



REPUBLIK ÖSTERREICH
Parlament

GESUNDHEITSAUSSCHUSS

AUSZUGSWEISE DARSTELLUNG

verfasst von der Abteilung 1.4/2.4 – Stenographische Protokolle

21. Sitzung

Montag, 17. Jänner 2022

XXVII. Gesetzgebungsperiode

TOP 1

Antrag der Abgeordneten Gabriela Schwarz, Ralph Schallmeiner, Kolleginnen und Kollegen betreffend ein Bundesgesetz über die Impfpflicht gegen COVID-19 (COVID-19-Impfpflichtgesetz – COVID-19-IG) (2173/A)

14.04 Uhr – 17.11 Uhr

Großer Redoutensaal

Beginn der Sitzung: 14.04 Uhr

Obmann Mag. Gerhard Kaniak eröffnet – vorerst nicht öffentlich – die 21. Sitzung des Gesundheitsausschusses, begrüßt alle Anwesenden recht herzlich und meint, dass es heute eine sehr interessante Tagesordnung mit einem öffentlichen Expertenhearing zum geplanten COVID-19-Impfpflichtgesetz gebe.

Er begrüßt Bundesminister Mückstein sowie dessen MitarbeiterInnen herzlich und bedankt sich bei den Bediensteten der Parlamentsdirektion für die bereits fertig installierte Medientechnik für die Übertragung des Hearings.

1. Punkt

Antrag der Abgeordneten Gabriela Schwarz, Ralph Schallmeiner, Kolleginnen und Kollegen betreffend ein Bundesgesetz über die Impfpflicht gegen COVID-19 (COVID-19-Impfpflichtgesetz – COVID-19-IG) (2173/A)

Obmann Mag. Gerhard Kaniak geht in die Tagesordnung ein, ruft Tagesordnungspunkt 1 auf und sagt, dass vor Beginn der Beratungen noch einige formale Beschlüsse zu fassen seien.

Es sei vereinbart, zu diesem Tagesordnungspunkt ein öffentliches Hearing abzuhalten, für das folgende ExpertInnen nominiert wurden:

ao. Univ.-Prof. Dr. Michael Geistlinger (Völkerrechtler),

Univ.-Prof. Dr. Konrad Lachmayer (Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien, Fakultät für Rechtswissenschaften),

Dr. Susanne Rabady (Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin),

Prof. Dr. Christian Sebesta (Klinik Donaustadt, 2. Medizinische Abteilung),

Univ.-Prof. Dr. Christiane Wendehorst, LL.M. (Universität Wien, Institut für Innovation und Digitalisierung im Recht).

Einstimmige Annahme.

Abstimmung über die Öffentlichkeit des Hearings gemäß § 37a Abs. 1 Z 3 der Geschäftsordnung, die auch die Zulässigkeit von Bild- und Tonaufnahmen mit sich bringt. – **Einstimmige Annahme.**

Der Obmann ersucht darum, die ExpertInnen, etwaige ZuhörerInnen und MedienvertreterInnen in den Sitzungssaal einzulassen. Zu diesem Zweck wird die Sitzung kurz **unterbrochen.**

Obmann Kaniak **nimmt** die unterbrochene Sitzung **wieder auf**, begrüßt die ExpertInnen und bedankt sich für deren Teilnahme am parlamentarischen Prozess.

Es folgen technische Mitteilungen betreffend den Ablauf des Hearings sowie die Redeordnung.

Im Anschluss erteilt er Abgeordnetem Schallmeiner das Wort zur Berichterstattung.

Berichterstatter Ralph Schallmeiner bringt den Bericht über Tagesordnungspunkt 1: Antrag der Abgeordneten Gabriela Schwarz, Ralph Schallmeiner, Kolleginnen und Kollegen betreffend ein Bundesgesetz über die Impfpflicht gegen COVID-19 (COVID-19-Impfpflichtgesetz – COVID-19-IG) (2173/A).

Einleitungsstatements der ExpertInnen

ao. Univ.-Prof. Dr. Michael Geistlinger: Herr Obmann! Geschätzte Damen und Herren Abgeordnete! Herr Minister! Auch ein Experte ist ein Mensch. Auf einem Ninjapass ein goldener Sticker, um von anderen zu unterscheiden, und darauf die Aufschrift „Eins zwei drei, ich bin [...]frei“ – wes Geistes Kind kann etwas so Niederträchtiges und Hinterlistiges einfallen, um sechsjährige Kinder voneinander zu trennen?

Das Impfpflichtgesetz wäre natürlich schon auch eine ethische Bewertung und Hinterfragung wert, das ist aber nicht die Aufgabe, die ich heute hier habe. Hier ist meine Aufgabe, die verfassungsrechtlichen und – zumal die Europäische Menschenrechtskonvention auch eine völkerrechtliche Schlagseite hat – die völkerrechtlichen Fragen im Zusammenhang mit dem Impfpflichtgesetz zu bewerten.

Da muss ich Ihnen sagen, dass ich leider den Artikel 8 und das Recht auf Privatleben als verletzt ansehe. Über diese Verletzung des Artikels 8 kommt es noch dazu zu einer ganzen Reihe von Grundrechtsverletzungen, die immer wieder an die gleichen Argumente in Bezug auf Artikel 8 anschließen.

Das betrifft zum einen das Datenschutzgrundrecht im Zusammenhang mit Artikel 9 der Datenschutz-Grundverordnung. Über dieses Datenschutzgrundrecht wiederum gelangt man in den Bereich der Charta der Grundrechte der Europäischen Union. Dort sind es zumindest Artikel 7 und Artikel 8 – wenn nicht wesentlich mehr –, die über die Datenschutz-Grundverordnung anwendbar sein können. Nicht zuletzt dürfen Sie nicht den Pakt über bürgerliche und politische Rechte vergessen, was zwar – unter Anführungszeichen – „nur“ zu einer Völkerrechtswidrigkeit führt, immerhin aber auch mit einer Individualbeschwerdemöglichkeit gegenüber Österreich versehen ist. Das betrifft dort wiederum das Recht auf Privatleben, zusätzlich den Diskriminierungsschutz aus Artikel 25 und, genauso in der Europäischen Menschenrechtskonvention wie auch im Pakt über bürgerliche und politische Rechte, das Recht auf Gewissensfreiheit, denn es sind keine Ausnahmegründe vorgesehen, die beispielsweise auf eine anthroposophische Grundhaltung oder andere philosophische Richtungen abstellen, die bei Impfgegnern eine entsprechende Rolle spielen können.

Die Begründung für diese zentrale Verletzung des Artikels 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention liegt ganz einfach in dem großen Unterschied, der bezüglich der Impfung beispielsweise zu Röteln, Tetanus oder Mumps beziehungsweise den sonstigen – zumeist – Kinderkrankheiten besteht. Dort haben wir es mit einer abgeschlossenen klinischen Studie je Krankheit zu tun, und auf Basis dieser abgeschlossenen klinischen Studie liegen Ergebnisse vor: zur Wirkung, zu Nebenwirkungen und zur Effektivität im Hinblick auf die Transmission des Virus.

Im Falle der Covid-19-Impfung brauchen Sie nur in die offiziellen Dokumente der EMA hineinzusehen. Darin bekennt die EMA: Die Wirkung der Impfung mit Comirnaty – nehmen wir also das Beispiel des Impfstoffes von Pfizer und Biontech – auf die Verbreitung des Sars-Cov-2-Virus in der Gemeinschaft ist noch nicht bekannt. „Es ist noch nicht bekannt“, wie viele „geimpfte Menschen das Virus [...] in sich tragen und verbreiten können“. Die EMA bekennt sich, dass „nicht bekannt“ ist, „wie lange der Schutz durch Comirnaty anhält“. Sie gibt auch zu, dass „nicht genügend Daten“ vorliegen, „um Rückschlüsse darüber ziehen zu können, wie gut Comirnaty bei Personen wirkt, die bereits COVID-19 hatten“. Selbst zum schweren Krankheitsverlauf gibt es die ausdrückliche Aussage der EMA, dass zwar eine Wahrscheinlichkeit gegeben ist – likely, sagt die EMA –, aber dass nicht genügend Daten vorliegen, um diese Wirkung festzulegen.

Die Regierungsvorlage beruft sich auf das Urteil im Fall Vavříčka gegen die Tschechische Republik. Das ist der Trugschluss, dem Sie jetzt, wenn Sie der Vorlage folgen, aufsitzen, denn dieses Urteil verlangt eine entsprechend klare Datenlage – das war auch die Ausgangssituation –, und diese Datenlage ist im Hinblick auf diese Covid-19-Impfung nicht gegeben.

Im Weiteren gibt es auch jede Menge Einwände. Abgesehen davon, dass Sie es mit einem Aliud zu tun haben, wenn Sie versuchen, Vavříčka in Bezug auf die Covid-19-Impfung anzuwenden, haben Sie dazu auch noch jede Menge Probleme bei den anderen Prüfschritten, die es für die Erfüllung des Artikels 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention braucht.

Zur Frage des dringenden gesellschaftlichen Bedürfnisses: Sie sagen Gesundheitsschutz. Der Gesundheitsschutz reicht dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte nicht. Das dringende gesellschaftliche Bedürfnis ist aufzuzeigen, und auch die Frage der Geeignetheit, der Angemessenheit der Mittel ist so, wie es in dem Vorschlag steht und in den Erläuternden Bemerkungen formuliert wird, nicht ausreichend beantwortet.

Ich gebe Ihnen, weil meine Redezeit ja begrenzt ist, nur ein paar kleine Beispiele; die Frage der Geeignetheit: Wenn Sie sich jetzt daran orientieren, wie das im Fall Vavříčka vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte geprüft worden ist, dann müssten Sie hergehen und sagen, Sie schauen sich zu irgendeinem bestimmten Stichtag – ich habe mir den 13. Dezember ausgewählt – an, wie die Europaratsstaaten in Bezug auf die Impfquoten liegen. Da gibt es einige, die über dem EU-Durchschnitt liegen – Österreich lag damals knapp über dem EU-Durchschnitt –, und es gibt jede Menge, die unterhalb des Durchschnitts liegen.

Sie haben gerade in den letzten Tagen vielleicht die Europameisterschaft im Figure Skating in Estland gesehen: ein Eislaufstadion voll mit Menschen. 60,5 Prozent beträgt die Impfquote in Estland. Ich habe nur bei wenigen Zuschauern Masken gesehen, und die Sterblichkeitsdaten, die Frage der Krankenhausaufenthalte: Haben Sie die mit Estland verglichen? Kann man wirklich sagen, dass die estnischen Daten so viel schlechter sind, dass es zu dieser Diskrepanz, die gegenwärtig in Bezug auf Österreich ohnehin schon besteht, noch eine Aufdoppelung braucht?

Die Rechte anderer: Was sind denn die Rechte anderer? – Die anderen haben doch nur das gleiche Recht nach der Europäischen Menschenrechtskonvention, wie man selbst hat: das Recht auf körperliche Integrität als Ausfluss des Rechts auf Privatleben. Was macht ein Nichtgeimpfter? Wo greift ein Nichtgeimpfter dadurch, dass er sich nicht impfen lässt, in das Recht eines Geimpften auf körperliche Integrität ein? – Ich frage mich, wie man das argumentieren kann.

Die Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn: Eine Metaanalyse anhand von 95 einschlägigen Studien mit insgesamt fast 30 Millionen Probanden zum Stand 4. Februar 2021 ergab, dass bei 40,5 Prozent der positiv auf Sars-Cov-2 Getesteten die Infektion asymptomatisch verlief. Bei den unter 20-Jährigen lag dieser Anteil bei 60 Prozent, bei den über 60-Jährigen bei 33 Prozent. Wie kann man das dann formulieren?

Ich kann Ihnen jetzt auch noch aus Flachau berichten, und damit möchte ich dann mit meinem ersten Teil fertig werden. Wir waren ja – ich komme aus diesem Ort – einer der Hotspots, wieder einmal, dieses Mal mit einer Inzidenz von über 8 000. 400 Menschen, hat es geheißen, sind bei einer Bevölkerung von 2 900 seit 15. Dezember erkrankt. Von diesen 400 ist kein Einziger in ein Krankenhaus gekommen. Ich bin über 65 und habe in meiner eigenen Gemeinde auch nicht Omikron ausgefasst – beim Skifahren nicht, beim Snowboarden nicht, bei nichts. Die Frage ist daher, wie in so einer Situation überhaupt eine entsprechende Impfpflicht verhängt werden kann. – Danke vielmals.

Univ.-Prof. Dr. Konrad Lachmayer: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Minister! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Die Covid-19-Pandemie fordert das österreichische Gesundheitssystem, aber auch den österreichischen Rechtsstaat seit fast zwei Jahren heraus. Der dem Nationalrat vorliegende Vorschlag eines Impfpflichtgesetzes zielt darauf ab, eine regelmäßig auftretende Überlastung der Gesundheitsversorgung in Österreich zu beenden. In Anbetracht der Entwicklung der letzten zwei Jahre, die ja öfters zu dieser Überlastung geführt hat, ist der vorliegende Vorschlag als verfassungsrechtlich zulässig und sachlich gerechtfertigt zu erachten.

In Hinblick auf die weiteren Entwicklungen im Herbst 2022 muss daher jetzt gehandelt werden, um eine ausreichende Durchimpfung der Bevölkerung zu erreichen, damit sich wiederum diese Überlastung des Gesundheitssystems nicht wiederholt.

Dem durch eine hohe Durchimpfungsrate erzielten Effekt des Schutzes vor schweren Verläufen kommt daher für die sachliche Rechtfertigung eine ganz besondere Bedeutung zu. Von einem Ende der Pandemie durch Omikron kann, soweit ersichtlich, jedenfalls nicht ausgegangen werden. Die Omikronvariante bestätigt vielmehr, dass sich auch kurzfristig, innerhalb von zwei, drei Monaten, eine neue Variante bilden kann und sich diese rasch global ausbreitet. Bei dieser Ausgangssituation ist eben auch die Verhältnismäßigkeit der Impfpflicht zu überprüfen, und sie ist als verhältnismäßig anzusehen. Sie wird gesetzlich verankert – das ist die erste Voraussetzung –, die Details werden in der Verordnung geregelt, und diese Verordnungsregelung schafft die nötige Flexibilität, die in der Pandemie auch erforderlich ist, weil eben viele Unsicherheiten bestehen.

Das Ziel – der öffentliche Gesundheitsschutz, konkret die Verhinderung der Überlastung der Gesundheitsversorgung – kann mit der vorgesehenen Impfpflicht erreicht werden, insofern ist die Maßnahme eben auch geeignet. Die bisherigen Lockdowns, die ja auch zu massiven Grundrechtseingriffen geführt haben, haben gezeigt, dass eine Impfpflicht eben erforderlich ist und dass die Möglichkeiten zur Impfung bisher von der Bevölkerung nicht ausgeschöpft wurden und damit wieder eine Überlastung des Gesundheitssystems eintreten kann.

Den staatlichen Informationspflichten wurde Genüge getan, die Zurverfügungstellung einer kostenlosen Impfung besteht ebenso. Weitergehende Anreize etwa finanzieller Natur müssen nicht erfolgen. Bei einer Gesamtbetrachtung der Verhältnismäßigkeit wiegt der Eingriff in Artikel 8 EMRK schwer, aber das zu erreichende Ziel, nämlich die Verhinderung der Überlastung des Gesundheitssystems, wiegt eben schwerer.

Nichtsdestoweniger möchte ich ein paar verfassungsrechtliche Problemzonen ansprechen, die im Rahmen der Verhältnismäßigkeit zu diskutieren sind. Die erste ist das Thema der Determinierung der Verordnungsermächtigungen. Wie schon erwähnt gibt es da eine Reihe von Verordnungsermächtigungen, die die Flexibilität des Systems aufrechterhalten sollen, und deshalb ist es auch erforderlich, dass entsprechende gesetzliche Grundlagen vorhanden sind. Diese finden sich zahlreich quer durch den Gesetzesvorschlag.

Ich möchte auch hervorheben, dass der § 18 der Gesetzesvorlage verfahrensrechtliche Vorgaben vorsieht, die für die Determinierung auch so wichtig sind, nämlich dass der Hauptausschuss des Nationalrates Berücksichtigung findet ebenso wie dass das Nationale Impfgremium gehört werden muss, bevor zumindest ein Teil der Verordnungen erlassen werden kann.

Ein zweiter wichtiger Punkt ist die laufende Evaluierung. In § 19 ist ein begleitendes Monitoring vorgesehen, das dazu führen soll, dass überwacht wird, und zwar rechtlich, aber auch epidemiologisch, wie sich diese Impfpflicht entwickelt, und es besteht darüber hinaus auch eine Berichtspflicht gegenüber dem Nationalrat.

Wiederholte Impfungen, die konkrete Wiederholung von Impfungen, Impfindervalle sind jetzt eben nicht gesetzlich geregelt, sondern finden dann durch die Ausgestaltung auf Verordnungsebene statt. Diese sind **jedenfalls** sachlich rechtfertigungsbedürftig. Das heißt, es muss dann auf die konkrete Situation eingegangen werden und es muss auch die konkrete Überlastung des Gesundheitssystems argumentiert werden.

Ein zentraler Punkt sind schließlich auch die Strafbestimmungen. Da kommt der Verhältnismäßigkeit besondere Bedeutung zu, und dazu möchte ich betonen, dass sowohl im abgekürzten Verfahren als auch im regulären Verfahren nur eine Deckelung für Höchstgrenzen vorgesehen ist. Es ist jetzt also nicht geklärt, welche Strafen verhängt werden, sondern es ist im Gegenteil auch der § 19 VStG, nämlich die Strafbemessung, zu berücksichtigen. Ich darf daraus kurz zitieren, was von Relevanz ist: insbesondere „die Bedeutung des strafrechtlich geschützten Rechtsgutes“, die „Intensität“ der „Beeinträchtigung“, „Erschwerungs- und Milderungsgründe“ müssen gegeneinander

abgewogen werden, aber es kommt auch „auf das Ausmaß des Verschuldens“ an, genauso wie auf „Einkommens- und Vermögensverhältnisse und allfällige Sorgepflichten des Beschuldigten“.

Betreffend die Verhältnismäßigkeit möchte ich noch zwei, drei andere Punkte stichwortartig hervorheben. Die Kinder und Jugendlichen sind jetzt im letzten Vorschlagsentwurf eben nicht involviert. Die vorgesehenen Ausnahmen von der Impfpflicht sind von besonderem Interesse und auch ganz wichtig; das stufenweise Vorgehen bei der Impfpflicht, von Erinnerungsschreiben beginnend, die Kostentragung der Impfung durch den Staat – all das trägt zur Verhältnismäßigkeit bei.

Ein wichtiger Punkt ist auch die Mitwirkung der Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes gemäß § 25 des Vorschlags. Dies wurde auf ein Mindestmaß reduziert. So können die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes eben nur noch bis zum Impfstichtag eingreifen und kontrollieren beziehungsweise auch nur innerhalb der schon jetzt bestehenden Aufgaben, die ihnen zukommen.

Das Thema Datenschutzrecht wurde auch angesprochen, und das halte ich in der Tat für ein besonders wichtiges Thema, weil dieses auch durch den Gesetzesvorschlag in besonderer Weise betroffen ist. Da wurden zahlreiche Vorgaben geschaffen. Es ist aber auch klar, dass bei der Umsetzung dem Datenschutzrecht eine besondere Bedeutung zukommt, nämlich dass alle „technischen und organisatorischen Maßnahmen“, so formuliert es die Datenschutz-Grundverordnung, eingehalten werden, um hier den Datenschutz und die Datensicherheit „zu gewährleisten“.

Aufgrund all dieser getroffenen Einschränkungen, Abwägungen, Flexibilitäten kann der vorliegende Entwurf daher als Gesetz als verhältnismäßig angesehen werden. Mit der Erlassung des Gesetzes ist es aber, wie schon gesagt, noch nicht getan.

Es bedarf dann daher dieses umfassenden Verordnungspakets, das auch den verfassungsrechtlichen und den gesetzlichen Grundlagen entsprechen muss. Dabei kommt sowohl dem vorgesehenen Verfahren als auch der Begründungspflicht, die der Verfassungsgerichtshof in den letzten zwei Jahren besonders betont hat, eine besondere Bedeutung zu.

Die Herausforderungen für die Vollziehung bleiben daher auch nach der Beschlussfassung dieses sachlich gerechtfertigten und verhältnismäßigen Gesetzesvorschlages sehr hoch. – Vielen Dank.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak bedankt sich für die Ausführungen.

Dr. Susanne Rabady: Ich begrüße Sie alle und danke Ihnen für die Einladung, einige Fakten und Gedanken aus medizinischer Sicht beisteuern zu dürfen. Ich möchte noch ein paar Dinge voranstellen, die Sie sicherlich alle wissen: Besonderheiten der Omikronvariante, um die es hier ja heute in erster Linie geht.

Wir haben sowohl gegenüber der Impfung als auch gegenüber der Infektion einen deutlich abgeschwächten Schutz. Das gilt für die Impfung, es gilt aber genauso auch für die sogenannte natürliche Infektion.

Wir haben es mit einer Immunfluchtvariante zu tun. Diese Variante scheint den Vorteil einer doch geringeren Pathogenität zu haben, allerdings bei einer sehr stark gesteigerten Infektiosität, und da werden die hohen Zahlen zum Problem. Aufgrund der exponentiellen Ausbreitung haben Sie, auch wenn die Pathogenität halb so hoch ist, bei doppelter Infektiosität absolut sehr hohe Zahlen schwerer Verläufe. Auch bei den milden Verläufen kommt es natürlich zu sehr hohen Zahlen, und diese milden Verläufe – das kann ich Ihnen wirklich aus meiner hausärztlichen Tätigkeit versichern – verdienen das Wort mild sehr oft nicht. Die sind sehr unlustig und verursachen Langzeitkrankenstände oder lange Krankenstände, von der Quarantäne einmal ganz abgesehen – und ich spreche noch nicht von Long Covid, ich spreche vom Verlauf der Akuterkrankung.

Was können die Ziele in der Bekämpfung dieser Pandemie in diesem Moment sein? – Zum einen geht es natürlich – oft gesagt – um die Vermeidung des Kollapses des Gesundheitssystems, einerseits bezogen auf die Betten an Intensiv- und Intensivüberwachungsstationen, bezogen insgesamt auf die Hospitalisierungsraten, bezogen aber auch – und das ist ganz, ganz wichtig – auf Personalausfälle, einerseits durch die Erkrankung und die Isolierung, die damit einhergehen, aber auch durch Überlastung und Burn-out. Ich denke, das müssen wir ernst nehmen und meines Erachtens ist das noch nicht ausreichend passiert.

Das zweite große Ziel ist aber die Vermeidung des Kollapses des Gesamtsystems durch Krankenstände, Quarantänen – das wurde etwas entschärft –, sodass das irgendwann in einen unkontrollierten Autolockdown führt. Das sieht man zum Teil schon in Nachbarländern, weil wir es ja auch mit Clustern zu tun haben. Durch diese Entwicklung hoher Zahlen sind ganze Teams, ganze Schichten auf einmal betroffen. Das betrifft natürlich – Sie wissen es – alle Schlüsselberufe, genauso das Bildungssystem. Es betrifft den sozialen Sektor mit der Kinderbetreuung, mit der Altenbetreuung, mit der Behindertenbetreuung – überall dort, wo Schwächere betreut werden müssen. Es betrifft aber auch die Produktion und den Handel.

Mit Kollaps des Gesundheitssystems, um das vielleicht noch anzumerken, meine ich natürlich die bekannte Überbelegung der ICUs und die Auslastung der Stationen, ich meine aber auch den Dominoeffekt auf andere Stationen, die zum Teil geschlossen werden müssen oder deren Betrieb zumindest reduziert werden muss, weil es einfach kein Personal mehr gibt. Ich meine das, was immer Triage heißt, in Wirklichkeit aber Bettenkonkurrenz ist – und auch da geht es um den Personalschlüssel –, ich meine die Verschiebung von OPs. Ich meine die vielen, vielen Kollateralschäden, die wir sehen und die Menschen, die nicht an Covid erkrankt sind, sehr wohl in ihren Rechten und Bedürfnissen sehr massiv einschränken können.

Zudem kommt es zu einem Rückstau. Wer stationär nicht versorgt und betreut werden kann, muss im niedergelassenen Bereich versorgt und betreut werden. Das heißt, dort staut es sich und das mündet ebenfalls in eine schwere Belastung bis zur Überlastung.

Was bringt nun die Verhinderung von schweren Verläufen? – Die bringt eine Menge; erstens einmal natürlich die Reduktion von persönlichem, individuellem Leid, aber sie bringt die Entlastung stationärer Strukturen und die Vermeidung von Kollateralschäden, klar, sie bringt aber auch die Entlastung der kritischen Infrastruktur.

Wir können, wenn wir wirklich keine schweren oder fast keine schweren Verläufe mehr fürchten müssen, auf die Isolierung verzichten und wir können auch die Arbeitsunfähigkeit durch die dann ebenfalls hoffentlich milder gewordene Erkrankung auf den symptomorientierten Krankenstand begrenzen, so wie es bei allen anderen Krankheiten auch ist. Der Mensch braucht nicht zehn Tage daheimzubleiben oder auch nicht sieben Tage, sondern, wenn er halt nur Halskratzen hat, vielleicht einen oder zwei. Das geht aber nur dann, wenn wir die Angst davor verlieren, dass uns die schwereren Verläufe um unser System bringen. Die Abmilderung der Verläufe insgesamt bringt den Ausweg aus dieser üblen Lage. Corona bleibt – aber ohne Krise.

Was sind mögliche Wege dorthin? – Der Weg Nummer eins ist die natürliche Infektion. Das ist selbstverständlich ein möglicher Weg. Schauen wir uns das jetzt an: Es gibt in Österreich derzeit 4,1 Millionen Personen mit einem optimalen Schutz, sprich: die dreimal geimpft sind, plus einen unbekanntem Teil an Personen, die einmal und/oder zweimal geimpft plus genesen sind – die exakten Zahlen dafür konnte ich nicht finden. Demzufolge gibt es etwas unter 4,8 Millionen, die null- bis zweimal geimpft sind, und es gibt 1,3 Millionen Personen, die genesen sind; von denen ist ein Teil zusätzlich geimpft, daher optimal geschützt, ein Teil suboptimal geschützt.

Wir wissen, es gibt circa 2,3 Millionen nicht geimpfte, nicht geschützte Personen. Da werden einige wegfallen, die genesen sind, davon fallen auch noch 400 000 Kinder unter fünf Jahre, die wir nicht impfen können, weg. 2,3 Millionen Menschen – sagen wir, es sind nur zwei Millionen, stellen bei der ungebremsen Durchseuchung eine hohe Gefahr für den oben erwähnten Kollaps dar.

Wie funktioniert die Immunisierung im Rahmen dieser natürlichen Infektion? – Die Immunität nach Infektion aus anderen Varianten schützt sehr unzureichend vor Omikron – ich habe es erwähnt –, und auch für den Schutz durch Omikron müssen wir mit einem Waning rechnen, genauso wie nach der Impfung. Das heißt, auch bei einer niedrigeren Pathogenität ist mit einer hohen Zahl schwerer Verläufe zu rechnen. Ich habe ein Rechenbeispiel dabei; falls es jemanden interessiert, kann ich es gerne anführen.

Entscheidend ist also der Zeitraum, in dem diese natürliche Immunisierung stattfindet, zudem – wir haben Beispiele: Indien, Südafrika haben das ja weitgehend durchgemacht – mit einem wirklich hohen Preis, und das trotz dem langsameren Verlauf, weil das noch die alten Wellen waren: Es gibt die Schwerst- und Langzeitkranken, es gibt Krankheitsfolgen über Monate – viele, viele Monate! – durch die schwere Erkrankung, unter Umständen Dauerfolgen, und es gibt natürlich auch die Toten. Es hat aber keinen Sinn, sich auf die Mortalität zu konzentrieren; es gibt auch bei Personen, die die Krankheit überlebt haben, eine riesengroße Menge an Leid. Zudem ist damit zu rechnen, dass für eine vollständige Immunisierung mehrere Rezidive notwendig sein werden.

Wenn also dieser bisher ungeschützte Bevölkerungsteil die Immunisierung ohne Impfung **und** ohne Systemkollaps erreichen soll, dann müssen Kontaktbeschränkungsmaßnahmen getroffen werden. Das ist, wie wir inzwischen wirklich alle wissen, ein rauer Weg.

Weg Nummer zwei ist die Vakzinierung. Die Impfung bietet Schutz vor schwerem Verlauf, und der ist gesichert nach der Komplettimpfung, das heißt nach drei Impfungen. Natürlich nimmt der mit der Zeit ab, es hat aber das neue Wirkprinzip der Impfungen, also mRNA und Vektor, den großen Vorteil, in einem höheren Maß zelluläre Immunität zu hinterlassen, und diese zelluläre Immunität bleibt uns auch.

Immunität ist nicht binär – es ist wichtig, dass man davon heruntersteigt! Es gibt nicht immun und nicht immun, es gibt viele Abstufungen dazwischen. Die Abmilderung der Verläufe durch diese pro Ereignis wachsende, mit jedem Ereignis wachsende Immunität ist unsere Chance.

Mit der Vakzinierung können wir die Beschleunigung der Immunisierung bei einer erheblich geringeren Komplikationsrate, bei geringerem persönlichen und gesellschaftlichen Leid erreichen, und wir können ein Abschwächen der Wellen durch ein verträglicheres Erreichen des Plateaus erreichen – diese Plateaus gibt es ja, das wissen wir, gefolgt von einer epidemiologischen Pause. Wir können diese Plateaus mit weit weniger Leid jeglicher Art erreichen.

Der dritte mögliche Weg ist die Frühtherapie. Das ist gut und wichtig und ein großer Fortschritt, das ist überhaupt gar keine Frage, aber ganz so einfach ist es auch nicht. Zum einen müssen Medikamente einmal zugelassen werden und zum anderen müssen sie verfügbar sein. Die Konkurrenz am Weltmarkt ist aber beträchtlich. Einer der zentralen Konkurrenten wird meiner Einschätzung nach China werden, das mit seinem Totimpfstoff einen unwirksamen Impfstoff hat, aber durchaus die wirtschaftliche Potenz, den Weltmarkt ordentlich leerräumen.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak ersucht Dr. Rabady darum, zum Schluss zu kommen, da sie bereits 11 Minuten rede.

Dr. Susanne Rabady: Oh, Entschuldigung! Ja, ich bin gleich so weit. Betreffend die Frühtherapie muss sich erst herausstellen, wie weit die Wirksamkeit außerhalb klinischer Studien gegeben ist. Eine erste breitere Studie nach den Zulassungsstudien hat schon gezeigt, dass es statt knapp 10 Prozent nur mehr knapp 7 Prozent sind, die profitieren. Das heißt, sie eignet sich im Grunde genommen nur für ausgewählte RisikopatientInnen.

Der Weg wird die Kombination sein, die ideale Kombination aus unterschiedlichen Arten von Immunitäten. Wir alle werden früher oder später Kontakt mit der Infektion bekommen, und die Kombination aus Impfung und Infektion wird dieses Virus einfach die Kraft kosten, die uns ein normales Leben hoffentlich irgendwann wieder ermöglichen wird.

Zusammen mit den Therapiemöglichkeiten - -

Obmann Mag. Gerhard Kaniak bittet abermals um den Schlusssatz, da schon mehr als 12 Minuten vorbei seien.

Dr. Susanne Rabady: - - Personen. Das war schon mein Schlusssatz. – Ich danke.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak dankt für die Ausführungen und bittet um Nachsicht für die Unterbrechung, aber es wäre sonst den anderen Experten gegenüber nicht fair. (*Expertin Rabady: Sie haben mein Verständnis!*)

Prof. Dr. Christian Sebesta: Sehr geehrter Herr Minister! Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich darf Sie in aller Kürze auf eine Reise durch die Pandemiefakten – und zwar die evidenzbasierten Fakten – mitnehmen und auch versuchen, die Bedeutung der Impfung ins rechte Licht zu rücken.

Ich steige gleich in die Materie ein, indem ich Ihnen ein bisschen etwas über die bereits bekannten Tatsachen berichte, aber nur in einer wirklich sehr kursorischen Form: Das Coronavirus Sars-Cov-2 ist der Erreger einer Pandemie, die seit etwa zwei Jahren die ganze Welt wellenförmig betrifft; die Erkrankung dazu heißt Covid-19. Betroffen sind Menschen aller Altersgruppen, die über keine Immunität, also keine neutralisierenden Antikörper verfügen. Nicht immune Menschen erkranken beim ersten Kontakt mit dem Virus zu 70 Prozent leicht, zu 18 Prozent mittelschwer und zu 12 Prozent schwer. Die Letalität, das ist jene Rate, die anzeigt, wie viele Menschen an einer bestimmten Erkrankung oder Diagnose verstorben sind, liegt in den epidemiologischen Studien weltweit bei etwa 10 Prozent.

Es existieren vier zugelassene Impfstoffe, basierend auf drei Impfprinzipien, und die Effizienz und die Rate der Impfkomplicationen sind bei diesen Impfstoffen absolut vergleichbar. Es ist in Österreich genug Impfstoff vorhanden, um die gesamte Bevölkerung zu immunisieren – nämlich voll zu immunisieren. Ein wirksamer Impfschutz, der schwere Krankheit und Tod weitestgehend verhindern kann, besteht nach drei Kontakten eines Menschen mit dem Virus. Das können drei – auch drei verschiedene – Impfungen sein oder die Genesung nach der Erkrankung plus zwei Boosterimpfungen.

In Österreich hat das Nationale Impfgremium Empfehlungen für die Abstände zwischen den Impfungen, die Abstände zwischen Erkrankung und Impfung sowie die Impfung von Kindern erlassen. Diese Empfehlungen sind konkordant mit den internationalen Empfehlungen und Daten.

Eine aktuelle Infektion eines Menschen lässt sich durch einen PCR-Test aus Rachenspülflüssigkeit beziehungsweise Nasenschleimhaut nachweisen oder auch ausschließen. Nicht jeder positive PCR-Test bedeutet eine aktive Erkrankung, das positive Ergebnis kann auch auf einer erst eintretenden Erkrankung oder einer durchgemachten Erkrankung beruhen. Die positive PCR bedeutet lediglich, dass eine Infektion vorliegt und dass der infizierte Mensch auch für seine Umgebung ein Infektionsrisiko darstellt.

Nach gegenwärtigem Stand des Wissens ist die dritte Impfung jedenfalls für eine lang andauernde Schutzwirkung notwendig, aber auch effizient. Die Impfung reduziert die Erkrankungsrate, hochsignifikant auch schwere Erkrankungsfälle, lebensbedrohliche Verläufe, wie tiefe Lungenentzündungen sowie potenziell auch Beatmungs- und Intensivpflicht des betroffenen Patienten.

Jede Impfung bietet einen hohen Schutz. Geimpfte können sich zwar infizieren, aber entwickeln zu über 90 Prozent keine hohe Viruslast; eine viel geringere Virusreplikation als bei Ungeimpften ist daran schuld. Sie sind daher viel weniger ansteckend als Nichtgeimpfte, auch weil sie über eine kürzere Zeit geringere Viruszahlen ausscheiden.

Zusammengefasst heißt das: Geimpfte erkranken hochsignifikant seltener, sie erkranken so gut wie nie schwer oder lange oder mit Komplikationen. Erste Daten sprechen dafür, dass sie vermutlich seltener Long Covid entwickeln. Sie sind für ihre nächsten Mitmenschen kaum eine oder gar keine Bedrohung und nur für kurze Zeit eine Infektionsquelle. Dazu gibt es Studien in aller Welt, auch von der Ages in Österreich eine völlig objektive Sammlung von großen, relevanten Impfdaten.

Zu den Impfreaktionen und Nebenwirkungen, zu denen man oft gefragt wird: Nun, wie bei jeder Impfung unterscheidet man Impfreaktionen und echte Nebenwirkungen. Die Impfreaktionen sind ein leichtes Zustandsbild mit Müdigkeit, Abgeschlagenheit, leichter Temperaturerhöhung oder einem kurzen Schmerz an der Impfstelle. Die echten Impfnebenwirkungen hingegen beruhen im Wesentlichen auf Allergiemechanismen und können sehr selten, aber doch lebensbedrohlich sein, wenn sie die Lunge, das Herz-Kreislauf-System oder die Blutgerinnung betreffen. Krankheitsrelevante Impfnebenwirkungen müssen ebenfalls stationär oder sogar intensivmedizinisch behandelt werden, bewegen sich aber im ganz niedrigen Promillebereich.

Es ist aber in aller Klarheit und unmissverständlich festzustellen – und das beruht auf dem Datenschatz, der aus über 600 000 Publikationen zum Thema Covid in den letzten Monaten entstanden ist –, dass alle auf dem Markt verfügbaren Impfstoffe ein sehr gutes Nutzen-Risiko-Profil aufweisen. Impfreaktionen sind harmlos und folgenlos. Impfnebenwirkungen bewegen sich im niedrigen Promillebereich und sind in der Regel gut beherrschbar. Auswirkungen und Langzeitfolgen einer Covid-19-Infektion sind um mehrere Zehnerpotenzen gravierender und gefährlicher als die Impffolgen. Impfungen wirken somit nicht nur für den Einzelnen, sondern auch für die Allgemeinheit, für die Bevölkerung und für das Weiterfunktionieren der Gesundheitsversorgung.

Ich darf Sie kurz auf ein paar wenige Folien aufmerksam machen (*der Redner unterstützt in der Folge seine Ausführungen mittels einer Powerpoint-Präsentation*), mit denen ich die Zahlen, die jetzt kurz angesprochen wurden, auch noch ein bisschen durch einige Diagramme untermauere. Das ist die Impfquote, und Sie sehen, bei der Impfquote – das ist jetzt ein weltweiter Auszug – ist Österreich eher so im unteren Mittelfeld. Österreich hat eine Impfquote von circa 74 Prozent, wobei alle Staaten, die hinter Österreich sind, welche sind, mit denen wir uns üblicherweise nicht vergleichen.

Das ist jetzt auf die EU bezogen, einige herausgegriffen, und da sind wir mit unseren 74 Prozent auch knapp hinter Deutschland, relativ weit entfernt von der sogenannten allgemeinen Immunität – so nennt man das heute, weil der Begriff Herdenimmunität nicht gerne Verwendung findet. Und Sie sehen, dass es andere Staaten gibt, die durch eine offensivere Impfpolitik offensichtlich bessere Erfolge erzielen konnten. Die allgemeine oder spontane Impfquote in Österreich ist somit im Vergleich zu anderen Nationen verhältnismäßig gering.

Zur Wirkung der Impfung: Diese ist durch eine Vielzahl von Publikationen gesichert, wie ich schon vorhin angesprochen habe. Hier sehen Sie ein sehr eindrucksvolles Diagramm, wo auf der Ordinate die Hospitalisierungen eingetragen sind und auf der Abszisse die Impfquote. Wenn man hier eine Gerade durch diese vielen Daten aus den gesamten Vereinigten Staaten zieht, dann sieht man, dass es eine ganz klare und quantitativ höchst erhebliche Korrelation gibt zwischen Impfquote – bei 75 Prozent wird es richtig deutlich – und Hospitalisierung, weil die Hospitalisierungen in dem Umfang zurückgehen, wie die Impfquote in all diesen Nationen, die diese Statistiken durchführen, steigt.

Das ist auch ein sehr eindrucksvolles Bild aus New York. Da sehen Sie, dass von Frühjahr bis Herbst letzten Jahres die beiden Kurven der Geimpften – das ist die rote Kurve – und der ungeimpften Menschen im Raum New York eher nahe beisammenbleiben. Im November, mit Eintritt der kalten Jahreszeit, gehen die Kurven aber deutlich auseinander, und dann sieht man noch einmal ganz rechts im Bild, dort, wo der rote Pfeil hinzeigt, den Knick, der die Omikronvariante ankündigt.

Also: Geimpfte werden nicht krank und haben ganz offensichtlich auch angesichts der Omikronvariante eine gute Aussicht. Die Wirkung der Impfung ist somit eindeutig und unzweifelhaft nachgewiesen. Die WHO sagt dazu, dass die Entwicklung und Verbreitung von Impfstoffen zweifellos der Schritt hin zur Eindämmung der Pandemie sind und die Gesundheitssysteme, die Volkswirtschaften in aller Welt schützen und vor Schaden bewahren.

Wirkt nun diese Impfung auch bei Omikron? – Eine Frage, die auch sehr, sehr häufig gestellt wird. Dazu kann man sagen: Hier gibt es aus dem Mutterland von Omikron, wenn ich so sagen darf, aus Südafrika, eine Übersicht, die ganz klar die Effektivität von zwei Impfungen zeigt, das

waren beides Pfizer-Impfungen. Zweifach geimpfte Menschen haben angesichts der ursprünglichen Deltawelle – das ist da oben, das ist der Vergleichspool sozusagen – eine Resistenzrate, also eine Effektivität ihrer Impfung, nicht krank zu werden, von 93-prozentiger Sicherheit. Bei Omikron – in Südafrika ist das ja in der einen Provinz erstmals nachgewiesen worden und dort gibt es auch die meisten Daten – ist es so, dass unabhängig davon, wie man die Daten analysiert, immer noch nach zwei Impfungen eine Resistenz gegenüber dem Omikronvirus, obwohl dagegen nicht eindeutig spezifisch geimpft worden ist, von etwa 70 Prozent existiert.

Und das ist eine ganz wichtige Aufstellung, die zeigt, dass man, wenn man geimpft ist, eindeutig bessere Karten hat, insbesondere dann, wenn man nicht auf den Booster verzichtet, denn Sie sehen auf der linken Seite des Diagramms, wie die Immunität der Deltapatienten und der Omikronpatienten nach einem gewissen Zeitraum sinkt. Sie sehen, bei zwei bis neun Wochen, ganz links, ist die Immunität am höchsten, und dann geht sie langsam runter; sie geht für Delta runter, aber sie geht für Omikron noch deutlicher runter. Die gute Nachricht ist die rosa Säule am rechten Rand, denn der zeigt, dass, wenn man boostert, also mit der dritten Impfung, die Schutzwirkung bei Delta dann sogar auf einen noch höheren Wert, nämlich auf 93 Prozent, und bei Omikron auf 75 Prozent ansteigt. Das sind eindrucksvolle Daten.

Hier noch aus der Sicht eines Spitalsarztes Daten vom National Health Service aus dem United Kingdom, und da zeigt sich sehr klar die Altersverteilung: Man kann sagen, dass bei den jungen Patienten – also irgendwo in der Kindheit und in der Adoleszenz – wenig Unterschied zwischen Geimpften und Nichtgeimpften ist, wenn man sich die Zahl der Aufnahmen in den Notaufnahmen der Spitäler anschaut. Das ist hier der Gradmesser. Man hat sich von der anderen Seite die Statistik angeschaut, welche Patienten in die Spitäler kommen. Aber Sie werden sehen, dass die beiden Säulen in der Mitte ein deutliches Auseinanderdriften zeigen – und das sind die Patienten zwischen dem 40. und dem 50. Lebensjahr. Dort sind bereits erste Kofaktoren, andere Komorbiditäten wirksam und dort wird es richtig gefährlich, wenn man nicht geimpft ist. Und wenn Sie nach rechts schauen: Bei den hochbetagten Patienten ist natürlich der Unterschied zwischen den Geimpften – blaue Säule – und den Nichtgeimpften – rote Säule – ganz eklatant.

Die Impfung wirkt somit auch gegen Omikron.

Ich komme ganz kurz zur Zusammenfassung, das sind die allgemeinen Feststellungen: Die Impfung übt auch bei Omikron einen deutlichen Individualschutz aus. Dieser bewirkt eine geringere Systembelastung des Gesundheitssystems.

Geimpfte Personen tragen eine deutlich geringere Krankheitslast.

Der Gemeinschaftsschutz durch die Impfung wird bei der sehr ansteckenden Omikronvariante erst bei 90 Prozent Durchimpfungsrate tatsächlich wirksam. Österreich liegt darunter, wie Sie wissen. Ein hohes Ausmaß des Gemeinschaftsschutzes reduziert den allgemeinen Infektionsdruck, dadurch sind vor allem die vulnerablen Gruppen geschützt, also kranke und alte Menschen.

Die Pandemie ist noch nicht gemeistert. Aus diesem Grund ist ein hohes Ausmaß einer allgemeinen Immunitätslage durch die Impfung von großem Vorteil.

Long Covid lässt sich in seiner Bedeutung noch gar nicht abschätzen, wird aber durch die Impfung mit Sicherheit wesentlich verringert.

Der Schutz des Gesundheitswesens bedeutet auch, dass die notwendige medizinische Versorgung für alle anderen Krankheiten gewährleistet ist. Die Vermeidung eines sekundären Schadens durch die Pandemie kann durch die Impfung hintangehalten werden. – Ich danke Ihnen.

Univ.-Prof. Dr. Christiane Wendehorst, LL.M.: Herr Vorsitzender! Herr Bundesminister! Meine sehr verehrten Damen und Herren Abgeordneten! Wenn man aus juristischer Sicht den Entwurf, der uns seit gestern vorliegt, analysieren will, muss man zuerst einmal feststellen, wofür es bei diesem Entwurf eigentlich geht.

Da sind, glaube ich, drei Feststellungen ganz wichtig: Die erste Feststellung: Das COVID-19-Impfpflichtgesetz, wie es uns jetzt vorliegt, ist eine langfristig angelegte Maßnahme – ich lese das nicht als eine Maßnahme speziell gegen die Omikronwelle –, es ist eine Maßnahme, die uns für den kommenden Sommer und dann vor allem aber auch für den kommenden Herbst und für das kommende Jahr gut vorbereiten will.

Wir haben verschiedene Phasen: eine Informationsphase, ab 15. März eine Phase, in der das als Kontrolldelikt verfolgt wird, eine Phase, in der Erinnerungen ausgeschickt werden, und erst dann eine sogenannten Phase drei, in der es zu diesem automatisierten Datenabgleich kommen kann, wenn es erforderlich ist. Diese Phase drei wird erst aktiviert, wenn es tatsächlich erforderlich sein sollte. Es ist ein langfristig angelegter Stufenplan im Hinblick auf den kommenden Herbst.

Zweite Feststellung: Das COVID-19-Impfpflichtgesetz hat Rahmencharakter und es ist flexibel. Es ist, wenn Sie so wollen, fast ein Impfpflichtrahmengesetz, aber es legt – das ist aus grundrechtlicher Sicht sehr wichtig – alle wesentlichen Punkte der Impfpflicht fest; es bleibt jedoch hinreichend flexibel. Es wird durch Verordnungen ausgestaltet, die sich am jeweiligen epidemiologischen Stand und an den Erkenntnissen der Wissenschaft orientieren. Diese Verordnungen werden teilweise vom Bundesminister, überwiegend nach Anhörung des Nationalen Impfgremiums, teilweise von der Bundesregierung erlassen, und der Hauptausschuss des Nationalrates ist an den wesentlichen Verordnungen beteiligt. Ich glaube, auch das ist für dieses Haus ein sehr wichtiger Punkt.

Die dritte allgemeine Bemerkung: Das COVID-19-Impfpflichtgesetz unterliegt einer kontinuierlichen Prüfung und Kontrolle. Wir haben da das begleitende Monitoring durch eine Kommission, die in regelmäßigen Abständen – mindestens alle drei Monate beziehungsweise bei Bedarf – dem Nationalrat, der Bundesregierung und dem Herrn Bundesminister berichtet.

Wir haben verschiedene Opt-in- beziehungsweise Opt-out-Punkte. Wir haben zum Beispiel die Regelung, dass der Impfstichtag erst aktiviert werden muss, durch eine Verordnung der Bundesregierung, die überhaupt erst im Einvernehmen mit dem Hauptausschuss kommen kann. Das heißt, diese Phase drei unterliegt noch einmal einer besonderen Kontrolle.

Wir haben während der gesamten Geltungsdauer dieses Gesetzes einen On-off-Mechanismus und eine Möglichkeit flexibler inhaltlicher Ausgestaltung nach den jeweiligen epidemiologischen Bedingungen durch den Herrn Bundesminister mit Anhörung des Nationalen Impfgremiums und im Einvernehmen mit dem Hauptausschuss.

Das heißt, aus juristischer Sicht ist es ganz wichtig festzustellen: Es geht da **nicht** darum, ob dieses Impfpflichtgesetz eine verhältnismäßige Maßnahme speziell gegen die Omikronwelle ist. Es geht auch **nicht** darum, ob die Impfstoffe, die uns jetzt vorliegen, eine verhältnismäßige Maßnahme bis zum Ende der Pandemie sind. Es geht vielmehr um die Schaffung der Rahmenbedingungen für eine Covid-19-Impfpflicht, die unter ständiger Kontrolle und dynamischer Anpassung an die jeweiligen Gegebenheiten und an die jeweiligen Erkenntnisse zu einer nachhaltigen Immunisierung der Bevölkerung führen sollen, im Hinblick auf den kommenden Herbst und die danach kommenden Monate. Darum geht es aus juristischer Sicht.

Da meine Redezeit hier begrenzt ist, möchte ich im Prinzip nur den einen Punkt beleuchten, um den es, glaube ich, im Schwerpunkt geht, und das ist die Verhältnismäßigkeit. Es wurde jetzt schon vielfach Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention bemüht, ich muss das hier nicht wiederholen. Es wurde auch erwähnt, dass der Schutz nach Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention ein sehr wichtiger Schutz ist, aber er ist nicht absolut, er kann aufgrund eines Gesetzes eingeschränkt werden, wenn dies eben zum Schutz der Gesundheit und zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist, wenn es erforderlich ist.

Wir haben da mit der bereits zitierten Entscheidung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte in der Sache Vavříčka ein relativ junges Urteil, das sich noch einmal speziell mit der Verhältnismäßigkeit einer Impfpflicht befasst hat. Ja, es ging um eine Impfpflicht mit

altbekannten Impfstoffen gegen altbekannte Kinderkrankheiten, aber ja, in dem Fall, den der EGMR zu beurteilen hatte, waren die Folgen für das jeweilige Kind dann auch relativ traumatisch: Es konnte dann den Kindergarten nicht besuchen.

Das heißt, wir hatten da auch eine schwierige Situation und der EGMR hat sich nicht in einer knappen Entscheidung, sondern in einer sehr deutlichen Entscheidung für die Zulässigkeit, für die Verhältnismäßigkeit dieser Maßnahme ausgesprochen, hat eine umfassende Verhältnismäßigkeitsprüfung angestellt, unter Gewichtung aller möglichen Kriterien, von denen Sie sehen, dass die allerallermeisten sehr, sehr vergleichbar mit der Situation sind, wie wir sie derzeit haben.

Ich möchte jetzt nur noch auf einige ausgewählte Aspekte der Verhältnismäßigkeitsprüfung eingehen, vieles ist schon gesagt worden und ich kann mich daher kurz fassen.

Die Impfungen sind ein wirksames Mittel, sie sind ein sicheres Mittel und, vor allem jetzt für diese Prognoseentscheidung, die es zu treffen gilt, das einzige Mittel, das vermutlich bis Herbst 2022 als wirksamstes Mittel der Pandemiebekämpfung zur Verfügung stehen wird. Und es kommt eben auf diese Prognose an.

Im Übrigen kann ich mich hinsichtlich der Wirksamkeit auf meinen Vorredner beziehen und vielleicht nur noch hinzufügen: Wenn wir jetzt dieses Impfpflichtgesetz haben, dann heißt das ja nicht, dass mit diesen jetzt verfügbaren Impfstoffen dann bis Jänner 2024 durchgeimpft werden soll. Diese Impfstoffe werden sich ja weiterentwickeln, sie müssen sich weiterentwickeln, und darauf müssen die Verordnungen dann auch entsprechend eingehen.

Sind alle milderer Mittel ausgeschöpft worden? – Das ist auch immer ein Punkt, der im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung gebracht wird. Nun, ich glaube, da müssen wir vor allem vorausschicken: Es kommt da nicht auf allfällige Versäumnisse in der Vergangenheit an: Hat man 2020 alles richtig gemacht? Hat man Anfang 2021 alles richtig gemacht? – Vermutlich wird man nicht immer alles richtig gemacht haben, es kommt aber auf die Handlungsoptionen an, die man jetzt gerade hat, weil man rückblickend natürlich immer klüger ist, was man in der einen oder anderen Situation vielleicht noch hätte tun können.

Wenn wir da auf viele alternative Modelle schauen, wie zum Beispiel gestaffelter Sozialversicherungsbeitrag, Impfprämie und so weiter: Ich habe jetzt nicht die Zeit, das genauer auszuführen, aber auch hier hätten wir große Probleme in der Ausgestaltung. Ich will aber auch ganz deutlich sagen: Es besteht eine fortdauernde Verpflichtung während der ersten Phasen und auch danach, dass man sich um eine Hebung der Impfquote bemüht, durch Aufklärung, durch Service, durch Anreize, denn – lassen Sie mich das wiederholen – idealerweise kommt es nicht zu Phase drei.

Zum Schluss zur Angemessenheit der Maßnahme: Ja, die Selbstbestimmung über den eigenen Körper ist ein sehr, sehr wichtiges Gut. Es gibt große Emotionen, das heißt, da muss man sehr, sehr genau überlegen und sehr, sehr sorgfältig abwägen. Wir haben hier aber eben auf der einen Seite eine Impfung, die inzwischen millionen-, wohl schon milliardenfach verabreicht wurde, wir haben hier sehr, sehr geringe Risiken für den Einzelnen, die aus dieser Impfung resultieren, und wir haben auf der anderen Seite ein ganz ungewöhnliches Schädigungspotenzial, ganz ungewöhnlich dramatische Folgen von Covid-19. Damit meine ich jetzt nicht nur die akuten Folgen während der Erkrankung, ich meine nicht nur die Todesfälle, ich meine auch die Auswirkungen von Long Covid, die Auswirkungen auf die Gehirntätigkeit, auf die Persönlichkeitsstruktur und so weiter und natürlich auf das gesamte Gesundheitssystem, auf unsere Gesellschaft. Ich glaube, ich muss das nach zwei Jahren Pandemie nicht weiter ausführen.

Am Ende aber auch dies vielleicht als warnende Worte: Es kommt natürlich immer auf die Effektivität und die Konsequenz in der Durchsetzung an. Ich darf hier auf die Stellungnahme der Bioethikkommission vom 10. Jänner verweisen.

Schlussfolgernd kann ich sagen, dass in meinen Augen aus juristischer Sicht der Entwurf für ein COVID-19-Impfpflichtgesetz als langfristig angelegte Maßnahme für eine nachhaltige Immunisierung der Bevölkerung, die eben eine flexible Reaktion auf wechselnde

epidemiologische Bedingungen vorsieht, eine verhältnismäßige und rechtmäßige Maßnahme darstellt. Natürlich kann ich jetzt aber an dieser Stelle noch nicht sagen, ob diese Verhältnismäßigkeit auch während des gesamten Geltungszeitraumes bleibt. Das hängt dann von der ganz konkreten Handhabung ab, das hängt dann von den Verordnungen ab, das hängt dann von der Durchsetzung ab, das hängt von den flankierenden Maßnahmen ab. Das Gesetz aber, wie es gestern final vorgelegt wurde, genügt in meinen Augen den Grundsätzen der Verhältnismäßigkeit. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Erste Fragerunde der Abgeordneten

Abgeordnete Gabriela Schwarz (ÖVP): Herr Vorsitzender! Werte Expertinnen und Experten! Meine Fragen richten sich an die Ärzteschaft unter unseren Expertinnen und Experten.

Frau Dr.ⁱⁿ Rabady, Sie sind niedergelassene Hausärztin. Das heißt, Sie haben es direkt mit den Ängsten und Sorgen der Menschen in Bezug auf Covid-19, aber auch in Bezug auf die Impfung zu tun. Meine Frage an Sie ist: Wie kann man jetzt die Zeit bis Mitte März noch nutzen? Vonseiten der Regierung wurden ja noch eine Kampagne zur Aufklärung über Fakenews und zu möglichen Impfanreizen angekündigt. Wie können Sie jetzt als Niedergelassene diese Zeit noch nützen und mit welchen Fakten und Argumenten den Fakenews entgegenreten?

Herr Primarius, Sie haben anhand evidenzbasierter Daten aus aller Welt sehr klar die Wirksamkeit der Impfung dargestellt. Trotzdem gibt es auch unter Ihrer Kollegenschaft Menschen – ich rede da von einer Größenordnung von 0,65 Prozent der Ärzteschaft, wie auch immer wieder auf Social Media oder auch in direkten Anschreiben an uns per Brief oder per Mail kolportiert wird –, die behaupten, die Impfung sei wirkungslos oder sogar gefährlich – und schon gar bei Omikron, Omikron sei eine Variante, die sowieso nicht gefährlich sei. Wie begegnen Sie dem? Welches Werkzeug, welche Tools können Sie uns da mitgeben? – Danke schön.

Abgeordneter Dr. Werner Saxinger, MSc (ÖVP): Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Minister! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Geschätzte Expertinnen und Experten! Ich habe eine Frage an Frau Dr. Rabady. Sie sind ja Mitglied in der Coronakommission und haben dadurch einen unmittelbaren Einblick in alle Daten und Entscheidungsgrundlagen im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Pandemie und den Impfungen. Um es noch einmal ganz deutlich zu machen, frage ich: Ist die Impfung geeignet, schwere Verläufe auch bei der Omikronvariante zu einem sehr hohen Prozentsatz zu verhindern?

Eine Frage habe ich an Prof. Sebesta. Es geht um die Überlastung der Spitäler und Krankenanstalten sowie der Intensivstationen, die ja hauptsächlich durch Ungeimpfte verursacht wird. Dieses Problem betrifft aber nicht nur die betroffenen Erkrankten, sondern eigentlich auch alle anderen, die eine Intensivbehandlung brauchen. Ich denke da an Unfälle, Herzinfarkte, Schlaganfälle oder Krebsoperationen. Eine daraus resultierende Frage: Ist es angesichts der noch immer zu geringen Impfquote aus Ihrer Sicht notwendig, eine Impfpflicht einzuführen, um eben eine Überlastung der Spitäler und der Intensivstationen zu vermeiden? – Danke.

Abgeordneter Philip Kucher (SPÖ): Herr Vorsitzender! Geschätzte Kolleginnen und Kollegen! Frau Prof. Wendehorst, Sie haben völlig recht, wir können die Fehler der Vergangenheit nicht ungeschehen machen, aber es ist auch ein zentraler Punkt, dass sich die Fehler der Vergangenheit nicht wiederholen, insbesondere weil es ja kein Naturgesetz war, dass dazu geführt hat, dass wir heute über diese Impfpflicht überhaupt reden müssen. Andere Staaten haben ja vorgemacht, dass man durch gutes Krisenmanagement deutlich besser durch diese Krise kommen kann, als das leider in Österreich der Fall ist.

Deswegen auch die Frage an die Expertinnen und Experten: Was waren denn die zentralen Fehler im österreichischen Krisenmanagement, die wir keinesfalls wiederholen sollten und die auch zu der Notwendigkeit einer Impfpflicht geführt haben?

Zentraler Punkt ist für mich der Schutzmechanismus, den wir unbedingt verankern wollten. Wir haben immer gesagt, diese Impfpflicht darf keinen Tag länger als unbedingt notwendig bestehen. Deswegen auch die Frage: Wie beurteilen Sie den verankerten Schutzmechanismus, nämlich medizinisch und verfassungsrechtlich, dieses Monitoring, das das eben garantieren soll?

Prof. Sebesta hat abschließend in einer Kurzzusammenfassung angesprochen – sehr spannend –, dass es ja nicht nur um den Individualschutz, sondern um den Gemeinschaftsschutz geht. Vielleicht könnten Sie das Konzept noch einmal kurz darlegen, weil Sie gerade auch den Schutz der vulnerablen Gruppen angesprochen haben.

Und vielleicht abschließend noch: Wie beurteilen Sie positive Impfanreize als Zusatzmaßnahme – mit ehrlicher Kommunikation, in der man auch wirklich versucht, die Ängste zu nehmen und weniger Regierungs-PR zu machen?

Abgeordnete Mag. Verena Nussbaum (SPÖ): Herr Vorsitzender! Herr Bundesminister! Geschätzte Expertinnen und Experten! Zu meiner Frage: Über die medizinische Notwendigkeit haben wir jetzt grundsätzlich schon einiges gehört, mich würde noch interessieren: Was droht, wenn wir durch die Impfpflicht die erforderliche Immunisierung nicht erreichen? Warum ist die zu erwartende Durchseuchung, die durch Omikron wahrscheinlich erfolgen wird, nicht ausreichend? Und für welchen Zeitraum wird die Impfung sozusagen Erleichterungen für das Gesundheitssystem bringen?

Die Fragen zur Verfassungsmäßigkeit würde ich gerne an Frau Prof. Wendehorst richten. Wodurch wird die Verfassungsmäßigkeit geprüft? Wir wissen jetzt, dass es begleitend ein Monitoring geben wird. Gibt es messbare Ziele im Gesetz?

Und an alle Juristen in diesem Expertenteam: Ab wann wäre die Impfpflicht nicht mehr verfassungskonform? – Danke.

Abgeordneter Dietmar Keck (SPÖ): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren Experten! Anscheinend ist nicht der Impfzwang das Problem, wie ich vielen Mails, die ich bekommen habe, entnehme, sondern der Impfstoff. Deshalb meine Frage an die Experten: In diesen Mails wird behauptet, der Impfstoff werde aus Kinderföten gemacht, es ist die Rede von einem Eingriff in die DNA des Menschen und, und, und. Mich würde interessieren: Wie wird der Coronaimpfstoff hergestellt beziehungsweise welche Auswirkungen hat der Coronaimpfstoff im Körper des Menschen?

Und das Zweite: Es wird auch behauptet, es gebe weltweit viele Impfschäden. Mittlerweile sind knapp vier Milliarden Menschen weltweit geimpft: Sind in Österreich Impfschäden durch die Coronaimpfung bekannt?

Abgeordneter Mag. Gerald Hauser (FPÖ): Für alle: Die Bevölkerung weiß, dass wir als Freiheitliche Partei die Impfpflicht zu 100 Prozent aus mehreren Gründen ablehnen.

Aber nun zu den Fragen: Herr Primar Sebesta, Sie haben unter anderem festgehalten, dass Geimpfte so gut wie nie schwer erkranken. Ich darf – ich habe das im Parlament schon mehrmals gemacht – aus einer Liste der britischen Gesundheitsbehörde zitieren: Im Dezember sind von den Vollimmunisierten 1 406 Personen – voll immunisiert – verstorben, von den Nichtgeimpften 298. Das ist ein Prozentsatz von 74 Prozent. Das heißt, Vollimmunisierte in England verstorben zu 74 Prozent.

Zweitens haben Sie festgehalten, Herr Primar Sebesta, dass Nebenwirkungen bei Impfungen selten auftreten, dass sie harmlos sind, folgenlos sind. Ich darf dazu die Zahlen der EMA zitieren. Aktueller Stand 11. Jänner: Todesfälle: 20 957; Nebenwirkungen: 1 354 500, bei 6 Prozent – bei 6 Prozent! –; Nennung ernster Nebenwirkungen: 586 649. Wenn man das hochrechnet, dann sind das mehr als 20 Millionen Nebenwirkungen. Herr Professor, Frage an Sie: Wie schaut denn der Vergleich mit anderen Impfstoffen aus, was die Anzahl der Nebenwirkungen anbelangt?

Meine letzte Frage, ganz aktuell hereinbekommen: Die „Kronen Zeitung“, sicherlich kein Freund der Freiheitlichen Partei, schreibt ganz aktuell:

„Virologe: Durchseuchung, dann entspannter Sommer

Ein weiterer deutscher Virologe macht Hoffnung, was den weiteren Verlauf der Pandemie betrifft. Durch die Verbreitung der hoch ansteckenden Omikron-Variante erwartet Virologe Klaus Stöhr – 15 Jahre bei der WHO, unter anderem – „zuerst eine Durchseuchung in den kommenden Wochen, dann eine natürliche Immunisierung der Bevölkerung und schließlich ein Auslaufen der Pandemie. Booster-Impfungen könnten irgendwann sogar unnötig werden.“

Was sagen die Gesundheitsexperten dazu?

Abgeordneter Peter Wurm (FPÖ): Leider Gottes haben sich in den letzten zwei Jahren alle Thesen der Pharmafirmen, der Experten und der Regierung in Luft aufgelöst. Deshalb meine konkreten Fragen, vor allem an Frau Prof. Rabady und Herrn Sebesta, betreffend Kapazitäten im Gesundheitssystem, konkret in den letzten beiden Jahren: Was wurde an Kapazitäten neu geschaffen? – Erste Frage. – Wie viel Geld wurde konkret investiert? – Zweite Frage.

Dritte Frage: Kennen Sie den Rechnungshofbericht 2020, wonach wir um über 30 000 weniger Belagstage auf den Intensivstationen und um knapp zwei Millionen weniger Krankenhausbelagstage hatten? Warum? Wie erklären Sie das? Und was die derzeitige Auslastung, jetzt mit Januar 2022, betrifft: Wo sind die Engpässe?

Nächste Frage, betreffend den Stufenplan mit den Stufen eins bis fünf: Gilt dieser noch oder gilt er nicht mehr? Wir sind jetzt eigentlich in Stufe eins – und die Maßnahmen sind jene für die Stufe fünf! Wie erklären Sie das der Bevölkerung?

Fragen zu den Nebenwirkungen: Warum wird die Erfassung der Nebenwirkungen passiv und nicht aktiv durchgeführt? Liegt da ein Versäumnis der Regierung vor? Wie erklären Sie die Explosion – Kollege Hauser hat es erklärt – der Anzahl von Nebenwirkungen, die ja faktisch da sind, trotz dieser passiven Erfassung? Wie erklären Sie diese Zahlen? Und wie erklären Sie der Bevölkerung, warum eine Haftung der Pharmafirmen nach wie vor nicht besteht. Wenn die Pharmafirmen der Meinung sind, es gibt keine Nebenwirkungen, warum haften die Pharmafirmen dafür nicht?

Die nächste Fragestellung betrifft Omikron. Kennen Sie die Zahlen des RKI, die eindeutig besagen, dass vor allem dreifach und doppelt Geimpfte wesentlich häufiger an Omikron erkranken? Ich kann Ihnen die Belege gerne geben, falls Sie sie nicht kennen sollten.

Wie erklären Sie der Bevölkerung den Lockdown seit knapp zwei Monaten für sogenannte Ungeimpfte? Welche Auswirkungen hat dieser gehabt? Wie erklären Sie die steigenden Zahlen, wenn seit über zwei Monaten die sogenannten Ungeimpften im Lockdown, im Dauerlockdown sind? Wie argumentieren Sie die Fortführung dieses Zustandes aus medizinischer Sicht?

Die nächste Frage betrifft noch einmal die Durchseuchung: Ist diese jetzt eine Maßnahme der Experten aus medizinischer Sicht oder nicht – oder ist es eben nur ein Ausrutscher gewesen, das so zu kommunizieren?

Und die allerletzte und aus meiner Sicht wichtigste Frage: Wie wollen Sie bei diesem Impfpflichtgesetz die Arbeitnehmer vor entsprechenden Kündigungen schützen, wenn der Arbeitgeber darauf besteht, nur mehr geimpfte Personen beschäftigen zu wollen? Wo bleibt da der Schutz für Arbeitnehmer? – Das frage ich vor allem auch in Richtung Sozialdemokratie, denn Sie wollen ja diesem Gesetz zustimmen. Habt ihr euch jetzt endgültig vom Schutz der Arbeitnehmer verabschiedet? – Wir werden das nicht machen. Wir werden die Arbeitnehmer da nicht im Regen stehen lassen.

Bitte um möglichst konkrete Antworten auf meine Fragen. Sie haben ausreichend Zeit dafür. Es sind vor allem medizinische Fragen. Da können wir uns gerne austauschen. – Danke.

Abgeordnete Mag. Agnes Sirkka Prammer (Grüne): Es ist wie so oft eine Herausforderung, da jetzt wieder auf den Boden der Tatsachen zurückzukommen, aber ich nehme das gleich als Anknüpfungspunkt für meine Frage an die Expertinnen und Experten: Was hier an teilweise

suggestiven Fragen aufgeworfen wurde, entspricht in sehr großen Teilen dem, was auch häufig in Post, die wir alle von besorgten Bürgerinnen und Bürgern bekommen, enthalten ist.

Ich würde Sie bitten, kurz darzulegen, wie genau das Eingehen auf diese medizinischen Umstände, die sowohl die Verfassungsmäßigkeit als auch die Angemessenheit, die Verhältnismäßigkeit des Gesetzes im jeweiligen Zeitpunkt betreffen, erfolgt. Bitte erklären Sie uns kurz, wie dieser Mechanismus im Gesetz jetzt dargelegt ist, dass auf Umstände, die aus dem medizinischen Bereich kommen, in rechtlicher Hinsicht reagiert werden kann. Ich spreche da insbesondere die Verordnungsermächtigung an, den Mechanismus, der im vorliegenden neuen Gesetzentwurf gemacht worden ist.

Bitte erklären Sie uns auch kurz, was der Unterschied zu dem, was im Begutachtungsverfahren vorgelegt wurde, ist und wie darauf reagiert wurde, weil genau diese Reaktion ja ein Eingehen auf die Besorgnis der Bevölkerung, die auch in sehr, sehr vielen Stellungnahmen zum Ausdruck kam, gewesen ist. – Danke schön.

Abgeordnete Mag. Beate Meini-Reisinger, MES (NEOS): Sehr geehrter Herr Bundesminister! Sehr geehrte Expertinnen und Experten! Herzlichen Dank, dass Sie heute hier zur Verfügung stehen. Ich möchte diesen Dank auch erweitern und ihn nicht nur an die Expertinnen und Experten, die heute da sind, richten, sondern auch an jene, die in den letzten Wochen uns allen Rede und Antwort gestanden sind, insbesondere auch im Prozess. Das gilt auch ganz besonders für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums und auch für jene des Verfassungsdienstes, denn es waren sehr intensive Gespräche, und ich glaube, es wurde allen Fragen sehr sachlich nachgegangen und nach bestem Wissen und Gewissen um Lösungen gerungen.

Die Frage der Zulässigkeit einer Impfpflicht vor allem in verfassungsmäßiger Hinsicht ist vor allem durch die Frage der epidemiologischen Einschätzung determiniert, also durch die Frage: Ist es aus medizinischer, aus epidemiologischer Sicht heute oder in der Zukunft und, es wurde auch schon angesprochen, für den Herbst – denn darum geht es – notwendig, um endlich einmal schneller zu sein als das Virus und nicht immer als Politik hinten nachzulaufen, dass wir entsprechende Maßnahmen setzen? Und daran schließt sich natürlich auch die verfassungsrechtliche Frage an. Daher war es uns sehr wichtig, für heute auch einen Verfassungsjuristen zu nominieren.

Ich möchte betonen, dass aber auch die verhaltensökonomische Sicht – also: ist so ein Gesetz wirksam, und werden sich Menschen daran halten? – eine ganz essenzielle ist, und ich möchte ganz kurz, bevor ich zu den Fragen komme, auch noch eine Grundaussage tätigen: Die gesamte Rechtsordnung, alle unsere Gesetze, leben davon, dass wir in unserer Republik einen Grundkonsens haben, nämlich dass wir uns an Gesetze halten – und ich hoffe doch ganz stark, dass dieser Grundkonsens auch in diesem Haus besteht und in der Zukunft von allen Fraktionen mitgetragen wird.

Da aber über die Frage diskutiert wird: Was bedeutet das für den Herbst, und was müssen wir hinsichtlich der Frage der Verfassungskonformität tun?, bin ich überzeugt davon, dass eine Flexibilität im Gesetz notwendig ist. – Und jetzt zu meinen Fragen.

Diese Flexibilität soll ja durch eine Reihe von Verordnungsermächtigungen gewährleistet werden – es ist schon angesprochen worden –, aber sehen Sie, insbesondere Herr Prof. Lachmayer und Frau Prof. Wendehorst, diese Verordnungsermächtigungen als hinreichend determiniert?

Und, es wurde auch angesprochen, wesentlich ist ja dann auch die Frage der Umsetzung. Was bedeutet das also in der Zukunft für die Qualität der Verordnungen? – Das war ja in der Vergangenheit, und diese Anmerkung sei mir gestattet, immer wieder ein sehr diskussionswürdiger Punkt.

Bei meiner zweiten Frage geht es um die meines Erachtens sehr wichtige Streichung der Ersatzfreiheitsstrafe. Verfassungsrechtlich muss – im Sinne des Art. 11 Abs. 2 B-VG – begründet werden, warum das Streichen der Ersatzfreiheitsstrafe zulässig beziehungsweise erforderlich ist. Dazu würde mich die Meinung aus verfassungsrechtlicher Sicht interessieren.

Die dritte Frage ist ein bisschen allgemeiner: Oftmals wird als Alternative angesprochen, 2G flächendeckend vorzusehen, zum Beispiel 2G am Arbeitsplatz. – Ich persönlich sehe das als keine Alternative und würde das auch als den größeren Grundrechtseingriff bewerten. Wie wird das vonseiten der anwesenden Expertinnen und Experten gesehen?

Vierte Frage, noch einmal explizit – es wurde von Frau Prof. Wendehorst angesprochen –: Was bedeuten Versäumnisse in der Vergangenheit? Ich verstehe schon, dass insbesondere viele Abgeordnete der Opposition mit reichlich Emotion hier sitzen, weil wir schon seit Monaten auf die niedrige Durchimpfungsrate in Österreich aufmerksam gemacht haben, aber ist die Frage, welche Versäumnisse es in der Vergangenheit gegeben hat, heute relevant für die Frage der Verfassungskonformität des Gesetzes?

Letzter Punkt: Es freut mich, dass die Kinder und Jugendlichen nun nicht mehr umfasst sind. Hat das Folgen für die Frage der Verfassungskonformität? – Erster Punkt. Zweiter Punkt: Hätte aus epidemiologischer Sicht, aus medizinischer Sicht in Bezug auf die allgemeine Infektionslage auch beispielsweise eine allgemeine Impfpflicht ab 50 oder ab 40 Jahren ausgereicht? – Vielen herzlichen Dank.

Erste Antwortrunde der ExpertInnen

ao. Univ.-Prof. Dr. Michael Geistlinger: Ich bin ja eigentlich so gut wie gar nicht angesprochen worden und werde es mir daher vorbehalten, die mir zur Verfügung stehende Zeit dann später zu verwenden. Ich möchte nur auf jene Fragen eingehen, die die Verfassungsrechtler allgemein angesprochen haben, also von Frau Abgeordneter Meini-Reisinger die Alternative 2G am Arbeitsplatz, Versäumnisse in der Vergangenheit – heute relevant für Verfassungskonformität –, Impfpflicht ab 40, 50. Bei der Ersatzfreiheitsstrafe hat sie eigentlich ihren Verfassungsrechtler angesehen, daher fühle ich mich auch nicht angesprochen.

Alternative 2G am Arbeitsplatz: Dazu muss ich sagen, dass ich versucht habe, Ihnen zu erläutern, dass der wirkliche Kern hinsichtlich der Verfassungswidrigkeit in der Frage Freiwilligkeit und Impfpflicht besteht. Das bedeutet daher automatisch: Oktroyiert man wem auch immer eine Impfpflicht auf, überschreitet man diese Grenze.

Ich habe auch versucht, Ihnen zu erläutern, und glaube nach wie vor, trotz der zwei Gegenmeinungen, die zu hören waren, aus der Warte des Verfassungsrechts, dass die Kriterien des Vavříčka-Urteils nicht erfüllt sind. Deshalb erübrigen sich beide Fragen. Sie schaffen in Bezug auf 2G eine Diskriminierung, die für sich gesehen schon eine Verfassungswidrigkeit bedeutet, Sie schaffen eine ganze Palette weiterer Verletzungen, und das Gleiche gilt, wenn Sie die Impfpflicht ab 40 oder 50 einführen.

Die Versäumnisse in der Vergangenheit sind heute sehr wohl relevant, und zwar für die Frage des dringenden gesellschaftlichen Bedürfnisses. Wenn Sie sich ein Verfahren vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte vorstellen, und zwar zunächst über den Verfassungsgerichtshof, der sich eigentlich das Gleiche schon zurechtlegen muss, aber dann endgültig beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte als Worst Case, dann wird dieser die Republik Österreich fragen, wie es denn mit der Frage der Gesundheitsinfrastruktur, mit der Frage des Pflegepersonals, des medizinischen Personals aussieht, was seit Anfang der Pandemie, die 2019 begann, im Hinblick auf Crashkurse, auf zusätzliche Lehrgänge für Pflegerinnen und Pfleger unternommen worden ist. Was ist für die Ausbildung von Medizinern zu Intensivmedizinern, was ist im Hinblick auf die Ausdehnung der Kapazitäten an medizinischen Fakultäten mit einer Bindungswirkung, sodass die betreffenden ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte dann auch in Österreich ihre Anstellung finden, unternommen worden? – All das wird Eingang finden, wenn Sie sich ansehen, wie der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte das in Bezug auf die Tschechische Republik geprüft hat.

Daher ist es sehr wohl etwas, das das dringende gesellschaftliche Bedürfnis und damit die Voraussetzung für die Verfassungs- und EMRK-Konformität der Einführung der Impfpflicht betrifft.

Univ.-Prof. Dr. Konrad Lachmayer: Vielen Dank für die Fragen. Ich darf versuchen, sie kurz anzusprechen; es waren doch einige.

Das erste Thema ist das Thema Verordnung und Determinierung. Ich habe es schon kurz erwähnt: Ich halte das für ganz, ganz entscheidend, dass jetzt durch diese Verlagerung auf die Verordnungen auf Basis hinreichend bestimmter Gesetze agiert wird. Ich kann jetzt nicht jede einzelne Bestimmung analysieren, ich glaube, es sind bis zu zehn Verordnungsermächtigungen, die sich jetzt im Gesetz finden.

Ausgangssituation ist die, dass es verfassungsrechtlich gemäß Art. 18 Abs. 2 für eine Durchführungsverordnung keiner expliziten gesetzlichen Grundlage bedarf. Art. 18 Abs. 1, das Legalitätsprinzip, sieht aber vor, dass diese hinreichende Bestimmtheit gewährleistet sein muss. Gerade darauf legt auch die Judikatur des Verfassungsgerichtshofs Wert. Das ist jetzt in diesen Bestimmungen hier eingefügt worden. Es gibt in jeder dieser Bestimmungen also zusätzliche Verankerungen. Zusätzlich muss auch bei der Determinierung im systematischen Kontext das gesamte Gesetz herangezogen werden, und schließlich spielt da auch das Verfahren eine besondere Rolle, wie ich schon erwähnt habe.

Das Thema Ersatzfreiheitsstrafe: Die Verfassung sieht kompetenzrechtlich vor, dass wir grundsätzlich ein einheitliches Verfahrensrecht gemäß Art. 11 Abs. 2 B-VG haben, aber dass unter erhöhten Rechtfertigungsbedingungen davon abgewichen werden kann. Diese finden sich – das ist einmal generell zu sagen – grundsätzlich in ganz vielen Gesetzen. Das heißt, verfahrensrechtliche Sonderbestimmungen, die da zum Tragen kommen, sind keine Besonderheit, sondern ich möchte fast sagen, es ist beinahe der Regelfall, dass in Materiengesetzen von verfahrensrechtlichen Bestimmungen abgewichen wird.

Das Thema Ersatzfreiheitsstrafe kommt da zum Beispiel eben als eine verfahrensrechtliche Besonderheit zum Tragen, nämlich dass diese nicht vorgesehen ist. Das lässt sich hier letztlich auch sehr einfach begründen, da es natürlich aus der grundrechtlichen Sicht viel weniger eingreifend ist, wenn keine Ersatzfreiheitsstrafe zulässig ist, als wenn eine solche vorgesehen wäre.

Das Thema 2G am Arbeitsplatz wurde jetzt schon kurz angesprochen. Ich darf dazu vielleicht noch vertiefend ausführen, dass es da um eine ganz andere Grundrechtssituation geht. Das Thema steht jetzt nicht zur Debatte, aber es würde auch einen sehr, sehr starken und erheblichen Grundrechtseingriff bedeuten. Grundrechte sind miteinander nicht abzuwägen, sondern es ist im jeweiligen Grundrecht die Intensität des Eingriffs zu überprüfen, aber es ist natürlich schon sichtbar, dass sozusagen die gesamtgesellschaftliche Auswirkung von 2G am Arbeitsplatz noch sehr deutlich über die Dimension des bestehenden Impfpflichtgesetzes hinausgehen würde.

Wir hatten dann noch das Thema Versäumnisse der Vergangenheit. Dazu möchte ich eigentlich nicht viel sagen, außer dass es einer gesonderten Beurteilung bedarf, was man nicht alles hätte besser machen können. Jedenfalls stellt sich die Frage aus der Perspektive der Schutzpflichten des Staates, ob da nicht mehr Maßnahmen hätten ergriffen werden müssen.

Abschließend noch das Thema Bevölkerungsgruppen, Herausnahme Kinder und Jugendliche einerseits, Impfpflicht erst ab 50, 60 Jahren andererseits: Die Herausnahme der Kinder und Jugendlichen ist da sicher ein Schritt in Richtung Verhältnismäßigkeit. Wäre es dann nicht – und das ist die Frage, die hier im Raum steht –, wenn eine Impfpflicht erst ab 50 oder 60 bestünde, noch verhältnismäßiger? – Da zeigt sich, dass das eigentlich ein anderes Konzept wäre, das verfolgt werden würde. Eine Impfpflicht ab 50, 60 würde zuallererst den Schutz von Risikogruppen in den Vordergrund stellen. Was jetzt mit der Impfpflicht verfolgt wird, ist ein Konzept der Impfung der Gesamtbevölkerung. Das hat – das kann ich dann vielleicht thematisch weiterreichen – epidemiologisch natürlich ganz andere Konsequenzen, ob man versucht, nur eine bestimmte Gruppe zu impfen, oder ob man versucht, die gesamte Bevölkerung zu impfen. Wichtig ist, es geht immer um das Ziel, die Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern, und darum, auf welche Weise man dieses Ziel am besten erreichen kann. – Vielen Dank.

Dr. Susanne Rabady: Zu den ersten beiden Fragen, die ich gerne ein bisschen zusammenfassen möchte: Die erste klare Antwort: Ja, die vollständige Impfung – das heißt, drei Teilimpfungen – ist geeignet, schwere Verläufe zu verhindern. Die Prozentangaben in der rezenten Literatur schwanken ein bisschen zwischen 75 Prozent und 90 Prozent – „überraschenderweise“ ist es nicht hundertprozentig, ich kenne nichts in der Medizin, was zu 100 Prozent funktioniert, aber es ist ein wirklich sehr, sehr hohes Maß. Natürlich wird es so sein, und das ist schon ein Vorgriff, dass dann, wenn 99 Prozent aller Menschen geimpft sind, alle Infektionen in Form von Impfdurchbrüchen bei Geimpften erfolgen werden, das ist relativ logisch.

Das ist gleich ein Teil meiner Antwort auf Ihre Frage, wie wir, die wir in der Praxis stehen und mit den Menschen Kontakt haben, die Zeit nützen: Genau so, indem wir seit zwei Jahren reden, erklären, anhören, zuhören, Ängste hören, versuchen, herauszufinden, wo diese herkommen, und mit Fakten darauf zu antworten. Wir haben ja das Riesenproblem, dass die Leute in einem hohen Maße durch Halbwahrheiten und ganze Falschheiten ohne Ende verunsichert sind. Sie holen sich zum Teil leider in wirklich ungeeigneten Medien ihre Informationen und kommen dann mit einer sehr hohen Verunsicherung und einer Angst in die Ordination, die mich wirklich zum Teil schmerzt.

Es schmerzt mich, wenn Menschen sozusagen mit Recht Angst haben, aber es schmerzt mich noch mehr, wenn Menschen völlig unnötig Angst haben – Angst, die sie nicht zu haben bräuchten. Entängstigung ist also das, was wir tun.

Das ist vielleicht auch mein Hinweis: Die Eins-zu-eins-Kommunikation funktioniert immer besser als die an ein Kollektiv, weil jeder das hört, was ihm bekannt ist. Das muss man wissen, wenn man informiert.

Wie monitoren wir die Notwendigkeit der Impfung? – Ich denke, dass sich da inzwischen sehr viel Expertise angesammelt hat, sehr schnell auf Veränderungen zu reagieren. Wir haben gelernt, mit einer sehr schnellen Forschung, mit noch vor Peerreview erscheinenden Arbeiten, mit Rolling Reviews et cetera sehr gut umzugehen. Wir sind inzwischen auch innerhalb der Expertengemeinde in sehr vielen verschiedenen Fächern und Gebieten wirklich exzellent vernetzt. An und für sich geht die Kompetenzbildung wirklich sehr schnell, das ist eine der ganzen großen Errungenschaften dieser Pandemie.

Eine Frage war: Was droht bei Nichterreichen der Durchimpfung? – Die Durchimmunisierung wird stattfinden, so einfach ist es. Es liegt aber an uns, wie belastend dieses Erreichen der Immunisierung für das gesamte Gesellschaftssystem werden wird. Es liegt an uns, wie weit wir die Durchimmunisierung durch die Impfung erreichen können. Das liegt auch daran, inwieweit wir den Menschen entsprechend Sicherheit geben können.

Diese Sicherheit ist gut begründbar – und das ist auch wieder ein kleiner Vorgriff auf Ihre Frage –, ich habe mir das mit den Zahlen des Basg ausgerechnet: Es gibt umgerechnet auf eine Million Impfungen 106 Hospitalisierungen in zeitlichem Zusammenhang mit der Impfung – wohlgemerkt: in zeitlichem Zusammenhang! –, anders kann man das nicht erfassen. Ich habe mir die Hospitalisierungen herausgesucht, weil das der zuverlässigste Parameter ist, denn das ist einigermaßen objektivierbar. Wir haben per einer Million Erkrankter mit – und da ist jetzt die Abmilderung durch Omikron eingerechnet – 60 000 Hospitalisierungen zu rechnen; also 106 durch die Impfung, 60 000 bei Virusnaiven durch die Infektion. Es gibt nur die Wahl zwischen Impfung und Infektion, es gibt keine Wahl zwischen Impfung und keine Impfung. Das wird einfach passieren.

Ich hoffe, dass ich jetzt nichts übersehe, Sie können ja wahrscheinlich noch nachfragen, falls doch.

Wie bereiten wir uns für den Herbst vor? Was ist zu tun? – Wir müssen asap Zweitgeimpfte und Genesene drittimpfen. Wir müssen diese Quote in die Höhe bringen, denn das wird uns helfen, das Plateau, das wir auf jeden Fall erreichen werden, so zu erreichen, dass wenig Belastung oder relativ wenig Belastung für das Gesundheitssystem und das Sozialsystem entsteht. Wir müssen uns dann auf den Herbst vorbereiten, indem wir alle Personen mit

Teilschutz – Infektion, Teilimpfung, Risikopersonen mit bis dahin schon abgelaufenem Booster – komplett schützen. Wir können mit diesem multiplen Ansatz die Umwandlung in eine Endemie schaffen, da sind sich die meisten Experten einig, immer mit einem Vorbehalt – diese Pandemie ist gekennzeichnet von Überraschungen –, da wir nicht wissen, was uns passiert. Risikomanagement heißt, wir müssen mit dem hantieren, was wir jetzt wissen und was wir extrapolieren können. Wenn es anders kommt, werden wir uns darauf einstellen.

Wenn ich etwas ausgelassen habe, bitte ich, zu fragen, aber Prof. Sebesta kommt ja noch. – Danke.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak verweist darauf, dass noch zwei Fragen, die von Abgeordnetem Wurm speziell an Frau Dr. Rabady gerichtet worden seien, aus der ersten Fragerunde offen seien, und zwar jene betreffend Kapazitäten des Gesundheitssystems, dahin gehend, was da in den letzten zwei Jahren in Kombination mit dem Mittelzufluss passiert sei, und jene zur reduzierten Gesamtleistung im Jahr 2020, die sich auf den Rechnungshofbericht bezieht.

Dr. Susanne Rabady: Ich fürchte, für diese Fragen bin ich die falsche Sorte Expertin. Ich kann für die niedergelassene Versorgung sprechen: Da ist sicher noch Luft nach oben, das wissen wir alle, es ist aber schwierig, an allen Schrauben gleichzeitig zu drehen. Was wir in diesen zwei Jahren gerade im niedergelassenen Bereich gelernt haben, ist, was wir können und was wir dafür tun müssen, dass wir das optimal tun können.

Wir haben gesehen, dass die Primärversorgung als Versorgungsebene sehr, sehr gut funktioniert und dass dieses Gesundheitssystem auf diese Ebene nicht verzichten kann. Wir haben in unserem Bereich durchaus auch Dinge erkannt, die wir noch besser lernen müssen. Das kann ich Ihnen kompetent sagen. Ich würde Sie aber bitten, mich nicht auf Vermutungen festzunageln.

Prof. Dr. Christian Sebesta: Ich darf ein bisschen sozusagen das Vermischte, was mir in Erinnerung geblieben ist, kurz kommentieren, aber ich mache es wirklich ganz kurz. Ich glaube, Sie werden uns allen glauben, nämlich uns Ärzten, die wir hier sind – und wahrscheinlich gilt das für die Juristen genau im selben Umfang –, dass die Freiwilligkeit, die ja bei uns in Österreich in unserer gewachsenen demokratischen Kultur ein so hohes Gut ist, auch uns sehr wertvoll und sehr wichtig ist.

Wie können wir jetzt diese Durchimpfungsrate, die ich vorhin in meinem Vortrag gezeigt habe, erreichen, damit die Gesamtbevölkerung – die Gesamtbevölkerung sozusagen als Organismus, wenn man so will – ausreichend immunisiert ist? Diese Rate mit über 90 Prozent führt dazu, dass das Virus bestenfalls noch irgendwo endemisch sein kann, wo es größere Zahlen von ungeimpften Menschen gibt, aber sich nicht mehr epidemisch ausbreiten kann, also blitzartig über die gesamte Nation rollen kann, wie es jetzt blitzartig in mehreren Wellen – mehrfach! – über die ganze Welt gerollt ist. Es gab Nationen, wie Israel, die skandinavischen Länder und viele andere, die eine Zeit lang gut dagestanden sind – man hat auf deren Maßnahmen geschaut, versucht, das, was dort gemacht wurde, auch nachzumachen –, aber es hat auf Dauer nicht gehalten. Das liegt daran, dass die Impfraten ganz einfach zu niedrig waren oder durch alle Maßnahmen, die gesetzt wurden, nicht hoch genug geworden sind. Es gibt Nationen, wie Sie auch gesehen haben, die das mit irgendwelchen Anreizen oder anderen Maßnahmen, die mir nicht näher bekannt sind, geschafft haben.

Ich spreche hier definitiv nicht als Gesundheitspolitiker, der ich nicht bin, sondern ich bin ein einfacher Arzt, der einer Spitalsabteilung vorsteht. In dieser Spitalsabteilung, das kann ich Ihnen sagen, sind im Laufe der Zeit Tausende von Covid-Patienten im Intensivbereich, im Normalbereich betreut worden. Wir haben eine riesige Umwälzung gehabt und wir haben unglaubliche Kollateralmaßnahmen ergreifen müssen, nämlich indem wir versucht haben, unsere anderen Patienten zu einem Zeitpunkt, als wir noch gar nichts hatten, gar keine Impfung anbieten konnten, vor der Infektion zu schützen. Wir haben die Onkologie weiter betrieben, wir haben versucht – nicht meine Abteilung, aber die Abteilungen meines Hauses –, die Herzchirurgie aufrechtzuerhalten. Wir haben es verstanden, alle heiklen Bereiche, wo es

wirklich um Leben und Tod geht, derartig gut zu schützen, dass nirgendwo ein Cluster aufgebrochen ist. Jedenfalls gilt das für jene Häuser, die ich gut überblicke.

Ganz klar haben wir es mit der Hebung der Impfrate – ich nenne da immer so ein kleines Beispiel von meiner Onkologie – geschafft, dass unsere Patienten gesund geblieben sind, also in Bezug auf Covid gesund. Was die Onkologie betrifft, haben wir Hunderte, Tausende Chemotherapien im tagesklinischen Bereich, im stationären Bereich durchgeführt und dabei keinen einzigen Patienten, keine Patientin angesteckt, weil wir aufgeklärt und die Patienten motiviert haben. Wir haben sogar eine eigene Impfstraße im Austria-Center bekommen.

Die Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum des letzten Dreivierteljahres bei uns ständig Chemotherapien bekommen haben, haben sich nicht infiziert. Sie sind alle geimpft, sie sitzen teilweise eng an eng. Es ist ganz wichtig, Chemotherapien im üblichen Schema weiterzuführen, weil der Patient, wenn man es nicht tut, an seiner Grunderkrankung verstirbt. Da muss er sich nicht mehr vor Covid fürchten. – Das nur nebenbei.

Eine andere Sache, die ich Ihnen schnell sagen wollte: Sie haben mir auch ein paar Zahlen gesagt, die ich gerne mit Ihnen zu diskutieren bereit bin – sehr gern, wirklich, ich sehe das ganz unvoreingenommen. Jede Zahl ist nur so gut wie ihre Interpretation, würde ich einmal sagen. In der Zwischenzeit habe ich aber kurz recherchiert, was man auch sagen kann. Natürlich ist es so: Sie können Zahlen finden, die besser zu Ihrer Argumentation passen, ich suche mir die heraus, die zu meiner passen. So subjektiv, glaube ich, darf man auch in der Wissenschaft ein bisschen sein.

Ich sehe hier: Anaphylaxie nach der Impfung: fünf pro Million – eine Million Geimpfte, fünf anaphylaktische Reaktionen; die sterben natürlich nicht alle. Thrombopenie, Thrombose: Das meistdiskutierte Thema betreffend Impfnebenwirkung, speziell im Zusammenhang mit - - Ich nenne keine Firmennamen, aber Sie wissen, was gemeint ist; im Frühjahr vergangenen Jahres. Davor muss man sich wirklich fürchten. Eine Thrombose, die den Hirnsinus betrifft, also die Sinusvenenthrombose, ist eine akut lebensbedrohliche Erkrankung; eine Thrombose, die in drei Etagen im Unterschenkel bis ins Becken reicht, kann eine Embolie verursachen, ist ein akut lebensbedrohliches Szenario. Das ist wirklich ernst zu nehmen, aber wir haben Daten, die zeigen, dass es bei Johnson & Johnson – jetzt nenne ich doch eine Firma, entschuldigen Sie – einen pro 250 000 Geimpften betrifft; bei Johnson & Johnson und beim anderen bereits genannten, bei Astra Zeneca – ich glaube, man kann es ansprechen –, ist es in dieser Größenordnung. Bei den RNA-Impfstoffen ist es ein Fünftel dieser Zahl. Also es kommt nicht sehr häufig vor. Wenn es vorkommt, kann es zu einer Tragödie führen.

Myokarditis: Die FDA, die Food and Drug Administration in den USA, hat ein Register für die Myokarditiden junger Männer. Junge Männer sind im Risikokollektiv für Myokarditis nach Impfung; im Übrigen auch nach Erkrankung und dort natürlich in einer höheren Inzidenz. Nach den Impfungen gibt es bei in Amerika zu diesem Zeitpunkt 160 Millionen Geimpften in der Datenbank 1 175 junge Männer mit einer Myokarditis. Dass es eine Datenbank ist, bedeutet auch, dass die Verstorbenen da nicht drinnen sind; das kann schon noch ein Gap sein, aber er wird nicht groß sein. Es ist also nicht wirklich eine relevante Zahl.

Ich habe noch zwei Zahlen, dann bin ich mit der Beantwortung Ihrer Fragen fertig und wir diskutieren vielleicht nachher alles persönlich aus. Tod nahe der Impfung über alle Impfstoffe, die es weltweit gibt – ausgenommen Sputnik und Sinovac, die sind in den Statistiken nicht drinnen, aber alle anderen, die es gibt –, Tod nahe der Impfung, also innerhalb von 14 Tagen nach der Impfung: 0,0022 Prozent. Das ist wirklich, wie ich es Ihnen gesagt habe, nicht eine fromme Lüge, um sozusagen die Impfbereitschaft zu heben, die ich in diesem Kollektiv wahrscheinlich nicht heben muss – ich nehme an, Sie alle sind geimpft –, sondern das ist tatsächlich eine Zahl, die von Centers for Disease Control so herausgegeben wird, nämlich ganz offiziell.

Dann gibt es noch eine ganz aktuelle Statistik; das ist eine Schweizer Arbeit, die ich nicht kannte, die mir soeben ein Mitarbeiter geschickt hat. In der Schweiz wurde am 1. Jänner eine groß angelegte Studie publiziert, die zeigt – wenn man es einmal plakativ sagt –: Geboosterte sterben nicht mehr an Covid; das ist sozusagen auch die Unterüberschrift dieser Studie. Ich

könnte Ihnen das jetzt in Zahlen zeigen: Die Geboosterten überleben das alle, die einmal Geimpften haben etwas schlechtere Karten, und die Ungeimpften sind natürlich die Kohorte, die auch an der aus unserer Sicht wahrscheinlich harmloseren Omikronvariante versterben kann.

Sie haben mich jetzt auch gefragt, warum Omikron zu einer geringeren Letalitätsrate geführt hat als Delta: Nun, da sind natürlich die Impfungen ursächlich mitbeteiligt, weil große Zahlen von Menschen in allen europäischen Ländern ja bereits geimpft worden sind, auch in Asien, auch in den Vereinigten Staaten, in Südamerika. Da gibt es viele Nationen, in denen die Impfrate höher ist als in Österreich.

Zu Österreich ist noch etwas Interessantes zu bemerken, denn wir sind ja bei einer Gesamtimpfquote von 74 Prozent, wie Sie alle wissen. Da ist es aber so, dass 72 Prozent der Österreicher, die geimpft sind, dreimal geimpft sind. Das heißt, der Österreicher oder die Österreicherin, der/die impfwillig ist, geht dreimal impfen, so wie das von den Behörden und von den entsprechenden kontrollierenden Instanzen vorgeschlagen wird. Das funktioniert. Die Unschlüssigen, die, die sich nicht impfen lassen, werden das Problem im nächsten Winter sein, wenn wir es nicht schaffen, die Impfquote zu erhöhen.

Noch einmal: Ich bin kein Politiker, das ist gar nicht meine Angelegenheit; der Herr Minister sitzt dort drüben, er wird das machen. Es ist aber ganz sicher so, dass wir die Impfquote bis in den Oktober auf deutlich über 85 Prozent steigern müssen, um eine gewisse Schutzwirkung für den nächsten Winter zu haben. Ob das mit Anreizsystemen geht oder mit Aufklärung oder mit Kampagnen, das entzieht sich ganz meinem Einfluss. Ich bin froh, dass ich damit nichts zu tun haben muss, aber ich sage Ihnen, dass es so ist. Wenn wir das nicht erreichen, wird der nächste Winter katastrophal.

Jetzt ist es so, dass wir in den Spitälern alles nur mehr mit Hängen und Würgen schaffen – nicht weil die Zahlen so hoch sind, sondern weil die Maßnahmen so umfangreich sind. Alle drei bis vier Wochen stellen wir meine Abteilung auf Covid und dann wieder auf Nicht-Covid um, je nachdem wie der Zahlenverlauf ist. All diese Unwägbarkeiten wären ja weg, wenn wir eine hohe Impfquote hätten. Damit müssten wir ja gar nicht mehr kämpfen. Das bedeutet im Umkehrschluss natürlich und selbstverständlich, dass andere Menschen zu kurz kommen, was die medizinische Versorgung betrifft. Wir müssen ja Operationen von Patienten auf den Wartelisten verschieben und so weiter und so weiter – Sie lesen das alles ständig in der Zeitung –; das ist nicht angenehm. Wenn wir nicht so ausgedehnte Kooperationen mit anderen Spitalerhaltern gemacht hätten, dann wären vermutlich tatsächlich Menschen zu Schaden gekommen. So wie es jetzt ist, haben wir das gerade noch geschafft, aber schlimmer werden darf es nicht mehr.

Wenn man jetzt davon ausgeht, dass Omikron vielleicht die ansteckendere Variante ist, aber die weniger letale, dann kann man, wenn man Optimist ist, sagen: Na gut, vielleicht mutiert das Virus immer in eine ansteckendere, dafür aber weniger gefährliche Variante! Das wäre aus der Sicht des Virus nicht unlogisch. Das Virus will seinen Wirt ja nicht töten, das Virus will sich verbreiten; ich glaube, das ist allgemein bekannt. Das kann sein, aber das ist eine optimistische Annahme. Niemand weiß, ob es so ist. Es kann durch eine Mutation natürlich auch wieder ein wesentlich aggressiveres Virus auf die Welt kommen, im wahrsten Sinn des Wortes, und dem gilt es also wirklich von vornherein zu begegnen – mit der Impfung, die auch den Selektionsdruck des Virus zurücknimmt.

Univ.-Prof. Dr. Christiane Wendehorst, LL.M.: Ganz herzlichen Dank für die Fragen. Ich werde versuchen, in der gebotenen Kürze auf die mich betreffenden Fragen einzugehen.

Zunächst einmal: Was sind zentrale Fehler in der Vergangenheit? – Ich glaube, im Nachhinein ist man immer schlauer. Was in meinen Augen ein ganz zentraler Fehler war, ist, dass man auf den Herbst 2021 nicht hinreichend vorbereitet war. Man dachte, die Pandemie sei zu Ende – war sie aber nicht, sie kam zurück.

Sie haben mich gefragt, was man jetzt aus der Vergangenheit lernen kann, um die Fehler nicht zu wiederholen. – Nun: es genau im Jahr 2022 besser machen, rechtzeitig, nämlich im Jänner,

anfangen, sich auf den Herbst vorzubereiten. Das ist, glaube ich, der Grund, weshalb wir heute alle hier sitzen.

Was die anderen Länder anbelangt, die so viel besser dastünden: Ich weiß gar nicht, ob das stimmt. Ich habe das ja immer sehr genau beobachtet. Die Musterknaben wurden plötzlich zu Problemkindern und die Problemkinder wurden plötzlich zu Musterknaben; das waren diese Wellenbewegungen. Ich glaube, das muss man sehr differenziert betrachten, und ich glaube, das kann man wirklich nicht so pauschal sagen, dass Österreich da in irgendeiner Form ein größeres Problem hätte.

Es ist angesprochen worden: Wie soll das Monitoring funktionieren? Können wir auf positive Anreize verzichten? – Nein, absolut nicht; ich habe das, glaube ich, auch geschildert. So ist ja auch dieses Impfpflichtgesetz gestrickt: mit diesen Phasen, mit denen wir uns eben erst stufenweise sozusagen dem, was wir immer so als Impfpflicht und als Durchsetzung, automationsunterstützte Durchsetzung, in der Diskussion hatten, annähern und hoffentlich nie in diese letzte Phase kommen. Das erreichen wir nur dadurch, indem wir jetzt – eben mit Aufklärung, mit Service und so weiter – weiter auf die Menschen zugehen.

Es ist gefragt worden, woran wir die Verfassungsmäßigkeit geprüft haben. Gibt es da messbare Ziele? Wann wäre das Gesetz nicht mehr verfassungskonform? – Ich glaube, dass das eigentlich, zumindest in Beispielen, ganz schön in § 19 Abs. 2 des Entwurfes beschrieben ist. Dort sind einige Fälle aufgezählt, in denen man die Impfpflicht vorübergehend auch aussetzen müsste: „Im Fall der Nicht-Verfügbarkeit von Impfstoffen“ – man muss dazusagen: geeigneten Impfstoffen – „, einer wesentlichen Änderung des Standes der Wissenschaft hinsichtlich der Wirksamkeit der Impfstoffe, der sonstigen Eignung der Impfpflicht zur Verhinderung einer Überlastung der medizinischen Versorgung“, wenn zum Beispiel das Virus so – unter Anführungszeichen – „harmlos“ werden würde, dass es nicht mehr zu einer Überlastung käme, „bei Auftreten neuer Virusvarianten oder einer durch die Eigenschaften des Virus bedingten Veränderung des infektionsepidemiologischen Geschehens, oder der Erforderlichkeit der Impfpflicht“, da kann man zum Beispiel an das plötzliche Aufkommen eines neuen Medikaments, was sehr, sehr viele Probleme löst, denken.

Damit komme ich auch gleich zur nächsten Frage, nämlich jener hinsichtlich der Mechanismen der Flexibilität: Die finden wir an allen Ecken und Enden in diesem Gesetz eingebaut, und ich kann das jetzt gar nicht abschließend, sozusagen in der Kürze beschreiben. Wir haben hier zum Beispiel in § 3 Abs. 8 stehen: „Im Fall einer Änderung der Rechtslage hinsichtlich der Zulassung von Impfstoffen oder einer Änderung des Standes der Wissenschaft, insbesondere hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit einer Weiterverbreitung“ und so weiter, müssen die Parameter angepasst werden.

Wir haben § 4 Abs. 3 und Abs. 4, dass ohnehin die Impfintervalle, die Zeiträume, die verfügbaren Impfstoffe und so weiter und so fort – was eine Infektion bewirkt, wie sie sich auf die Intervalle auswirkt – festzulegen sind und dies natürlich immer an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen ist.

Wir haben dann – ganz wichtig – in § 9, ich habe das schon erwähnt, diesen Impfstichtag, der kein Automatismus ist, sondern der aktiv durch eine Verordnung der Bundesregierung im Einvernehmen mit dem Hauptausschuss ausgelöst werden muss. Da steht noch einmal ganz klar: nur im Falle der Erforderlichkeit.

Dann haben wir natürlich zentral diesen § 19, den ich schon in seinem Abs. 2 erwähnt habe, aber er hat eben auch noch einen Abs. 1, der noch einmal genau dieses Monitoring beschreibt, das da laufend diesem Gesetz sozusagen zur Seite gestellt ist und das laufend dieses Gesetz und die epidemiologische Lage bewerten soll.

Die Änderungen im Vergleich zum Begutachtungsentwurf sind mannigfaltig. Ich glaube, in den Medien ist am meisten darauf hingewiesen worden, dass jetzt die 14- bis 18-Jährigen nicht mehr erfasst sind. Es sind aber zahlreiche weitere Änderungen erfolgt, zum Beispiel was die Formulierung der Ausnahmetatbestände anbelangt, was die Art und Weise des Nachweises

von Ausnahmetatbeständen anbelangt, was all diese Flexibilisierungsmechanismen anbelangt und so weiter und so fort. Es gab also viele, viele Änderungen.

Hinsichtlich der Datenschutzbestimmung sei auch noch einmal ganz, ganz klar ausgedrückt: Wir haben hier sehr, sehr ausgereifte, sehr umfangreiche Datenschutzbestimmungen, die auch insbesondere die Datenqualität adressieren. Das hat sich alles geändert.

Vielleicht abschließend noch zu ein paar Fragen: Wirkt sich die Nichterfassung der 14- bis 18-Jährigen irgendwie auf die Bewertung der Verfassungsmäßigkeit aus? – Ja, natürlich. Auf der einen Seite war es natürlich ein besonders heikler Eingriff, auch deswegen, weil da ja teilweise eben die dritte Boosterimpfung noch nicht zugelassen ist. Das heißt, das hat sicherlich einige Probleme gelöst, die sich sonst gestellt hätten.

Auf der anderen Seite muss man auch sagen, und das auch gleich zur Frage, ob man hier nicht nur eine Generation ab 50 hätte erfassen sollen: Es sind natürlich auch die jungen Leute, die in ganz besonderem Maße sozial aktiv sind, die da ganz wesentlich zum Infektionsgeschehen beitragen. Das hat auch Herr Prof. Lachmayer schon erläutert. Eine Impfpflicht nur für eine Generation 50 plus wäre ein ganz anderes Konzept. Das ist nicht das Konzept, um wirklich eine nachhaltige Immunisierung der gesamten Bevölkerung zu erreichen, und das ist, wenn man auch hier den Expertinnen und Experten glauben will, doch etwas, was wir unbedingt erreichen sollten, um gut in den nächsten Herbst zu kommen. – Vielen Dank.

Zweite Fragerunde der Abgeordneten

Abgeordneter Mag. Gerald Loacker (NEOS): Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Bundesminister! Geschätzte Expertinnen und Experten! Danke dafür, dass Sie sich dem Parlament zur Verfügung stellen. Das ist nicht selbstverständlich und kann nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Dieses Gesetz ist ja nur tragfähig, wenn man davon ausgeht, dass eine Impfpflicht einmal grundsätzlich dazu geeignet ist, die Überlastung des Gesundheitswesens zu verhindern. Sobald man zum Schluss kommt, dass das nicht der Fall wäre, würde das Gesetz auch nicht halten. Ich frage die Juristen, ob ich das richtig erfasst habe und bitte andernfalls um Korrektur.

§ 19 sieht vor, dass dem Parlament alle drei Monate ein Monitoringbericht vorgelegt wird. Drei Monate wonach? – Drei Monate nach Inkrafttreten? Drei Monate nach Erinnerungstichtag? Drei Monate nach Impfstichtag? Und: Was ist, wenn dieser Bericht nicht vorgelegt wird? Sie haben ja als Experten keine Vorstellung davon, wie dieses Ministerium arbeitet. Da ist hochwahrscheinlich, dass diese Kommission nicht zusammentritt und wir diesen Bericht über ein halbes Jahr nicht sehen werden.

Zur Überlastung des Gesundheitswesens: Wie messen Sie denn, ob die Überlastung des Gesundheitswesens droht und verhindert worden ist? Die Schweiz, unser Nachbar, hat einen ähnlichen Pandemieverlauf wie wir in Österreich, dort gab es wesentlich weniger bis – je nach Kanton – keine Lockdownstage, dort haben die Frisöre immer offen gehabt, dort hat die Gastro offen gehabt, es gibt keine Impfpflicht, und Österreich hat 60 Prozent mehr Spitalsbetten als die Schweiz. – Wie muss also eine Pandemie verlaufen, dass Sie sagen, es droht in Österreich die Überlastung des Gesundheitswesens in der Form, dass eine Impfpflicht erforderlich ist?

Wenn Sie jetzt eine Impfpflicht vorschlagen, und manche von Ihnen auch ausgearbeitet haben, die den Herbst erfassen soll, dann werden ja mehrere Annahmen zugrunde gelegt: nämlich erstens, dass neue Varianten des Virus kommen, die aggressiver sind als Omikron, denn durch Omikron kommen wir ja ohne die Impfpflicht durch, dann dass die Durchseuchung, von der Sektionschefin Katharina Reich gesprochen hat, keine relevante Auswirkung auf die Immunantwort der Bevölkerung hat – und Frau Dr. Rabady hat schon gesagt: Immunität ist nicht binär, irgendetwas bleibt übrig, wenn Omikron durchrauscht und zu der von der Sektionschefin erwähnten Durchseuchung führt –, und Sie gehen davon aus, dass die verfügbaren Impfstoffe auch wirken. Das sind mehrere Annahmen, die da zusammenkommen.

Dass alle Annahmen eintreffen, hat eine Wahrscheinlichkeit von unter 50 Prozent, und so stellt sich die Frage, ob die Verhältnismäßigkeit des Gesetzes gegeben ist.

Dieses Gesetz hat 20 Paragraphen und darin sind sieben Verordnungsermächtigungen enthalten. Was passiert, wenn der Minister einzelne Verordnungen nicht erlässt? Was passiert dann? Welche Handhabe hat das Parlament, den Minister dazu zu bringen, eine Verordnung zu erlassen, die er nicht erlassen will? Wissen Sie, das ist schon vorgekommen. Nach dem COVID-19-Maßnahmengesetz müsste der Minister eine Verordnung zu den Antikörpertests erlassen. Die hat er aber seit über einem Jahr nicht erlassen.

An Frau Prof. Wendehorst habe ich ein paar besondere Fragen. Sie haben nämlich auf diese Verordnungsermächtigung hingewiesen und haben gesagt, es geht darum, ob die Impfpflicht verhältnismäßig ist, welche Impfstoffe vorgeschrieben und zugelassen sind und welches Intervall vorgeschrieben wird, und diese wesentliche Fragen sind alle in der Verordnungsermächtigung erhalten. – Alles Relevante liegt beim Bundesminister oder bei der Regierung und nicht mehr beim Parlament! Das Gesetz, das wir hier beschließen, ist eigentlich nur eine Hülle.

Dann haben Sie darauf hingewiesen, wie toll das sei, dass diese Verordnungen in den Hauptausschuss kämen. Leider können Sie im Hauptausschuss, der leider nicht öffentlich ist, nicht dabei sein, sonst würden Sie sehen, dass dieses Gremium im Wesentlichen für die Katz ist.

Die ÖVP-Abgeordneten melden sich in der Regel gar nicht zu Wort. Wenn Sie als Oppositionsabgeordneter Fragen stellen, bekommen Sie die in der Regel nicht beantwortet, und die Mehrheit winkt den Vorschlag des Ministers durch. Also am Unilehrstuhl ist der Hauptausschuss sicher etwas Wichtiges, in der gelebten Praxis ist er leider sehr oft zum Krenreiben.

Sie haben auch gesagt, Frau Professor, vertretbar sei die Impfpflicht bei hoher Effektivität und konsequenter Durchsetzung. Sie haben heute auf Ö1 gesagt, die dritte Phase wird in der Bürokratie eher problematisch. Das Land Steiermark hat gesagt: Wir können das nicht umsetzen!, die Landesverwaltungsrichter sagen: Wir können das nicht umsetzen! – Wenn das alles nicht geht, wo sehen Sie dann die Verhältnismäßigkeit?

Abgeordneter Ralph Schallmeiner (Grüne): Herr Vorsitzender! Herr Minister! Sehr geehrte Expertinnen und Experten! Auch von meiner Seite ein großes Dankeschön für die Zeit, die Sie hier – freiwillig – mit uns verbringen, und dafür, dass Sie uns Ihre Expertise auch nahebringen. Das ist auch sehr wichtig und sehr wertvoll bei einer so durchaus kontroversiell zu diskutierenden Materie.

Ich möchte eingangs kurz auf etwas eingehen und dahin gehend dann eben auch meine Fragen insbesondere an die beiden MedizinerInnen in der ExpertInnenrunde stellen. Ich habe mir da aufgeschrieben: Seit Wochen haben wir die Zahlen laut Ages am Tisch. Wir bekommen ja für den Hauptausschuss, den Kollege Loacker gerade so kleingeredet hat, auch immer fachliche Begründungen für die einzelnen Verordnungen, und wenn man sich dann diese fachlichen Begründungen ansieht, sieht man, dass beispielsweise der Anteil der geimpften Personen mit Covid-19 auf den Intensivstationen immer zwischen 22 und 28 Prozent war, seit um den 15. November herum, und 72 bis 78 Prozent betrafen immer die Gruppe der Ungeimpften oder nicht ausreichend immunisierten Personen auf den Intensivstationen.

Daran anknüpfend möchte ich fragen, ob man so etwas als Hinweis darauf deuten kann oder als Beleg dafür hernehmen kann, dass die Impfung eben insbesondere gegen schwere Verläufe wirkt, ob das sozusagen auch eine dieser viel zitierten Evidenzen dafür ist, dass die Impfung das macht, was sie machen soll, nämlich schwere Verläufe zu verhindern.

Des Weiteren möchte ich insbesondere an Frau Dr. Rabady und an Herrn Dr. Sebesta noch kurz ein paar Fragen stellen. Was mich schon noch einmal interessieren würde: Wie macht sich eine hohe Durchimpfungsrate im Infektionsgeschehen bemerkbar – es wird ja auch immer davon gesprochen, dass ein Virus ganz anders agiert, wenn es auf eine durchgeimpfte Population trifft – und was bedeutet das insbesondere für Risikogruppen, nämlich jene

Risikogruppen, die nicht geimpft werden können? Wir dürfen ja nicht vergessen, es gibt eine sehr, sehr große Zahl an Menschen in unserem Land, die eben keine Impfung bekommen können, die nicht immunisiert werden können, die können wir ja nicht, das bitte jetzt nicht falsch zu verstehen, aber die können wir – despektierlich ausgesprochen – ja nicht Tag und Nacht wegsperren, so lange, bis Covid kein Problem mehr ist.

Das Zweite, das mich noch interessieren würde, diese Frage insbesondere an Frau Dr. Rabady gestellt, weil ich glaube, Sie werden damit sehr, sehr oft zu tun haben: Welche Auswirkungen hat Covid insbesondere auf Kinder? Ich spreche da ganz konkret natürlich Long Covid, eben die Langzeitfolgen, an, und auch die Frage von Pims, das ja in letzter Zeit, insbesondere in der vierten Welle durchaus auch zum Problem in den Spitälern geworden ist. Ich würde Sie bitten, da Sie ja eine Expertin für Long Covid sind beziehungsweise auch beauftragt worden sind, die Symptome für Long Covid zu beschreiben, auch darauf kurz einzugehen: Was ist überhaupt Long Covid und wie wirkt sich das aus?

Was mich insbesondere von Dr. Sebesta noch interessieren würde: Herr Drosten hat ja vor Kurzem getwittert: „Wer glaubt, durch eine Infektion sein Immunsystem zu trainieren, muss konsequenterweise auch glauben, durch ein Steak seine Verdauung zu trainieren.“ – Wie sehen Sie diesen durchaus flapsigen Satz auch im Hinblick auf eine Impfpflicht und auf diese Frage, die ich erst gestellt habe, wie sich eben eine hohe Durchimpfungsrate auswirkt?

Eine Frage noch an Dr. Sebesta von meiner Seite: Vielleicht können Sie noch einmal konkret erläutern, vor allem auch für die Kolleginnen und Kollegen der FPÖ, die das ja seit zwei Jahren oder seit über einem Jahr – seien wir nicht ungerecht – immer sehr unscharf trennen: Wo ist der Unterschied zwischen einem Impfschaden und einer Impfreaktion? Wie kann man das festmachen? Wie kann man das so erklären, dass das auch dort dementsprechend vielleicht endlich einmal ankommt, wenn wir schon Expertinnen und Experten hier haben?

Eine letzte Frage, insbesondere an Univ.-Prof. Dr. Geistlinger: Sie haben mehrere Male von dem dringenden gesellschaftlichen Bedürfnis gesprochen. Ich möchte Sie jetzt – vielleicht ein bissl gfernst – fragen: Ist also der mögliche Zusammenbruch eines Gesundheitswesens kein dringendes gesellschaftliches Bedürfnis, nämlich insbesondere dann – und das ist mir schon auch wichtig –, wenn ein robustes Gesundheitswesen wie das österreichische mit 28 Intensivbetten pro 100 000 EinwohnerInnen – das ist in etwa das, was wir momentan haben – kurz vor dem Kollaps steht, einem Kollaps, der durch eine medizinische Fachgesellschaft in dem Fall dadurch definiert wurde, dass man gesagt hat, bei einem Belag von mehr als 33 Prozent der Betten mit Intensivpatientinnen und -patienten droht dieses Gesundheitswesen, dieses sehr robuste Gesundheitswesen, zu kollabieren? Da stellt sich für mich schon die Frage, ob das dann wirklich so ist, wie Sie eben gesagt haben, dass es da kein dringendes gesellschaftliches Bedürfnis gäbe, insbesondere auf die Grundrechtsabschätzung hin.

Abschließend möchte ich noch die Chance nutzen, auch hier noch einmal klarzumachen: Grundrechtsfragen sind für uns natürlich zentral und sind auch in dieser Abschätzung hier zentral. Umso mehr freut es uns, dass wir hier durchaus einen guten Weg, wie ich finde, gefunden haben, gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen der SPÖ und der NEOS genau auch diese Fragen in diesem Vorschlag so zu definieren, dass ich glaube, da können wir alle miteinander wirklich erhobenen Hauptes hinausgehen und sagen: Das haben wir – finde ich – gut gelöst, auch mit den sicherlich dort oder da auch zu hinterfragenden Verordnungsermächtigungen – wie es Kollege Loacker heute gemacht hat –, aber auf der anderen Seite können wir so wirklich flexibel bleiben, können wir so wirklich dafür sorgen, dass die Grundrechte durch ein extrem unflexibles System nicht massiv eingeschränkt werden. Ich denke, das ist auch hier heute schon in der ersten ExpertInnenrunde durchaus so getragen worden, und daher danke ich auch da nochmals für diese Erläuterungen.

Abgeordnete Dr. Susanne Fürst (FPÖ): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Also das ist ein sehr bemerkenswertes Grundrechtsverständnis der Grünen, die ausführen, es handle sich hier um keinen massiven Eingriff in die Grundrechte und so bleibe man flexibel.

Wir sind uns einig – auch die juristischen Experten hier, die davon sprechen –, dass Grundrechtseingriffe dann zulässig sind, wenn wir ein legitimes Ziel haben, wenn die Mittel geeignet sind und Verhältnismäßigkeit besteht, um dieses Ziel zu verwirklichen. Prof. Lachmayer hat das richtige Ziel genannt: die regelmäßig auftretende Überlastung des Gesundheitssystems, der Zusammenbruch der medizinischen Versorgung. Das wäre, sage ich, ein legitimes Ziel, um hier Grundrechtseingriffe vorzunehmen.

Der Schutz der Gesundheit, wie es Frau Prof. Wendehorst gesagt hat, ist es nicht. Für die persönliche Gesundheit sind wir selber zuständig, der Staat, die Politik ist zuständig und verantwortlich dafür, das Gesundheitssystem zu stärken und dann Empfehlungen für die Gesundheit abzugeben.

Zurück zum Zusammenbruch des Gesundheitssystems: Hier stellt sich die Frage – Kollege Loacker war jetzt der Erste, der es angesprochen hat –: Warum stehen wir vor dem Zusammenbruch, warum ist das Gesundheitssystem angespannt, überlastet? War es überhaupt so – oder wenn ja, warum?

Wir müssen schauen: Was ist mit den Mitteln, mit denen man sozusagen diese Überlastung wirklich vermeidet? Bevor man Grundrechtseingriffe irgendwelcher Art macht, ob das Lockdown ist, Maskenpflicht, 2G, 3G, muss man ja schauen, was man anderes machen kann. Das heißt, das Erste ist, man schaut sich das Gesundheitssystem an, und keiner der Experten außer Prof. Geistlinger ist bezeichnenderweise darauf eingegangen: Was ist jetzt mit dem Ausbau des Gesundheitssystems beziehungsweise zumindest der Erhaltung des Gesundheitssystems und der Kapazitäten, die wir 2019 hatten?

Es scheint nämlich so, dass das völlig ausgereicht hätte, um mit dem Coronavirus und diesen Infektionswellen fertigzuwerden. Es hat aber überraschenderweise trotz dieser größten Gesundheitskrise, wie Sie es ja immer nennen, 2020/21 eine Reduzierung der Kapazitäten gegeben, nachweisbar, schwarz auf weiß nachzulesen im Rechnungshofbericht – weniger Intensivbetten, weniger Kapazitäten auch auf den Normalstationen, weniger Arzt-Patienten-Kontakte, weniger Behandlungen. Wie passt das zusammen? Und wenn das so ist, dann ist der Gesundheitsminister in der Pflicht, diese Kapazitäten eben auszubauen, zumindest zu erhalten. Wo sind bitte die Maßnahmen? Wo sind die Reformvorhaben? Das kann ich nicht verstehen. Ich verstehe es, wenn die Ärzte davon reden, dass man da jetzt mit Hängen und Würgen durchkommt, aber was ist bitte mit den Kapazitäten?

Dazu kommt fehlendes Personal. Wo sind Ihre Maßnahmen? Auch dass das von den Experten nicht verlangt wird, auch von den Grundrechten her. Da muss man sagen: Wo schaut man eben zuerst, dass das Personal aufgestockt wird, dass es bleibt? Da kann man so viel machen mit Entlohnung, Motivation und eben nicht mit Druck, der ja jetzt gerade dazu geführt hat, dass wir Personal verlieren, nicht zuletzt aufgrund des Impfdrucks, der ausgeübt wird. Stattdessen – und das ist der entscheidende Punkt – wird eine vollkommen falsche Abwägung zwischen Lockdown, 2G, 3G und Impfpflicht vorgenommen, das ist aber nicht der richtige Ansatz. Das ist falsch.

Man muss zwischen dem Aufbau des Gesundheitssystems und der Impfpflicht abwägen, daher kann man auf Basis so einer Situation keine Impfpflicht einführen. Man muss zuerst das Gesundheitssystem stärken, schauen, was man dahin gehend braucht. Wenn man gar nichts macht, kann man nicht dem Gesundheitsminister einen Freibrief geben, dass er zuerst die Impfpflicht verhängen und dann sagen darf, wann geimpft wird, in welchen Zeitabständen.

Sie wollen nur auf die Impfung setzen, Frau Expertin Rabady. Wir haben aber nicht nur die Wahl zwischen impfen und nicht impfen. – Nein! Es geht darum, dass wir die Wahl zwischen freiwilliger Impfung, testen, verpflichtender Frühtherapie, der Stärkung des Gesundheitssystems und der Zwangsimpfung haben. Da haben wir eben sehr wohl die Wahl. Aufgrund der bestehenden Situation kann man darauf keine Impfpflicht aufbauen.

Außerdem war bezeichnend, dass die Experten nicht nur über das Gesundheitssystem kein Wort verloren haben, sondern einfach auch alle Kollateralschäden aller beiseitelassen: dass Hunderttausende Menschen geschädigt werden – ob das jetzt psychisch ist oder auch, wie

Sie sagen, eingebildet ist –, schwerstens in Bedrängnis gebracht werden, Angst und Panik vor dieser Impfung haben – egal, ob berechtigt oder nicht. Sie ignorieren das alles und beseitigen die freiwillige Impfsentscheidung. Sie sagen, die Menschen sollen sich von einem Arzt beraten lassen – „Eins-zu-eins-Kommunikation“ haben Sie das genannt, Frau Rabady. Wenn Sie gleichzeitig die Ärzte unter Druck setzen, dass sie nur zur Impfung raten dürfen und sonst nichts, sind wir genauso in der Verfassungswidrigkeit.

Abgeordneter Alois Stöger, diplômé (SPÖ): Herr Vorsitzender! Herr Bundesminister! Liebe Expertinnen, liebe Experten! Zwei Feststellungen und zwei Fragen: Die erste Feststellung: Der SPÖ ist es ganz wichtig, dass es zu keiner Doppelbestrafung kommt und dass 3G am Arbeitsplatz aufrechtbleibt, damit Menschen, die sich nicht impfen lassen wollen, auch noch langfristig einen Arbeitsplatz haben. Zweite Feststellung: Es geht nicht nur um die Frage des Gesundheitssystems, sondern es geht auch um die Frage des Zugangs zum Gesundheitssystem. Es gibt viele Menschen, die ihre Leistungen jetzt nicht bekommen haben, zum Beispiel in der Psychiatrie, aber auch im Zusammenhang mit der Behandlung mancher Erkrankungen.

Meine Frage an die Juristin und die Juristen ist: Welche Auswirkungen hat dieses Impfpflichtgesetz hinsichtlich bestehender Verträge, hinsichtlich eventuellen Schadenersatzes, welche Auswirkung hat es auf das gerichtliche Strafrecht? – Das ist die eine Frage.

Die zweite Frage an die Medizinerin und den Mediziner: Können Sie uns sagen, wie stark die Lebenserwartung dadurch gestiegen ist, dass wir Impfungen entwickelt haben, die uns vor ansteckenden Erkrankungen schützen? Wie, schätzen Sie ein, hat sich dadurch die Lebenserwartung der Menschen erhöht? – Danke.

Abgeordneter Mario Lindner (SPÖ): Ich darf die Gelegenheit nutzen, um mich bei Ihnen im Namen meiner Fraktion für Ihre Ausführungen und auch für das Beantworten der Fragen zu bedanken. Ich möchte aber trotzdem noch einmal in die gleiche Kerbe wie Frau Klubobfrau Beate Meinel-Reisinger und mein Kollege Philip Kucher schlagen, nämlich: Wir sind uns einig, dass Fehler passieren können, Fehler passiert sind. Was aber gar nicht geht, ist, dass sich Fehler immer wieder wiederholen.

Ich möchte ein ganz konkretes Beispiel bringen: Wir wurden zum gefühlten 34. Mal überrascht, als letzte Woche am Montag die Schulen wieder aufgesperrt wurden. Das betrifft nicht nur das Testen – damit meine ich das Testchaos, mit Ausnahme unserer Bundeshauptstadt Wien, im Rest Österreichs. Das ist wirklich absurd. Ich habe gerade wieder auf Twitter nachgelesen, dass Schulen, in denen am Donnerstag PCR-getestet wurde, bis heute noch kein Ergebnis haben. Da frage ich die ExpertInnen: Wie gehen wir mit dem Testen in Zukunft um, oder lassen wir es komplett bleiben?

Die zweite Geschichte ist: Dieses Gesetz wird kommen. Was aber braucht es dazu? Da würde ich um Ihre Einschätzung bitten. Ich weiß, dass Sie keine Politikerinnen und Politiker sind, aber wir haben in den letzten Jahren schon viele Expertinnen und Experten gehört, die gesagt haben, wenn wir die Impfpflicht haben, werden wir wahrscheinlich trotz alledem noch Maßnahmen brauchen. Wie schaut es mit der Aufklärung aus? Wie schaut es mit Informationen aus? Wie schaut es mit möglichen Anreizen aus? Wir als SPÖ haben schon ein paar Mal einen 500-Euro-Impfscheck für Österreich vorgeschlagen. Da gibt es aber sicher auch noch andere Maßnahmen.

Eine Frage, die mich noch interessieren würde: Wie schaut es generell mit den Ausnahmen bei der Impfpflicht aus? Was müssen betroffene Menschen in Österreich jetzt tun?

Abgeordneter Dr. Josef Smolle (ÖVP): Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Bundesminister! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich möchte sechs ganz kurze Punkte ansprechen. Der eine ist, dass wir immer wieder erleben, dass irgendein Beispiel herausgegriffen wird: ein baltisches Land, so und so viele geimpft, so und so läuft es dort. Schaut man sich systematisch die gut 30 europäischen Länder an, sieht man, dass es bei einer hohen Impfquote wenige Covid-19-Todesfälle und generell eine geringe

Übersterblichkeit gibt. Meine Frage an die Experten: Wie kann man solche Botschaften nachhaltig vermitteln, damit man sich nicht immer wieder an irreführenden Beispielen festklammert?

Meine zweite Frage betrifft die Nebenwirkungen: Die Sinusvenenthrombose ist heute schon wiederholt genannt worden, sie ist sehr, sehr selten. Die Myokarditis ist nicht so selten, aber Gott sei Dank fast immer milde verlaufend. Soweit ich das beobachtet habe, wurde das individuell gefunden und dann hat es schlagartig breite wissenschaftliche Untersuchungen dazu gegeben. Die Fakten wurden auf den Tisch gelegt, es ist in der Fachinformation, sprich Beipackzettel, drinnen, alle wissen es. Gleichzeitig gibt es immer wieder den Vorwurf, da werde etwas vertuscht und so weiter. Meine Frage – wieder an den Mediziner, die Medizinerin –: Wie funktioniert Pharmakovigilanz bei uns?

Der dritte Punkt betrifft die Überlastung der Intensivstationen: Die letzte Zahl dazu besagte wieder, dass gut drei Viertel der Intensivpatientinnen und Intensivpatienten nicht ausreichend geimpft sind. Wie würde es sich auf die Intensivstationen und damit auf das Gesundheitswesen auswirken, wenn wir die Impfquote nicht erhöhen können, aber trotzdem das machen, was wir wollen, nämlich die sonstigen Maßnahmen bleiben lassen und wieder ein normales Leben führen? Wie würde sich das auswirken?

Vierter Punkt: Es gibt die theoretische Möglichkeit, die Erkrankung durchsauen zu lassen, die sogenannte Durchseuchung, oder mit der Impfung dagegenzuhalten und die breite Bevölkerungssimmunität auf diese Art zu erzielen. Wie würden Sie die Krankheitslast einschätzen, wenn man diese beiden Szenarien einander gegenüberstellt?

Mein fünfter Punkt bezieht sich auf die Kapazität des Gesundheitssystems: Abgesehen davon, dass Österreich weltweit eines der Länder mit der höchsten Zahl von Intensivbetten ist und dass man qualifiziertes Personal nicht innerhalb von zwölf bis 24 Monaten auf die Beine stellt, ist meine ganz konkrete Frage: Angenommen, man würde diese Kapazitäten um 10, 20 Prozent ausweiten, können wir uns dann alles andere sparen? Bräuchten wir keine Maßnahmen mehr und uns um die Impfung auch nicht weiter zu kümmern?

Der sechste Punkt ist keine Frage: im Namen meiner Fraktion ein ganz herzliches Dankeschön an die Expertinnen und an die Experten dafür, dass Sie uns heute zur Verfügung gestanden sind. – Danke schön.

Statement des Bundesministers

Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Dr. Wolfgang Mückstein: Sehr geehrter Herr Obmann! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Sehr geehrte Fachexpertinnen und Fachexperten! Danke für Ihr Kommen und danke für die wirklich interessanten und – wie ich glaube – uns alle stark weiterbringenden Ausführungen.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf schaffen wir einen großen und erstmals vor allem auch einen besonders nachhaltigen Schritt im Kampf gegen die Pandemie. Die Impfpflicht wird uns zwar aktuell nicht helfen, die Omikronwelle und die Infektionszahlen der Omikronwelle abzuflachen, das ist richtig, das war aber auch gar nicht das Ziel dieses Gesetzes. Es ist keine Akutmaßnahme, wie die meisten bisherigen Coronaschutzmaßnahmen, vielmehr wird uns die Impfpflicht im Hinblick auf die nächsten Wellen und im Kampf gegen kommende Virusvarianten helfen. Ich möchte Ihnen ein Beispiel nennen: Wir haben Anfang Dezember in Österreich eine errechnete Gesamtimmunität über die Bevölkerung von 91 Prozent gehabt. Das hat zum einen damit zu tun, dass wir eine doch starke vierte Welle mit vielen Ansteckungen gehabt haben, das hat aber auch damit zu tun, dass wir im November und Dezember alleine fast fünf Millionen Menschen in Österreich geimpft haben. Damit wären wir voraussichtlich ganz gut über den Winter gekommen – bei Delta. Und dann ist Omikron gekommen und hat einmal ordentlich umgerührt. Wir haben ab Beginn 2020 den Wildtyp gehabt, wir haben dann die Alphavariante und kurz die Betavariante gehabt, im Juli dann die Deltavariante und seit Dezember die Omikronvariante. Und was schützt uns vor neuen Virusvarianten und neuen Wellen? – Die Antwort gebe ich Ihnen sehr gerne: Die Impfung schützt uns.

Deshalb spreche ich hier von einer nachhaltigen und vorausschauenden Maßnahme, wie wir sie in den letzten zwei Jahren der Pandemie noch nicht gehabt haben. Das ist neu und das ist ein wichtiger Schritt, denn wenn wir uns wieder unseren gewohnten Alltag zurückwünschen, wenn wir wieder in unser altes Leben zurückwollen, dann brauchen wir eine hohe Durchimpfungsrate.

Wir reagieren damit nicht einfach auf die aktuelle Welle, sondern vorausschauend auch auf künftige Wellen. Nicht nur deswegen bin ich stolz auf diesen Gesetzentwurf, ich bin auch stolz wegen seiner Entstehung: Vier Parlamentsparteien haben gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Zivilgesellschaft und vielen Expertinnen und Experten gearbeitet, wir haben Runden gedreht mit VerfassungsjuristInnen, mit MedizinerInnen, mit Epidemiologinnen und Epidemiologen, wir haben Modellrechner integriert, wir haben EthikerInnen angesprochen, wir haben auch die Glaubens- und Religionsgemeinschaften konsultiert, die PensionistenvertreterInnen, die JugendvertreterInnen. Wir haben tatsächlich versucht, hier einen breiten gesamtgesellschaftlichen Konsens zu erzielen. Dieses Gesetz braucht nämlich, weil es eine heikle Materie ist, ein breites gesellschaftliches Fundament.

Die Bundesregierung hat sich Ende November gemeinsam mit der SPÖ und den NEOS darauf geeinigt, eine allgemeine Impfpflicht in Österreich einzuführen. Die zahlreichen Runden waren – das möchte ich an dieser Stelle schon sagen – durchaus kontroversiell, und das ist gut, denn genau das war unser Ziel. Die Gespräche haben nicht nur in diesen Runden stattgefunden, in ganz Österreich wurde in den vergangenen Wochen sehr viel über das Thema der Impfpflicht diskutiert. Wir haben zahlreiche wichtige Stellungnahmen im Rahmen des Begutachtungsprozesses erhalten – vieles davon hat Eingang in den Gesetzentwurf gefunden, der Ihnen, werte Abgeordnete, heute vorliegt.

An dieser Stelle möchte ich mich auch bei allen bedanken, die sich Zeit genommen haben und sich an diesem Prozess beteiligt haben. Ich bedanke mich ausdrücklich bei allen Beteiligten der SPÖ und den NEOS für diese konstruktive Zusammenarbeit bei diesem Gesetz.

In einem waren wir uns während des gesamten Prozesses einig: Die Impfung schützt uns selbst und die Impfung schützt unsere Mitmenschen, und eine hohe Durchimpfungsrate – das ist auch heute schon mehrfach angesprochen worden – schützt unser Gesundheitssystem. Die Impfung ist unser sicherster Weg aus der Pandemie und wieder zurück in unseren gewohnten Alltag. Die Impfpflicht ist eine Entscheidung für uns als Gesellschaft, für eine Rückkehr zu einem Zusammenleben, wie wir es vor der Pandemie kannten und wie wir es alle schmerzlich vermissen. Und genau das ist es, worum es bei der Impfpflicht geht: ein gutes Zusammenleben, denn was hinter der Impfpflicht steht, ist klar, das ist ein Solidaritätsgedanke, das ist das Zusammenhaltsprinzip, das ist jetzt die bald gesetzlich verankerte Verpflichtung für jeden und für jede, der und die das auch kann, einen Beitrag für das gute Zusammenleben von allen Menschen in Österreich zu leisten.

Die Impfung, meine Damen und Herren, rettet nachweislich Leben. Auch das müssen wir uns vor Augen halten: Je mehr Menschen geimpft sind, umso weniger Menschen sterben an den Folgen der Covid-19-Pandemie. Das ist so hart, wie es einfach ist. Genau deswegen müssen wir jetzt, wir als gewählte Politikerinnen und Politiker, genauso wie wir alle als Gesellschaft alles daransetzen, dass sich so viele Menschen wie möglich in Österreich impfen lassen. Die Impfung, insbesondere die Boosterimpfung, schützt auch vor einer schweren Erkrankung bei der Ansteckung mit Omikron, das wissen wir bereits, und deshalb ist eine allgemeine Impfpflicht nach wie vor der richtige Weg. Wenn wir dem Kreislauf des Auf- und Zusperrrens, der Wellen, der Lockdowns entkommen wollen, dann brauchen wir dieses Gesetz.

Ein Ende der harten Maßnahmen zum Schutz vor Corona wünschen wir uns sicher alle. Glauben Sie mir, ich ebenso wie Sie, werte Abgeordnete, und selbstverständlich auch alle Menschen in Österreich. Dazu brauchen wir eine gute gesamtgesellschaftliche Immunität im Herbst, davon gehen alle Expertinnen und Experten aus – das vorliegende Gesetz wird uns dabei unterstützen.

Nun zu den Details des Gesetzentwurfes: Die Covid-19-Impfpflicht wird für alle Personen ab dem 18. Lebensjahr gelten, die einen Wohnsitz in Österreich haben. Ausgenommen davon

sind unter anderen Schwangere sowie jene Menschen, für die eine Impfung aus gesundheitlichen Gründen, aus eng definierten medizinischen Gründen nicht möglich ist. Außerdem sind Genesene für den Zeitraum von sechs Monaten von der Impfpflicht ausgenommen.

Die Covid-19-Impfpflicht wird in drei Phasen anlaufen: In der ersten Phase, die ab Anfang Februar gilt, tritt sie in Kraft – darüber wird jeder Haushalt in Österreich schriftlich informiert – , und diese Phase dauert bis zum 14. März.

In der zweiten Phase, ab dem 15. März, wird die Einhaltung der Impfpflicht flächendeckend kontrolliert. Dies wird bei Kontrollen der Polizei in Bezug auf die Einhaltung der Schutzmaßnahmen oder auch bei Kontrollen im Straßenverkehr erfolgen. Wer dabei keinen gültigen Impfstatus aufweist, wird schriftlich aufgefordert, diesen Nachweis nachzubringen. Passiert dies nicht, wird eine Strafe von bis zu 600 Euro verhängt.

In der dritten Phase werden wir zunächst noch einmal alle ungeimpften Personen persönlich per Schreiben über ihre Impfpflicht informieren und sie daran erinnern. Ein Monat später wird erneut überprüft, wer seiner Impfpflicht noch nicht nachgekommen ist. Hat man seine Impfpflicht nicht erfüllt, droht auch hier eine Strafe von bis zu 600 Euro.

Mir ist noch eines wichtig zu betonen: Alle Menschen in Österreich haben die Möglichkeit, diesen wichtigen Impfschutz kostenlos zu erhalten. Als Gesundheitsminister und auch als Arzt ersuche ich Sie auch heute wieder an dieser Stelle: Warten Sie nicht, bis die Impfpflicht in Kraft tritt, vereinbaren Sie einen Termin und holen Sie sich am besten gleich heute Ihre Coronaschutzimpfung!

Die Covid-19-Pandemie ist für uns alle immer noch eine besondere Ausnahmesituation. Wir haben uns gemeinsam darauf geeinigt, dieses Gesetz umzusetzen. Ich bin überzeugt, dass es uns mit der Impfpflicht gelingen wird, diese so notwendigen zusätzlichen Prozente an Durchimpfungsrate zu erreichen. Wir alle wollen, dass alle Menschen in Österreich hier mitgenommen werden, dass wir eine neue und klare Perspektive im Umgang mit der Pandemie schaffen können. Das ist ein Weg zurück zur Normalität, die wir uns alle wirklich schon sehnsüchtig wünschen.

Die Impfpflicht ist eine Maßnahme, die für eine nachhaltige Immunisierung in der Bevölkerung längerfristig angelegt ist, sie erlaubt eine flexible Reaktion auf beispielsweise eine sich ändernde epidemiologische Situation, eine flexible Reaktion auf angepasste Impfstoffe, auf neue Empfehlungen beispielsweise von Impfintervallen, und es wird zumindest alle drei Monate eine Expertenkommission einen detaillierten Bericht an Sie, an das Parlament, übermitteln, aber auch an die Bundesregierung und an mich als zuständigen Fachminister.

Die Impfpflicht ist meiner Auffassung zufolge, davon bin ich überzeugt, ein geeignetes probates Mittel zur Erreichung dieses Ziels, nämlich zur Erreichung des Ziels der Beendigung der Pandemie – und genau deswegen brauchen wir dieses Gesetz. Ich ersuche Sie daher, hochgeschätzte Abgeordnete, um Ihre Zustimmung. Lassen Sie es uns gemeinsam angehen! – Danke.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak sagt, dass Abgeordneter Hauser moniert habe, dass dessen Frage betreffend Nebenwirkungsvergleich von Covid-Impfungen und anderen bereits zugelassenen Impfstoffen nicht beantwortet wurde, und ersucht die Mediziner, dies noch nachzuholen.

Zweite Antwortrunde der ExpertInnen

Univ.-Prof. Dr. Christiane Wendehorst, LL.M.: Zunächst einmal: Zweifellos dient das Gesetz der Verhinderung einer Überlastung des Gesundheitssystems, der Verhinderung eines Kollapses unseres Gesundheitssystems. Ich glaube, ich habe das nie in Zweifel gezogen. Sie alle werden mir aber recht geben, dass es auf jeden Fall auch um die Rettung von Menschenleben geht, um die Reduzierung von menschlichem Leid, um die Verhinderung von bleibenden Schäden. Ich glaube auch nicht, dass sich beides voneinander trennen lässt.

Was jetzt die verschiedenen Szenarien anlangt, die hier gezeichnet wurden: Ich muss gestehen, ich habe mein Statement auch in einem tiefen Vertrauen in die Institutionen dieses Staates verfasst, denn wenn wir hier tatsächlich bei allen Institutionen immer von einem Worst-Case-Szenario ausgehen, dann hat diese Republik, glaube ich, ein ganz anderes Problem, als wir es heute hier diskutieren. Insofern vertraue ich darauf, dass die Mechanismen, die in diesem Gesetz vorgezeichnet wurden, so auch funktionieren werden.

Es ist gefragt worden, wie das denn mit all diesen Annahmen sei. Es sind aufgezählt worden: Annahme eins, zwei, drei bis sieben, und es ist gesagt worden, dass das Eintreffen aller dieser Annahmen extrem unwahrscheinlich sei. Ich glaube nicht, dass dieses Gesetz von derlei Annahmen ausgeht. Das ist ja gerade diese Flexibilität, die ich versucht habe zu beschreiben. Dieses Gesetz geht gerade **nicht** von der fixen Annahme aus, welche Varianten wir wann haben werden, welche Impfstoffe wann entwickelt werden. Es geht gerade **nicht** davon aus, welche Wirksamkeit zum Zeitpunkt x gegeben sein wird. Es geht auch **nicht** davon aus, dass wir keinesfalls ein wirksames Covid-Medikament bis Ende des Jahres haben werden. Es geht von all dem eben gerade **nicht** aus, und deswegen gibt es diese Verordnungsermächtigungen, die diese Flexibilität bringen.

Ja, natürlich sind das keine unwesentlichen Fragen, wie zum Beispiel, wie jetzt das Impfintervall zu bestimmen ist. Ist das aber ganz ernsthaft eine Frage, mit der Sie sozusagen jeweils das Gesetz ändern wollen? Hier bedarf es schlichtweg einer flexiblen Reaktion nach den epidemiologischen Bedingungen, nach dem Stand der Wissenschaft.

Auch **das** ist eine Vorbedingung für die Verhältnismäßigkeit, weil das einfach die Flexibilität bringt, die es da braucht. Es gibt ja auch Kontrollmechanismen, die ich versucht habe herauszuarbeiten.

Wie sieht es mit der in der dritten Phase möglicherweise stattfindenden Überlastung der Institutionen aus? – Ich glaube, darauf muss man eine sehr differenzierte Antwort geben. Zunächst einmal: Ich habe schon gesagt, es ist noch nicht klar, ob es diese Phase drei geben wird, man sollte darauf hinarbeiten, dass man überhaupt nicht in diese Phase drei kommt. Es ist auch nicht klar, wann sie eintreten wird, sie muss extra aktiviert werden. Es ist nichts, was irgendeinem Automatismus unterliegen würde.

Man weiß heute auch noch nicht, wie viele Personen es dann eigentlich überhaupt noch betreffen wird, wie viele genesen sein werden, wie viele zu diesem Zeitpunkt geimpft sein werden. Wir wissen von denen, die es dann noch betrifft und die da tatsächlich einen Einspruch einlegen, nicht, wie viele dann tatsächlich ins ordentliche Verfahren gehen werden. Und wir haben auch Mechanismen der Verfahrensvereinfachung in diesem Gesetzentwurf verankert, sodass hier sehr, sehr viele Stufen, sehr, sehr viele Mechanismen sind, und vor allem ist es sehr viel Zeit der Vorbereitung, sodass ich ganz zuversichtlich bin, dass sich die Sache tatsächlich administrieren lassen wird.

Ich werde jetzt von den verbleibenden Punkten nur die juristischen herausgreifen: keine Doppelbestrafung – ja, in der Tat, das ist natürlich ganz essenziell, dass es nicht zu einer Doppelbestrafung kommt. Hier sehe ich aber alle Maßnahmen ergriffen, mit diesem Gesetzentwurf genau dies zu verhindern, indem man nämlich immer nur sozusagen für einen bestimmten Zeitraum, innerhalb dessen der Impfstatus, der vom Gesetz gefordert ist, nicht besteht, bestraft werden kann.

Zu 3G am Arbeitsplatz – lassen Sie mich das noch einmal wiederholen –: Das ist etwas, das jetzt in der COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung steht – 2G, 3G, wo und unter welchen Bedingungen – aufgrund des COVID-19-Maßnahmengesetzes. Das heißt, dieses Impfpflichtgesetz wäre schlicht der falsche Ort, diese Frage zu regeln. Damit kann man dieses Impfpflichtgesetz nicht überfrachten.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak bittet um eine kurze Beantwortung, da die Redezeit schon ausgeschöpft sei.

Univ.-Prof. Dr. Christiane Wendehorst, LL.M.: Gut, danke, dann nur ein ganz, ganz kurzes Schlusswort zur Auswirkung auf bestehende Verträge: Hier wird sicherlich die Tatsache, dass

es diese Impfpflicht jetzt gibt, eine gewisse Auswirkung haben. Lassen Sie mich aber noch einmal betonen: Auch vor Inkrafttreten der Impfpflicht gab es Auswirkungen auf Verträge. Wer beispielsweise als Träger einer Gesundheitseinrichtung, einer Pflegeeinrichtung Schutzpflichten gegenüber vulnerablen Personen hat, der hat auch jetzt schon nach geltendem Recht bestimmte Pflichten, dass das Personal sicher ist, dass das Personal zum Beispiel diejenigen, die da ihre Gesundheit anvertrauen, nicht infiziert. – Danke, Herr Vorsitzender, dass Sie mir noch die Möglichkeit gegeben haben, den Satz zu Ende zu führen.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak weist auf die verbliebene Redezeit von 2 Minuten hin.

Prof. Dr. Christian Sebesta: Da die Redezeit so knapp ist, möchte ich mich auf eine Botschaft beschränken: Es ist ja nicht so oft der Fall, dass man vor diesem Hohen Haus hier sprechen und seinen Standpunkt darlegen darf und auch etwas über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sagen darf.

Die Frage, die gekommen ist – insofern steht mein Statement dazu schon in einem Bezug –, lautet ja: Waren Kollateralschäden durch die Pandemie gegeben? – Da kann ich nur sagen, dass Österreich zweifellos eines der besten Gesundheitswesen der Welt hat – ich kenne einige – und dass ein Ausbau des Gesundheitswesens wahrscheinlich nicht der richtige Weg ist, sondern ich glaube, dass man bei Weitem damit zurechtkommt, dass man einfach die Impfquote steigert, und dann unser Gesundheitswesen wieder in einem völlig normalen Umfang funktioniert, so wie auch in Grippewellen und in anderen kleinen epidemischen Wellen.

Wir werden aber ganz sicher nicht an die Grenze unserer Möglichkeiten kommen. Wir schaffen es ohne Weiteres, mit den vorhandenen Ressourcen und den Kapazitäten, das alles zu bewältigen. Aber geschuldet ist das alles der fachlichen Expertise und der guten Qualifikation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dem großen Engagement und natürlich auch dem hohen Maß an Ethos, von dem aus da operiert wird. Das ist etwas, das man wirklich nicht vergessen darf, denn da wird die Leistung erbracht, die bestimmt, wie wir unser Gesundheitswesen am Laufen halten. – Danke schön.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak weist auf die verbliebene Redezeit von 5 Minuten hin.

Dr. Susanne Rabady: Ich bitte um Verzeihung, ich habe die Frage wirklich durchrutschen lassen: Nebenwirkungen im Vergleich, Covid-Impfungen mit anderen Impfstoffen. Das ist eine Frage, die so und jetzt nicht zu beantworten ist.

Zum einen: Diese neuen Impfstoffprinzipien erzeugen eine ganz hohe Reaktogenität, deshalb sind sie auch so wirksam. Aber diese hohe Reaktogenität hat natürlich auch eine höhere Rate an Impfwirkungen, also an Impfreaktionen zur Folge. Diese muss man, würde ich meinen, herausnehmen, die sind einfach dem anderen Wirkprinzip und der höheren Wirkung geschuldet und sind in ihrer Gesamtheit zwar ein bisschen lästig, aber schon harmlos.

Was schwerere Nebenwirkungen anlangt, kann ich Ihnen den Vergleich im Moment nicht bieten; ich kann Zahlen nachliefern. Ich gebe Folgendes zu bedenken: Die Sensibilisierung gegenüber Nebenwirkungen oder Folgewirkungen der Covid-Impfung ist irrsinnig hoch, und diese Nebenwirkungen und Folgewirkungen sind bei anderen Impfungen etwas, das PatientInnen hinnehmen. Also das kann ich Ihnen aus meiner Praxis versichern, das erfährt man nur zufällig oder wenn man danach fragt. Bei der Covid-Impfung gibt es ja die Selbsteinmeldung von Verdachtsfällen, alle diese Einmeldungen sind immer Verdachtsfälle, und die Rate der Selbsteinmeldungen liegt bei über 60 Prozent. Das ist sehr, sehr hoch. Das heißt, die Antwort auf diese Frage wird es dann geben, wenn wirklich all diese gemeldeten Wirkungen aufgearbeitet sind – was schwierig ist, weil sehr oft Informationen fehlen und auch nicht zu beschaffen sind. Dann wird man dazu etwas sagen können.

Dann war die Frage, wie sich hohe Durchimpfungsraten auf die Sicherheit sozusagen der Risikogruppen und auch der Kinder auswirken werden. – Was diese Impfung nicht kann, ist, eine Herdenimmunität zu erzeugen. Also diese Impfung kann nicht die Ungeimpften schützen, wenn ein bestimmter Prozentsatz durchgeimpft ist. Das ist ja das Gfrett. Wir brauchen bei dieser Impfung wirklich die Durchimmunisierung. Es muss wirklich eigentlich jeder oder fast jeder geschützt sein. Das ist einer der ganz, ganz wichtigen Faktoren dabei. Aber es ist schon

zu hoffen oder anzunehmen – die Virologen gehen davon aus –, dass das Virus mit zunehmender Immunkompetenz in der Bevölkerung einfach an Virulenz abnimmt. Das ist der normale Weg, lasse ich mir von den Virologen sagen.

Wir dürfen eines nicht vergessen: Wir haben es hier zum ersten Mal in unser aller Lebenszeit mit einem Virus zu tun, das global den Menschen unbekannt ist. Das ist in Wirklichkeit eine nagelneue Irrsinnssituation. Das heißt aber auch, dass wir nicht genau vorhersagen können, wie sich das wirklich entwickeln wird. Es wird schon irgendwann einmal ein simples Erkältungsvirus werden und es wird nach dem Muster funktionieren, wie andere Viren auch funktionieren. Das heißt, mit jedem Durchlauf wird es eben weniger und verträglicher werden und irgendwann werden wir uns darüber amüsieren, was wir da in dieser Zeit mitgemacht haben.

Fragen gab es auch noch zur Situation der Kinder, zu Long Covid und zu Pims. Vielleicht zu Pims: Die Studien, die im Moment noch die gültigen sind – auch da sind für Omikron neue Erkenntnisse zu erwarten, also wir hoffen, schon in den nächsten ein bis zwei Wochen mehr sagen zu können –, weisen 0,14 Prozent bei MIS-C oder auch Pims, also diese schwere Komplikation bei Erkrankung von Kindern, aus. Das sind 1,4 Kinder von 1 000 erkrankten; infiziert sind sicher mehr. Mir kommt das nicht ganz wenig vor.

Zu Long Covid: Auch Kinder sind von Long Covid betroffen, auch dazu kennen wir die genauen Zahlen nicht. Was ich Ihnen sicher sagen kann, ist, dass es auch ein Phänomen ist, das wir in diesem Ausmaß nicht kennen – wir kennen ähnliche Phänomene infolge anderer Viruserkrankungen –, und wie immer bei derartigen Problemen bereitet uns diese hohe Zahl auch jetzt Schwierigkeiten. Auch ein geringer Prozentsatz bedeutet ganz, ganz, ganz viele Leute. Also die Folgekosten von Long Covid werden uns zunächst als Arbeitsausfallkosten, aber dann auch als Rehabilitationskosten schon noch treffen.

Das mit dem Verlust des Personals ist mir wirklich ein großes Anliegen. Ich kenne natürlich viele, viele Menschen, die auf sehr unterschiedlichen Ebenen im Gesundheitssystem arbeiten; erstens durch meinen eigenen Beruf, aber nicht nur, sondern auch durch eine gewisse Exponiertheit und natürlich über einen relativ großen Bekanntenkreis. Ich habe es noch nicht erlebt, dass Intensivdjangos – die Notfallmediziner sind ja keine zartbesaiteten Menschen; heißt nicht, dass sie kein weiches Herz haben – nach Hause kommen und sagen: Jetzt kann ich nicht mehr, ich kann da nicht mehr zuschauen, so etwas habe ich noch nicht erlebt! Und das sind Leute, die so wie ich auch seit 30 Jahren diesen Beruf ausüben. Sie kommen nach Hause und erzählen, eben erst eine 22-Jährige an der Ecmo sektioniert zu haben. Das heißt, sie haben in der, was weiß ich, 26. Schwangerschaftswoche ein Baby geholt, weil die 22-jährige Mutter an der Herz-Lungen-Maschine hängt. Das ist ein medizinisches Problem, klar, es ist aber für die betroffenen KollegInnen ein wirklich großes psychisches Problem. Und dem Pflegepersonal geht es genauso. Wenn Sie hinhören, dann hören Sie das.

Das sind Dinge, die Sie mit Geld nicht wettmachen können. Da können Sie ein bisschen helfen, wenn die Dienstzeiten kürzer und die Erholungszeiten länger werden, aber im Großen und Ganzen sind das psychische Belastungen, die man nicht einfach abgelden kann, sondern man muss dafür sorgen, dass die Zahl derer wieder auf ein menschenverträgliches Ausmaß zurückgeführt wird.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak nimmt dies als Schlussworte, da die Redezeit auch schon deutlich überzogen ist, und denkt, das sei ein würdiges Ende für das Schlussstatement gewesen.

Univ.-Prof. Dr. Konrad Lachmayer: Ich darf mich auf drei Statements beziehen. Das eine war das Thema Überlastung des Gesundheitssystems, das ist mehrfach angesprochen worden. Ich halte das aus verfassungsrechtlicher Sicht für das zentrale Thema, das eine Impfpflicht rechtfertigt. Es heißt in § 1: „Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit“. Das ist sehr allgemein formuliert, ich glaube aber, dass man in einer systematischen Interpretation § 19 des Vorschlags mit hineinlesen muss, der unter anderem etwas über die Umstände, die zur Erlassung dieses Bundesgesetzes maßgeblich waren, aussagt und in Abs. 1 Z 3 auch „die Eignung der Impfpflicht zur Verhinderung einer Überlastung der medizinischen Versorgung“

erwähnt, und in Absatz 2 geht es um die Einschränkung der Anwendbarkeit des Gesetzes per Verordnung. Das heißt, aus meiner Sicht steht wirklich die Überlastung des Gesundheitssystems im Mittelpunkt, wenn es darum geht, zu beurteilen, was dieses Gesetz verfassungsrechtlich legitimieren darf.

Zweiter Punkt, der in vielfältigen Aspekten angesprochen worden ist, ist letztlich ein gewaltenteilender Aspekt: Welche Rolle hat das Parlament? Welche Rolle hat der Gesetzgeber? Welche Rolle hat die Vollziehung, die Verwaltung, insbesondere auch der Bundesminister, die Bundesregierung? Ich glaube, dass damit ein Modell einerseits einer Gewaltenteilung, andererseits aber auch eines Zusammenwirkens der zwei Gewalten geschaffen wurde, was ganz entscheidend ist. Es gibt eben die gesetzliche Grundlage, auf deren Basis Verordnungen zu erlassen sind – das wurde auch von Kollegin Wendehorst ausgeführt –, und auf der anderen Seite aber auch die Rückkoppelung bei spezifischen Verordnungen, indem da wiederum der Hauptausschuss des Nationalrates eingebunden wird.

Ich gehe davon aus, insbesondere nach der Stellungnahme vorhin, dass es dem Herrn Bundesminister ein großes Anliegen sein wird, diese Verordnungen auch zu erlassen, und dass dieses Modell, das durch dieses Gesetz sozusagen seinen Rahmen bekommt, eine Grundlage bekommt, auch umgesetzt wird. Selbstverständlich ist aber dieses Gesetz auch von dieser Bereitschaft zur Umsetzung im Verordnungswege abhängig, und die Verordnungen müssen vonseiten der Verwaltung auch erlassen werden. Der Gesetzgeber selbst kann sonst nur wiederum spezifischere Gesetze erlassen. Das ist aber letztlich kontraproduktiv, weil dann die Flexibilität verloren geht, die damit ja letztlich geschaffen werden sollte und die auch wesentlich dazu beiträgt, die Verhältnismäßigkeit zu gewährleisten.

Der dritte Punkt bezieht sich darauf, ob weitere Maßnahmen zu setzen sind, und ich glaube, es versteht sich von selbst, dass die Impfpflicht nicht alles andere per se ersetzt, sondern dass alle anderen Formen der Anreize, der Informationen, die notwendig sind, um Personen zu motivieren, sich impfen zu lassen, eine große Rolle spielen, ebenso wie die Stärkung des Gesundheitssystems. Ich glaube, es sind in einer Pandemie alle Maßnahmen zu ergreifen, die dazu führen können, die Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern, und dass das ganz zentral ist.

Damit möchte ich es von meiner Seite eigentlich auch belassen. – Danke.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak weist auf die verbliebene Redezeit von 8 Minuten hin.

ao. Univ.-Prof. Dr. Michael Geistlinger: Das Problem bei der Zusammensetzung dieses Panels, das Ihnen gegenübersteht, ist ein für eine Gerichtsbarkeit typisches: Man hat zwei medizinische Experten und dazu drei Juristen. Das wäre zum Beispiel laut meiner Erfahrung beim Court of Arbitration for Sport eine typische Zusammensetzung bei Dopingverfahren: Die drei Juristen sind das Panel und die zwei Mediziner sind die Experten dazu.

Was mir bei diesen Experten, bei den zwei hoch geschätzten Medizinerinnen, die ich persönlich, bitte, außerordentlich schätze, aber in der richterlichen Funktion ein Problem bereiten würde, ist der Paradigmenwechsel, der in der Argumentation stattfindet. Anstatt dass man sich ansieht, wie die den Impfstoffen zugrunde liegende klinische Studie am Ende des Tages, sprich Ende 2023 beziehungsweise im Juli 2024, aussehen wird – wenn man dann weiß, dass Nebenwirkungen gegeben sind und welche, wenn man dann weiß, wie die Wirksamkeit aussieht –, und sich genau dann und in diesem Ausmaß bewegt, im Rahmen dessen, was auf rechtlicher Seite die Voraussetzung dafür ist, um darauf dann entsprechend die Maßnahmen aufzubauen, passiert hier aber Folgendes:

Es wird eine – hoch geschätzte – persönliche Erfahrung eingebracht. Ein Leiter einer Abteilung argumentiert statistisch und aus seiner persönlichen Erfahrung, und ähnlich hat auch die Vorsitzende der Kommission eine persönliche Erfahrung, wechselt aber die Paradigmen. Sie wechselt von einer klinischen Studie für den Impfstoff, die ihr nicht vorliegt und auch ihm nicht vorliegt, weil sie niemandem vorliegt, zu anderen Studien, die Aussagen zu Teilen enthalten, wobei man aber zu einigen Punkten auch Gegenstudien finden kann. Ich habe da etwa eine britische Studie – um Ihnen das nur zu zeigen – von McLachlan and others: „Analysis of

COVID-19 vaccine death reports from the Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) Database Interim: Results and Analysis“ vom Juni 2021 vor mir, und was sagen deren Autoren zum Beispiel?

Die sagen, dass die VAERS-Statistik zum Stand 19. November 2021 seit Dezember 2020 19 249 Todesfälle im Zusammenhang mit der Covid-19-Impfung aufführt. Das ist mehr als das Doppelte der von VAERS für alle Impfungen zusammen seit 1990 registrierten Todesfälle – das waren 9 286.

VAERS listet für den gleichen Zeitraum Dezember 2020 bis 19. November 2021 913 268 gemeldete Nebenwirkungen der Covid-19-Impfung im Vergleich zu 857 017 für alle anderen Impfungen zusammen seit 1990. Krankenhausaufenthalte verursachte die Covid-19-Impfung seit Dezember 2020 laut VAERS 97 561 gegenüber 81 699 davor.

Sie alle als Abgeordnete und auch der Herr Minister und der Herr Bundespräsident haben ein Schreiben von einem Physiker, Dr. Ziegelbecker, erhalten, der mit einer ähnlichen Statistik für Österreich gekommen ist und das mit seinem Sachverstand ausgeführt hat. Also so von der Hand zu weisen ist das nicht.

Dann habe ich – ehrlich gesagt, über ihren Vater – Frau Verfassungsministerin Mag. Edtstadler eine Studie zukommen lassen, um ihre Reaktion zu erfahren. Es ist natürlich keine Antwort zurückgekommen.

In einer Studie der Aix-Marseille-Universität von Nouara Yahi, Henri Chahinian und Jacques Fantini unter dem Titel „Infection-enhancing anti-SARS-CoV-2 antibodies recognize both the original Wuhan/D614G strain and Delta variants. A potential risk for mass vaccination?“, erschienen im „Journal of Infection“ im August 2021 – ich habe keine Gegenstudie dazu gefunden, und es ist auch ein seriöses Journal –, heißt es: Eine Impfpflicht anzuordnen, ohne einen für die im Umlauf befindliche Mutation – sprich jetzt Omikron – angepassten Impfstoff zur Verfügung zu haben, bedeutet das Risiko, dass bei Menschen, die Impfstoffe erhielten, die gegen die ursprüngliche Form des Virus entwickelt wurden, und dann der Deltavariante ausgesetzt waren, infektionsverstärkende Antikörper – antibody-dependent enhancement – auftreten können.

Dies bedeutet, dass so ein Impfstoff die Ausbreitung und Vermehrung des Virus begünstigen würde, anstatt ihn zu bekämpfen. Die Autoren sehen einen Bedarf nach weiterer Forschung und ein Risiko für eine Massenimpfung während der Deltavariante. Dasselbe gilt mutatis mutandis nun für die Omikronwelle und für jede weitere Mutation. Ich würde dazu dem Herrn Minister gerne sagen: Ja, es ist wie bei der Waffentechnologie – man läuft der Virusmutation hinterher. Jede Impfung, jeder neue Impfstoff – außer es würde gelingen, einen auf zukünftige Mutationen abgestimmten zu entwickeln, was derzeit nicht der Fall ist und auch nicht absehbar ist – bedeutet ja immer, dass Sie – wenn Sie sagen, Sie agieren für den Herbst – für eine Mutation agieren, die Sie nicht kennen, und der Impfstoffproduzent wird Ihnen dann sagen: Da brauchen wir drei Monate, bis wir den Impfstoff dafür entwickelt haben.

Und alles läuft ohne klinische Studien! Das sind immer aufgesetzte klinische Studien – die Basisstudie ist bis heute nicht da.

Das ist das Risiko, das ich sehe, und vor allem frage ich mich, in welchem Bereich das Nutzen-Risiko-Verhältnis liegt, wenn ich mir die Studie von Spiro Pantazatos und Hervé Seligmann vom Oktober 2021 ansehe. Darin heißt es:

Der Vergleich unserer altersgegliederten Impfstoffsterblichkeitsrate mit der publizierten altersgegliederten Covid-19-Infektionssterblichkeitsrate lässt annehmen, dass die Risiken der Covid-Impfung ihre Vorteile bei Kindern, jungen und mittelalterlichen Erwachsenen und den älteren Altersgruppen – bei Letzteren bei geringem Berufsrisiko – einer frühen Aussetzung an das Coronavirus und Zugang zu alternativen Prophylaxe- und Frühbehandlungsoptionen überwiegen. Unsere Ergebnisse werfen wichtige Fragen betreffend Massen-Covid-Impfungsstrategien auf, die weiterer Forschung und Prüfung bedürfen. – Auch das in einer wissenschaftlichen Publikation, nicht irgendwo aus dem Internet herausgeholt.

Das sind die Fragen – und jetzt auch einmal mit einem sogenannten Totschlagargument, mit dem Frau Dr. Rabady gekommen ist – auch aus der Warte derjenigen, die diese schwierige Entscheidung, sich impfen zu lassen oder nicht, für sich selbst treffen müssen. Nehmen Sie als Beispiel eine Dame mit Multipler Sklerose, ungefähr 37 Jahre alt, die sich auf Empfehlung der Neurologin das erste Mal hat impfen lassen, ein zweites Mal hat impfen lassen, bei der zweiten Impfung einen Pseudoschub erlitten hat, der aber als entsprechender Schub erst nach einem Monat entdeckt worden ist, und sich dann in der Situation befindet, in der die dritte Impfung fällig ist – und die Neurologin sagt ihr: Ja, sie soll diese trotzdem machen.

Ihr Hausarzt sagt: Wenn du schon so eine schwere Reaktion bei der zweiten Impfung gehabt hast, sage ich dir aus meiner Praxis, dass alle, die ich mit solchen Reaktionen erlebt habe, besser die dritte nicht gemacht hätten, denn es ist bei der dritten bei allen entsprechend schlecht gelaufen. – Sie soll sie unter keinen Umständen machen. Dann sagt sie zum Arzt: Können Sie mir das bestätigen? Sagt er: Es sind über 2 000 Disziplinarverfahren anhängig, das kann ich nicht. – Was macht dann so eine Person?

Das sind die Gewissensfragen, zu denen ich einfach sage: Mit dem Wissensstand, den Sie haben, können Sie eine freiwillige Impfung vertreten, aber Sie können keine Impfpflicht rechtfertigen.

Obmann Mag. Gerhard Kaniak schließt die Debatte und bedankt sich bei den ExpertInnen für ihr Kommen. (*Beifall.*)

Sodann erklärt der Obmann das Hearing und damit den öffentlichen Teil der Beratungen für **beendet**.

Schluss des öffentlichen Teils von TOP 1: 17.11 Uhr

