hepatitis bis zu Tumoren reichen! Es wird auch die in letzter Zeit gehäufte Beobachtung von „Turbo-Krebs“, also Krebs mit ungewöhnlich rascher Entwicklung oder Wiederaktivierung schon zum Stillstand gebrachten „geheilten“ Krebsgeschehens damit in Zusammenhang gebracht.

Wenn diese Auswirkungen in Gesundheitsschädigungen münden, gelten die Ausführungen zu den Grundrechten zu a) bis c). Wenn sie aber auf eine genetische Programmierung des Menschen ohne drohende unmittelbare Lebensgefahr für den Einzelnen hinauslaufen im Sinn von „Transhumanismus“, erachten die Antragsteller dies als unethisch. Es stellt daher eine gesetzlich normierte Indoktrinierung, eine erzwungene Wahl, medizinische Experimente an sich im Hinblick auf weitgehend unbekanntes Folgen auf die Evolution des Menschen und auf das SARS-CoV-2 Virus⁵¹ zuzulassen dar, die von den Antragstellern aus weltanschaulichen Gründen abgelehnt wird. Sie erachten es in jedem Fall als unethisch, auf diese Weise in den Lauf der Natur und der Evolution einzugreifen, was immer dabei als Ergebnis resultieren mag. Es ist dabei gleichgültig, ob der Zugang über einen religiösen oder einen allgemein weltanschaulichen erfolgt!

h. Verletzung des Grundrechts auf Datenschutz nach Art. 8 GRC, § 1 DSGVO i.V. mit Art. 8 GRC und Art. 8 EMRK:

Das COVID-19 Impfpflichtgesetz verletzt insbesondere durch die Bestimmungen der §§ 3a, 3b, 4 Abs. 5, 5, 6, 7, 8, 9, 10 Abs. 3, 11 Abs. 1, 15 Abs. 2, 17 und 19 Abs. 2 das Grundrecht auf Datenschutz, das den Schutz personenbezogener Daten garantiert. Dies ist umso gravierender, als es sich bei den Daten um Impfstatus, allfällige Impfbefreiungen oder Genesenenstatus um sensible Gesundheitsda-

⁵⁰ Artikel „Intercellular Reverse Transcription of Pfizer BioNTech COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 In Vitro in Human Liver Cell Line“ im Anhang. In ähnliche Richtung geht die Studie der Universität Cambridge, die gezeigt hat, dass revers transkribierte SARS-CoV-2 RNA in menschliche Zellen integriert werden und damit positive PCR-Testergebnisse auslösen kann, ohne dass eine Infektion vorliegt, was u.a. auch die aktuelle Teststrategie ad absurdum führt.

⁵¹ Wie Wodarg, Bhakdi und andere gewarnt hatten und wie es in jedem Lehrbuch für Infektiologie steht, ist es sehr problematisch, in eine Epidemie „hineinzupflegen“, weil der Erreger daher unter besonderen Selektionsdruck gerät und damit Mutationen provoziert werden, gegen die der Impfstoff unwirksam ist – was sich ja besonders seit Omikron bewahrheitet hat – und die zwar nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge harmloser zu werden pflegen, aber letztlich nicht abschätzbar sind!

ten handelt, die zwecks Ermittlung der impfpflichtigen Personen, des Impfstichtages, des Erinnerungstichtags und Strafverfolgung mit Daten aus dem Zentralen Melderegister, dem Zentralen Impfreger und dem Register anzeigepflichtiger Krankheiten nach § 4 EpiG im Sinn einer „Rasterfahndung“ abgeglichen werden. Dabei kommt es zu Datenübermittlungen und Datenspeicherungen an einer Vielzahl von Stellen, sodass es so gut wie unmöglich ist, allfällige Datenlecks zu verhindern, Speicherung von Daten über die vorgesehene Zeit hinaus zu vermeiden und allfällige Verstöße nachzuverfolgen. So werden Daten aller über 18-jährigen Personen aus dem ZMR vom Innenminister, versehen mit dem bereichsspezifischen Personenkennzeichen Gesundheit und die Daten aus dem Zentralen Impfreger von der ELGA GmbH (Zentrales Impfreger) jeweils dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister übermittelt, der durch Abgleich der Daten die Personen ermittelt, die die zum jeweiligen Erinnerungstichtag die Impfpflicht erfüllt haben oder für die eine zeitlich gültige Ausnahme gespeichert ist (§ 6 Abs. 1 und 2 leg. cit.). Die Daten dieser Personen sind odann zu löschen. Die durch den Abgleich der Daten nach der Löschung verbliebenen Daten sind mit den Daten aus dem Register anzeigepflichtiger Daten abzugleichen und jene Personen zu ermitteln, für die zum jeweiligen Erinnerungstichtag keine Impfpflicht besteht. Auch diese Daten sind anschließend zu löschen. Zum Impfstichtag hat der Innenminister die Daten gem. § 6 Abs. 1 Z 1 mit den verschlüsselten bereichsspezifischen Personenkennzeichen Zentrale Durchführung von Verwaltungsstrafverfahren, dem verschlüsselten Personenkennzeichen Zustellung, dem verschlüsselten bereichsspezifischen Personenkennzeichen für die Verwendung in der Transparenzdatenbank sowie die ELGA GmbH die Daten gem. Abs. 1 Z 2 dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister zu übermitteln, der den Abgleich zum Impfstichtag gem. § 6 Abs. 2 zu wiederholen und die in Abs. 3 aufgeführten Daten der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zum Zweck der Einleitung eines Verwaltungsstrafverfahrens zu übermitteln hat. Dazu darf sich der Minister des IT-Services der Sozialversicherung GmbH bedienen. Das heißt also, der Innenminister hat Daten zu ermitteln, zu verarbeiten und zu übermitteln, die ELGA GmbH ebenfalls und der Gesundheitsminister gleicht die Daten ab und gibt sie an Bezirksverwaltungsbehörden und/oder an das IT-Service der Sozialversicherung GmbH weiter.

Es gibt also fünf Stellen, wo personenbezogene, teilweise sensible Daten gespeichert, verarbeitet und weiter übermittelt werden, wobei erstens ein Großteil der Daten Personen betrifft, die entweder die Impfpflicht erfüllt haben oder dieser – zumindest vorübergehend – nicht unterliegen. Der Rest betrifft Personen, denen

jedenfalls keine schwerwiegenden Delikte im Sinn des § 141 Abs. 2 oder 3 StPO vorzuwerfen sind⁵². Darüber hinaus ist wegen der nicht ausreichend zuverlässigen Richtigkeit der Daten aus den verschiedenen Quellen damit zu rechnen, dass ein erheblicher Teil der Daten unrichtigerweise zu Strafverfolgungen führt, weil die betroffenen Personen nichts dagegen unternehmen, sei es weil die Zustellung nicht möglich ist, sei es, weil sie Fristen versäumen oder weil sie nicht mit den rechtlichen Instrumenten vertraut sind, sich gegen solche im behördlichen Bereich liegende Fehler zu wehren.

Jedenfalls ist die Voraussetzung des § 1 Abs. 2 DSGVO nicht erfüllt, wonach nur zur Wahrung wichtiger öffentlicher Interessen Eingriffe in das Grundrecht auf Datenschutz zulässig sind. Erstens kann von einem wichtigen öffentlichen Interesse an der Bestrafung mittels Verwaltungsstrafe nicht die Rede sein, zumals es sich unmöglich um eine schwerwiegende Straftat im Sinn des § 141 StPO handelt. Auch das Argument des Schutzes der öffentlichen Gesundheit trägt nicht, weil erstens die mittlerweileige Erfahrung gezeigt hat, dass sich Menschen, die sich aus Überzeugung nicht impfen lassen, dazu auch nicht mit Verwaltungsstrafen motivieren lassen. Zudem fördert eine Verwaltungsstrafe nicht die öffentliche Gesundheit und – um auf das eingangs der Ausführungen zu den Bedenken angeführte Argument zurückzukommen – ist der „Schutz der öffentlichen Gesundheit“ kein taugliches Ziel, das Grundrechtseingriffe rechtfertigen würde, schon gar nicht, wenn es darum geht, das öffentliche Gesundheitssystem zu fördern – das wäre ja nur möglich, indem in den Ausbau von Intensivstationen und in die Ausbildung und Attraktivierung des Pflegeberufes investiert wird.

Es sind auch keinerlei Garantien für den Schutz der Geheimhaltungsinteressen der Betroffenen festgelegt außer der in Wahrheit in Anbetracht der Vielzahl an Stellen, wo die Daten verarbeitet und gespeichert werden nicht erfüllbaren Verpflichtung, die Daten unverzüglich zu löschen, sofern sie nicht zur Strafverfolgung verwendet werden.

Es werden daher die eingangs gestellten Anträge wiederholt.

⁵² Siehe auch die Entscheidung des Gerichtshofs der Europäischen Union in der Rechtssache C-140/20, Pressemitteilung Nr. 58/22

Die weiteren Antragsteller:

KOSTENVERZEICHNIS

<i>Tarif: Verfassungsgerichtshof (Nummer 1)</i>	(Bem.Grl.: € 20.000,00)	
Normprüfungsantrag gem. Art 140 Abs.	€	2.180,00
1 lit. 1 c) B-VG		
Erhöhungsbetrag (ERV)	€	4,10
Summe USt-pflichtig	€	2.184,10
20% USt.	€	436,82
Pauschalgebühr	€	240,00
GESAMT	€	2.860,92