

Zweiter Bericht zum begleitenden Monitoring der Impfpflicht gegen COVID-19

23. Mai 2022

Executive Summary

An der medizinischen und damit auch rechtlichen Einschätzung der Impfpflicht haben sich seit dem ersten Bericht zum begleitenden Monitoring der Impfpflicht vom 8. März 2022 keine gravierenden Änderungen ergeben, und die im ersten Bericht erfolgte Beurteilung kann in ihren wesentlichen Punkten aufrechterhalten werden.

Nach wie vor gilt es, sich für den Herbst 2022 möglichst gut auf eine Reihe verschiedener Szenarien einzustellen und jetzt für diese Szenarien die notwendigen Schritte einzuleiten, um im Herbst nicht unvorbereitet getroffen zu werden, so dass weitere drastische Einschränkungen des wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebens – bis hin zum Lockdown – möglichst vermieden werden können. Auch wenn deutlich harmlosere Entwicklungen möglich erscheinen, gehört zu den Szenarien, auf die es sich vorzubereiten gilt, auch ein Szenario („worst case“), in dem eine hinreichend ansteckende und krankmachende Variante von SARS-CoV-2 auf eine Bevölkerung trifft, deren Immunität über den Sommer stark abgenommen hat. Unter ungünstigen Bedingungen ist dann eine hohe Morbidität verbunden mit einer Überlastung des Gesundheitssystems weiterhin nicht auszuschließen.

Wenngleich die Kommission eine unmittelbare Umsetzung der Impfpflicht mit Auslaufen der derzeitigen Aussetzungs-V weiterhin für nicht erforderlich hält, warnt die Kommission nachdrücklich davor, die wertvollen Sommermonate ungenutzt verstreichen zu lassen und sich in falscher Sicherheit zu wiegen. Insbesondere müssen jetzt die logistischen Vorkehrungen dafür getroffen werden, dem Großteil der Bevölkerung im Spätsommer/Frühherbst innerhalb relativ kurzer Zeit – auf der Grundlage einer allgemeinen Impfpflicht oder auf anderer Grundlage, insbesondere auch auf selbst geäußerten Wunsch hin – eine Auffrischungsimpfung verabreichen zu können. Dabei weist die Kommission darauf hin, dass dies wegen des Nachlassens der erworbenen Immunität auch Personen umfassen muss, die bereits im Herbst/Winter 2021 drei Impfungen erhalten haben. Insoweit könnte ein Fokus der durchzuführenden Impfmaßnahmen auch auf jene Personen gerichtet sein, die prinzipiell impfbereit sind und aufgrund des Nachlassens einer einmal erworbenen Immunität eine Auffrischungsimpfung benötigen.

Die Kommission möchte noch einmal klarstellen, dass ihr Mandat nur die Beurteilung der Impfpflicht umfasst, wie der demokratisch legitimierte Gesetzgeber sie im COVID-19-IG im Hinblick auf deren Umsetzung oder weitere Aussetzung als allgemeine Impfpflicht konzipiert und erlassen hat. Dagegen umfasst ihr Mandat nicht die Entwicklung und/oder Bewertung alternativer Konzepte einer Impfpflicht, etwa einer auf bestimmte Alters- oder Berufsgruppen eingeschränkten oder von vornherein einrichtungsbezogenen Impfpflicht. Diesbezüglich wäre allein der demokratisch legitimierte Gesetzgeber am Zuge.

Zusammenfassend unterstreicht die Kommission die Wichtigkeit einer weiteren laufenden Beobachtung der Entwicklungen und einer baldigen Reevaluierung der Situation unter voller Aufrechterhaltung der logistischen Vorbereitungen für eine Reihe verschiedener Szenarien im Herbst 2022, zu denen bei ungünstiger Entwicklung auch die mögliche Umsetzung der Impfpflicht nach dem COVID-19-IG gehört. Die laufende Beobachtung der Situation sollte neben der Dauerhaftigkeit einer erworbenen Immunität (hinsichtlich schwerer Krankheitsverläufe) nach Impfung bzw. Infektion insbesondere auch Studien betreffend therapeutische Möglichkeiten umfassen, v.a. im Hinblick auf deren Effektivität, Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie im Hinblick auf deren Akzeptanz in Bevölkerungskreisen, welche auch einer Impfung kritisch bis ablehnend gegenüberstehen.

Inhalt

1.	Grundlage und Aufgabenstellung der Kommission	4
2.	Wesentliche Entwicklungen zu COVID-19 aus medizinischer Sicht	5
2.1.	Zum epidemiologischen Verlauf	5
2.2.	Zur gegenwärtigen Immunitätslage	6
2.3.	Zur zukünftigen Entwicklung der Immunitätslage bis zum Herbst 2022 und zu neuen immunologischen Erkenntnissen.....	6
2.4.	Long COVID und andere Langzeitfolgen nach COVID-19 Infektion	7
2.5.	Therapeutische Interventionen als Ergänzung zu den Impfungen.....	8
2.6.	Zur Entwicklung der Durchimpfungsrate seit dem ersten Bericht	8
2.7.	Schlussfolgerung für den ergänzenden Bericht	9
3.	Bewertung der Impfpflicht aus verfassungsrechtlicher Sicht.....	10
3.1.	Zur derzeitigen rechtlichen Ausgangslage	10
3.2.	Zu den Anforderungen an staatliche Prognoseentscheidungen	11
3.3.	Zur Eignung der Impfpflicht	11
3.4.	Zur Erforderlichkeit der Impfpflicht	12
3.5.	Angemessenheit der Impfpflicht (Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn)	13
3.6.	Verfassungsrechtliche Schlussfolgerungen aus den medizinischen Erkenntnissen.....	14
4.	Ergebnisse.....	16

1. Grundlage und Aufgabenstellung der Kommission

Entsprechend § 19 des Bundesgesetzes über die Impfpflicht gegen COVID-19 (COVID-19-Impfpflichtgesetz – COVID-19-IG) wurde per 11. Februar 2022 eine Kommission nach § 8 Bundesministerienengesetz im Bundeskanzleramt eingerichtet. Aufgabe der Kommission ist das begleitende Monitoring der Impfpflicht, wie unter § 19 COVID-19-IG gefordert.

Die Kommission setzt sich aus den folgenden Mitgliedern zusammen (alphabetisch gereiht):

- Univ.-Prof. Dr. Herwig Kollaritsch (medizinischer Fachexperte, Facharzt für Tropenmedizin sowie für Hygiene und Mikrobiologie, Mitglied des nationalen Impfgremiums)
- Univ.-Prof. DDr. Mag. Eva Schernhammer (medizinische Fachexpertin, Ärztin für Allgemeinmedizin, Professorin für Epidemiologie, Leiterin der Abteilung für Epidemiologie der Medizinischen Universität Wien)
- Univ.-Prof. Dr. Karl Stöger, MJur (Oxon) (Professor eines rechtswissenschaftlichen Faches, Institut für Staats- und Verwaltungsrecht, Universität Wien, Medizinrecht; zum Vorsitzenden ernannt)
- Univ.-Prof. Dr. Christiane Wendehorst, LL.M. (Cantab.) (Professorin eines rechtswissenschaftlichen Faches, Institut für Zivilrecht, Universität Wien, Mitglied der Bioethikkommission)

Die Kommission hat nach § 19 Abs 1 COVID-19-IG die Aufgabe, dem Nationalrat, dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister und der Bundesregierung in dreimonatigen Abständen ab Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes, oder im Falle einer grundlegenden Änderung jener Umstände, die für die Erlassung dieses Bundesgesetzes maßgeblich waren unverzüglich, zu berichten, insbesondere über

1. die wesentlichen wissenschaftlichen Entwicklungen im Bereich der Schutzimpfung und der Medikamente gegen COVID-19,
2. die Entwicklung der Durchimpfungsrate im Hinblick auf COVID-19,
3. die Eignung der Impfpflicht zur Verhinderung einer Überlastung der medizinischen Versorgung, und
4. die in § 19 Abs 2 genannten Kriterien, anhand welcher der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister (ggf. auch unabhängig von einem Bericht der Kommission) über eine endgültige oder vorübergehende Aussetzung der Geltung des COVID-19-IG oder einzelner seiner Bestimmungen zu entscheiden hat. Diese Kriterien sind:
 - eine allfällige Nicht-Verfügbarkeit von Impfstoffen,
 - eine wesentliche Änderung des Standes der Wissenschaft hinsichtlich der Wirksamkeit der Impfstoffe,
 - eine wesentliche Änderung des Standes der Wissenschaft hinsichtlich der sonstigen Eignung der Impfpflicht zur Verhinderung einer Überlastung der medizinischen Versorgung, wie insbesondere bei Auftreten neuer Virusvarianten oder einer durch die Eigenschaften des Virus bedingten Veränderung des infektionsepidemiologischen Geschehens, und
 - eine wesentliche Änderung des Standes der Wissenschaft hinsichtlich der Erforderlichkeit der Impfpflicht.

Die Kommission hat ihren ersten Bericht zum begleitenden Monitoring der Impfpflicht am 8. März erstattet. Der Bericht ist unter folgendem Link abrufbar:

https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/bkagvat/content/themen/kommission-zum-begleitenden-monitoring-der-impfpflicht/bericht_monitoringkommission_080322.pdf

Bei der Erstattung des zweiten Berichts kann die Kommission in wesentlichen Punkten auf die im ersten Bericht dargelegten Entwicklungen und Bewertungen verweisen.

2. Wesentliche Entwicklungen zu COVID-19 aus medizinischer Sicht

Dieser ergänzende Bericht soll neue Erkenntnisse, die seit dem ersten Bericht veröffentlicht wurden, zusammenfassen und Ergänzungen/Änderungen zu den dort getroffenen Aussagen auf der Basis neu gewonnener Evidenz beinhalten. Vorausgeschickt sei, dass sich alle Aussagen auf Szenarien beziehen, die keine substanzielle Änderung der momentan zirkulierenden Virusvarianten von SARS-CoV-2 (Omikronvariante mit Untervarianten und eventuellen rekombinanten Varianten Omikron/Delta) bzgl. deren Ansprechen auf COVID-19 Therapien und Impfung annehmen. Denn sowohl alle epidemiologischen, immunologischen und klinischen Parameter ebenso wie alle Erkenntnisse zu den Impfstoffen beruhen auf wissenschaftlichen Untersuchungen zu den bereits aufgetretenen Varianten und können keinerlei auch noch so spekulative Prognosen zum biologischen Verhalten neu auftretender Virusvarianten und sich daraus ergebender Konsequenzen treffen.

2.1. Zum epidemiologischen Verlauf

Seit dem Erstbericht, der zum Höhepunkt der Omikron-Welle veröffentlicht wurde, hat sich durch die massive Ausbreitung der Infektion in der Bevölkerung und die daraus entstehende Immunität einerseits, sowie aufgrund der einsetzenden saisonal-bedingten Infektionsabflachung andererseits, eine langsam rückläufige Tendenz bei den Neuinfektionen entwickelt, die in den letzten Wochen eine Abwärtsdynamik erkennen lässt, mit permanenter R_{eff} von knapp unter 1,0.¹ Es ist damit zu rechnen, dass sich dieser Trend in den kommenden Monaten bis zu einem gewissen Grad fortsetzt, einerseits, weil zu einer konstant bleibenden Zahl an geimpften Personen viele genesene und damit immune Personen hinzukommen, andererseits, weil durch die Saisonalität² von SARS-CoV-2 generell mit einem anhaltend abflachenden Trend bei den Neuinfektionen zu rechnen ist. Allerdings ist in Zusammenschau mit der parallel langsam wieder abnehmenden Immunität und dem Auftreten von BA.4/BA.5 in Österreich anhand jüngster Prognosen auch von einem relativen Stagnieren des Rückganges der Fallzahlen über den Sommer auszugehen, bzw. deuten manche Prognosen einen leichten Anstieg bereits wieder ab Juli an.³ Insgesamt spiegelt dies eine deutliche prognostische Unsicherheit wider.

¹ <https://orf.at/corona/daten/oesterreich>.

² https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7924107/pdf/10.1177_0748730420987322.pdf,
<https://www.nature.com/articles/s41598-021-94417-9>, <https://www.nature.com/articles/s41598-021-87692-z>,
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34953888/>.

³ <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/COVID-Prognose-Konsortium-2022.html#mai-2022>.

2.2. Zur gegenwärtigen Immunitätslage

Ergänzend zu den Veröffentlichungen des Prognosekonsortiums⁴ hat auch die Statistik Austria⁵ am 14.4.2022 eine Übersicht über die Immunitätslage bzw. das Vorhandensein valider Impf- und/oder Genesungszertifikate publiziert. Demnach bewegen sich die Daten zur Anzahl derzeit als „immun“ zu betrachtenden Personen in der Bevölkerung (unabhängig davon, wie diese Immunität erworben wurde) bei etwa 85% bis 90%. Nicht beschrieben wird, wie der Terminus „immun“ zu definieren ist: Ob und zu welchem Anteil diese Personen gegen Infektion, gegen symptomatische Erkrankung oder gegen einen schweren Krankheitsverlauf mit Hospitalisierung immun sind, ist den Daten nicht zu entnehmen und hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Jedenfalls hat die abgelaufene Omikron-Welle dazu geführt, dass die Immunitätsverteilung in der Bevölkerung homogener geworden ist: Während vor der Omikron-Welle die jüngeren Altersgruppen noch einen geringen Immunitätsanteil aufwiesen, geht die Statistik Austria davon aus, dass zum Stichtag 15.4.2022 zwischen 89% und 92% der Jugendlichen und Erwachsenen ein aufrechtes Impf- oder Genesungszertifikat besaßen. Da die Impfpflicht nur für Personen über 18 Jahren schlagend wird, ist in dieser Gruppe anhand dieser Daten von einem Anteil nicht-immuner Personen von weniger als 7% auszugehen, was den Berechnungen von *N. Popper* im Erstbericht vom 8. März 2022 entspricht.

2.3. Zur zukünftigen Entwicklung der Immunitätslage bis zum Herbst 2022 und zu neuen immunologischen Erkenntnissen

Bereits im Bericht vom 8. März 2022 wird darauf eingegangen, dass ein Schwinden der Immunität nach Impfung oder nach Infektion bei COVID-19 zu erwarten ist. Dieses Schwinden der Immunität wirkt sich auf verschiedene Parameter von COVID-19 unterschiedlich aus, wie die Daten des UKHSA⁶ verdeutlichen. Der Schutz gegen symptomatische Infektion reduziert sich bereits nach 2 bis 3 Monaten auf 50% (nach 2 Impfungen) bzw. 65% (nach 3 Impfungen), während der Schutz gegen Hospitalisierung nach 2 Impfungen auch nach mehr als 6 Monaten noch bei 70%, bzw. nach 3 Impfungen und 6 Monaten bei 85% liegt. Hier gilt es noch geringe Unterschiede nach dem Alter und Impfstoff zu berücksichtigen, die Angaben beziehen sich auf den in Österreich meistverwendeten Impfstoff von BNT/Pfizer. Der Schutz gegen Tod durch COVID-19 dürfte auch längerfristig bei nahe 90% liegen. Eine rezente Arbeit, die die immunologischen Veränderungen nach der dritten Impfung genauer untersucht, kommt zu dem Schluss, dass nach drei mRNA-Impfungen Immungedächtniszellen so breit ausgebildet werden, dass eine Abwehr neuer Infektionen – auch mit Varianten – rasch durch Antikörperbildung erfolgen kann und dass diese Fähigkeit auch längerfristig erhalten bleibt.⁷ Es wird in dieser Arbeit auch gezeigt, dass sich die immunologische Reaktionsfähigkeit bei Genesenen und Drittgeimpften praktisch nicht unterscheidet.

Während also der durch Impfung vermittelte Infektionsschutz recht rasch abnimmt, bleibt der Schutz vor schwerer, hospitalisierungsbedürftiger und damit systembelastender Erkrankung länger aufrecht, zeigt aber auch ein gewisses Schwinden über die Zeit,⁸ wobei unklar ist, welcher langfristigen Dynamik diese

⁴ <http://www.dexhelpp.at/de/immunisierungsgrad/>.

⁵ https://pic.statistik.at/web_de/presse/127997.html.

⁶ https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1069256/Vaccine_surveillance_report_-_week_15.pdf.

⁷ <https://www.nature.com/articles/s41586-022-04778-y>.

⁸ <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2822%2900146-3>.

Schwinderate vor allem bei den in jüngerer Vergangenheit aufgetretenen Omikron-Varianten unterliegt, da hier noch keine Langzeitdaten vorliegen.

Jüngste Publikationen zeichnen für den Immunschutz Genesener ein etwas differentes Bild: Eine durchgemachte Erkrankung hinterlässt einen Reinfektionsschutz gegen homologe Infektion von fast 80% über mehr als 7 Monate,⁹ eine schwedische Studie über die gesamte Population¹⁰ untersucht zusätzlich zum Schutz durch Genesung auch noch den Effekt zusätzlicher Impfungen und kommt zu dem Ergebnis, dass ungeimpfte Genesene bis 3 Monate nach der Infektion einen Infektionsschutz von 95% haben und dass der Schutz vor Hospitalisierung bis 20 Monate nach der Infektion noch immer bei 87% liegt. Betrachtet man nun Personen, die zusätzlich zu ihrer Genesung 1x geimpft wurden, so sinkt deren Reinfektionsrisiko gegenüber nur Genesenen um weitere 58%, bei 2x geimpften Genesenen um 66%. Zu vergleichbaren Ergebnissen kommt eine israelische Kohortenstudie.¹¹ Auch die Effektivität einer Genesung gegenüber einer heterologen Reinfektion wurde bereits untersucht¹² und zeigt sehr eindrücklich, dass eine durchgemachte Infektion mit einer non-Omikron Variante gegenüber einer weiteren non-Omikron Infektion einen Infektionsschutz von 85-92% hinterlässt, folgt jedoch eine Omikron-Infektion auf die Genesung von einer anderen Variante, so sinkt der Infektionsschutz auf 56%. Demgegenüber zeigt dieselbe Arbeit, dass die Effektivität gegen schwer und schwerstverlaufende nachfolgende Erkrankungen unabhängig von der zweitinfizierenden Variante über 85% liegt. Diese Arbeit untersucht aber nicht den Impfeffekt im Vergleich und zeigt auch keine Daten zum zeitlichen Verlauf dieser Immunitätseffekte. Insgesamt ist festzuhalten, dass anhand der gegenwärtigen Datenlage aber noch Unsicherheiten bestehen was den Infektionsschutz nach Genesung in Kombination mit/ohne Impfung betrifft, sowohl was dessen Effizienz als auch Dauer/Dynamik betrifft, und all dies mit der klaren Einschränkung, dass diese Daten keine Ableitung gestatten, was den Schutz gegen neue Varianten betrifft.

2.4. Long COVID und andere Langzeitfolgen nach COVID-19 Infektion

Zum Schutz der Impfung gegen Long COVID bei Erwachsenen: Eine rezente Zusammenfassung der UKHSA befasst sich mit der Frage, welchen Schutz COVID-19 Impfungen gegen Long COVID bieten (Daten alle noch von vor Omikron). In diesem rapid review¹³ der UKHSA wurden 15 Studien identifiziert, davon 8, in denen das Risiko von Long COVID bei Geimpften untersucht wurde (versus 7 weitere, die untersuchten, ob eine Impfung nach COVID-19 Infektion das Risiko von Long COVID zu reduzieren vermag). Zusammenfassend liefern diese Studien Hinweise dafür, dass geimpfte Personen, die sich anschließend mit COVID-19 infizieren, seltener Long COVID Symptome aufweisen als ungeimpfte Personen, und zwar sowohl kurzfristig (4 Wochen nach der Infektion) als auch mittelfristig (12 bis 20 Wochen nach der Infektion) und langfristig (6 Monate nach der Infektion).

Zu den möglichen Langzeitfolgen nach COVID-19 gibt es ebenfalls eine wachsende Anzahl an Studien, welche unter anderem einen Anstieg des 1-Jahres Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen beschreiben,¹⁴ sowie ein länger bestehendes (bis zu 110 Tage nach Infektion) Risiko für tiefe

⁹ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00575-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00575-4/fulltext).

¹⁰ [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(22\)00143-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(22)00143-8/fulltext).

¹¹ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2119497>.

¹² <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2200133>.

¹³ <https://ukhsa.koha-ptfs.co.uk/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=fe4f10cd3cd509fe045ad4f72ae0dfff>.

¹⁴ <https://www.nature.com/articles/s41591-022-01689-3>.

Venenthrombosen und Lungenembolien und Blutungen nach COVID-19,¹⁵ und ein höheres Risiko für Veränderungen in mit dem Geruchssinn zusammenhängenden Gehirnregionen.¹⁶ Eine longitudinale Kohortenstudie aus China, die eingangs hospitalisierte COVID-19 Patienten über 2 Jahre nach Entlassung nachbeobachtete, unterstrich nachdrücklich den langwierigen Rehabilitationsprozess bei diesen Patienten, auch wenn nach 2 Jahren die meisten wiederhergestellt waren.¹⁷

2.5. Therapeutische Interventionen als Ergänzung zu den Impfungen

Seit dem ersten Bericht hat die Anwendung mehrerer therapeutischer Optionen in Österreich Fuß gefasst und sind diese ausgerollt worden. Die deutsche Kommission zur „Nutzenbewertung von Arzneimitteln“ hat sowohl zu Molnupiravir¹⁸ als auch zu Nirmatrelvir/Ritonavir¹⁹ entsprechende Stellungnahmen veröffentlicht, die beiden Medikationen eine hohe Wertigkeit in der Behandlung von COVID-19 zur Verhinderung von schweren Krankheitsverläufen und Todesfällen bescheinigen. Da alle therapeutischen Optionen noch relativ jung sind, ist auf diesem Gebiet mit einer raschen weiteren Entwicklung und zunehmend präziseren Datenlage^{20,21} zu rechnen, sodass davon ausgegangen werden kann, dass therapeutische Interventionen zukünftig ein noch größeres Gewicht in der Gesamtschau aller Möglichkeiten zur Behandlung von COVID-19 und seinen Folgen haben werden. Dies relativiert die Impfnötigkeit keinesfalls, bietet aber ein zusätzliches Sicherheitsnetz z.B. für COVID-19 Infizierte, die einer Risikogruppe angehören.

2.6. Zur Entwicklung der Durchimpfungsrate seit dem ersten Bericht

In den letzten Wochen ist die Verabreichung insbesondere von Erst- und Zweitimpfungen praktisch zum Stillstand gekommen, die aktuellen Zahlen sind dem Impfdashboard des Gesundheitsministeriums zu entnehmen.²² Dies ist im Lichte der derzeitigen Immunitätslage (oben 2.2.) noch nicht bedenklich, es ist allerdings zu beachten, dass im Herbst 2022 bei Nachlassen der saisonalen Dämpfung des Infektionsgeschehens sehr wahrscheinlich eine Steigerung der Impfbereitschaft bzw. der Verabreichung von Impfungen erforderlich sein wird (vgl. bereits die Schlussfolgerungen 2.4.4. des ersten Kommissionsberichts sowie sogleich unten 2.7.), so dass erneut auf die Notwendigkeit entsprechender vorbereitender Schritte schon zum jetzigen Zeitpunkt hinzuweisen ist.

¹⁵ <https://www.bmj.com/content/377/bmj-2021-069590>.

¹⁶ https://www.nature.com/articles/s41586-022-04569-5_reference.pdf.

¹⁷ [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(22\)00126-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(22)00126-6/fulltext).

¹⁸ <https://www.dgho.de/publikationen/stellungnahmen/gute-aerztliche-praxis/coronavirus/molnupiravir-stellungnahme-20211209k.pdf>.

¹⁹ <https://www.dgho.de/publikationen/stellungnahmen/gute-aerztliche-praxis/coronavirus/nirmatrelvir-stellungnahme-20211222.pdf>.

²⁰ <https://www.vfa.de/de/arzneimittel-forschung/woran-wir-forschen/therapeutische-medikamente-gegen-die-coronaviruserkrankung-covid-19>.

²¹ <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2118542?articleTools=true>.

²² <https://info.gesundheitsministerium.at/impflage>.

2.7. Schlussfolgerung für den ergänzenden Bericht

Im ersten Bericht vom 8.3.2022 wurde unter 2.4.4. als Schlussfolgerung des damaligen Erkenntnisstandes eine detaillierte Empfehlung für eine weitere Immunisierung im Spätsommer/Frühherbst gegeben. An dieser Empfehlung hat sich nichts geändert, sie bleibt vollinhaltlich aufrecht. Gleichzeitig befinden sich mehrere von der Regierung in Auftrag gegebene Managementpläne für verschiedene Herbstszenarien in Arbeit, die gegebenenfalls zur Beurteilung im Weiteren herangezogen werden können.

Auch die unter Punkt 3. des Erstberichts abgegebene Bewertung der Impfpflicht aus medizinischer Sicht bleibt unverändert, ergänzt sei, dass mittlerweile für die Verabreichung der vierten Impfung unter bestimmten Voraussetzungen auch eine Empfehlung durch die EMA²³ und durch das ECDC²⁴ vorliegt, die auch in den Anwendungsempfehlungen des Nationalen Impfgremiums (NIG) abgebildet ist. Eine Zulassung weiterer Auffrischimpfungen der gegenwärtig verfügbaren Impfstoffe auf mRNA-Basis ist ebenfalls noch nicht erfolgt. Inwieweit auch zugelassene Impfstoffe zur Verfügung stehen werden, die weitere Virusvarianten abdecken, ist derzeit nicht abschätzbar. Mehrere konventionelle Impfstoffe (hier vor allem zu benennen: Valneva und HIPRA²⁵) befinden sich derzeit im „rolling review“ bei der EMA, sie werden aller Voraussicht nach im Herbst zur Verfügung stehen und das Portfolio ergänzen. Da jedoch die angeführten neueren immunologischen und epidemiologischen Erkenntnisse zu den bisher am Markt befindlichen Impfstoffen diese als durchaus geeignet ausweisen, auch weitere durch Omikron-Varianten hervorgerufene Infektionswellen wirksam zu bekämpfen und vor allem auf dem Niveau des einzelnen Erkrankten auch vor schweren Verläufen als schützend angesehen werden können, würden variantenadaptierte Impfstoffe (diese befinden sich derzeit alle in Phase III Studien) an der prinzipiellen Einschätzung der Wirksamkeit der Impfungen nichts Gravierendes verändern.

Zusätzlich zur Impfintervention in der Bekämpfung der COVID-19 Infektionen und deren Folgen sind die therapeutischen Möglichkeiten, insbesondere die hervorragende Wirksamkeit von Paxlovid zunehmend höher zu bewerten.²⁶ Dessen ungeachtet bleiben nicht-pharmazeutische Interventionen, wie Masken, Distancing, Belüftungskonzepte u.v.a., wirksame und gelindere Mittel zur Bekämpfung von SARS-CoV-2 Infektionen.

Eine rezente Arbeit in "nature"²⁷ zeigt sehr eindrücklich, dass die derzeit verfügbaren Impfstoffe nicht in der Lage sind und wahrscheinlich auch im Hinblick auf zukünftige Virusvarianten²⁸ nicht sein werden, als *alleinige* Intervention systemkritische Auslastungen im Gesundheitsbereich dauerhaft bei Auftreten neuer Infektionswellen zu verhindern. Nur die Kombination: Impfung – Therapie – nichtpharmazeutische Interventionen (NPIs, in situationsangepasstem Ausmaß) hat das Potential, Ausbrüche mit hochinfektiösen Omikron-Varianten so weit zu mitigieren, dass eine der saisonalen Influenza vergleichbare und damit bewältigbare Belastung für das Gesundheitssystem resultiert. Auch sei

²³https://www.ema.europa.eu/en/documents/public-statement/covid-19-joint-statement-ecdc-ema-administration-fourth-dose-mrna-vaccines_.pdf.

²⁴ <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-considerations-and-evidence-support-decisions-implementation-second>.

²⁵<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/treatments-vaccines/vaccines-covid-19/covid-19-vaccines-under-evaluation#covid-19-vaccines-under-rolling-review-section>.

²⁶ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2118542>.

²⁷ <https://www.nature.com/articles/s41591-022-01855-7>.

²⁸ <https://www.nature.com/articles/d41586-022-01240-x>.

angemerkt, dass für COVID eingeführte NPIs gleichzeitig natürlich in der Lage wären, die üblicherweise synchron mit SARS-CoV-2 Wellen auftretenden saisonalen Influenzawellen deutlich zu reduzieren (siehe Influenzadaten der Saisonen 2020/2021 und 2021/2022).

3. Bewertung der Impfpflicht aus verfassungsrechtlicher Sicht

Eignung und Erforderlichkeit der Impfpflicht sind nicht nur medizinische Aspekte, sondern stellen auch aus verfassungsrechtlicher Sicht unverzichtbare Teilaspekte des Verhältnismäßigkeitsprinzips dar, dem jeder staatliche Eingriff in Grundrechte zu entsprechen hat. Der Klarstellung halber ist darauf hinzuweisen, dass die Kommission in ihrem Bericht primär eine Beurteilung der Eignung, Erforderlichkeit und Angemessenheit der Impfpflicht aus medizinischer und rechtlicher Sicht zum jeweiligen Zeitpunkt vorzunehmen hat und somit die Anwendung der Impfpflicht auf Grundlage der geltenden Rechtslage zu bewerten hat. Dies erfolgt insbesondere vor dem Hintergrund, dass eine Impfpflicht aus verfassungsrechtlicher Sicht dann als zulässig anzusehen ist, wenn sie zur Verhinderung einer Überlastung der medizinischen Versorgung geeignet ist, das gelindeste Mittel zur Zielerreichung darstellt und dem Gebot der Verhältnismäßigkeit entspricht.²⁹ Gegenstand des in § 19 COVID-19-IG umrissenen Prüfungsauftrags der Kommission ist hingegen nicht die Beurteilung der Verfassungs- und Rechtmäßigkeit der einzelnen Bestimmungen des COVID-19-IG. Diese Aufgabe kommt im Rechtsschutzsystem der österreichischen Bundesverfassung dem Verfassungsgerichtshof zu, bei dem auch schon Anträge gegen das COVID-19-IG eingebracht wurden.³⁰

3.1. Zur derzeitigen rechtlichen Ausgangslage

Zur derzeitigen Rechtslage ist als bekannt vorauszusetzen, dass der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz auf Grund des § 19 Abs. 2 COVID-19-IG im Einvernehmen mit dem Hauptausschuss des Nationalrats mit einer am 12. März 2022 in Kraft getretenen Verordnung³¹ die vorübergehende Nichtanwendung des COVID-19-Impfpflichtgesetzes und der COVID-19-Impfpflichtverordnung angeordnet hat (im Folgenden: „Aussetzungs-V“). Konkret sieht die Aussetzungs-V vor, dass die §§ 1, 4, 10 und 11 des COVID-19-IG ebenso wie die §§ 1 und 4 der COVID-19-Impfpflichtverordnung (COVID-19-IV) in der jeweils geltenden Fassung nicht auf Sachverhalte anzuwenden sind, die sich nach dem Inkrafttreten der Aussetzungs-V ereignen.

Die Aussetzungs-V tritt allerdings mit Ablauf des 31. Mai 2022 außer Kraft. Sofern der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz nicht im Einvernehmen mit dem Hauptausschuss des Nationalrats eine weitere ähnliche Verordnung erlässt, tritt damit die allgemeine Impfpflicht nach dem COVID-19-IG am 1. Juni wieder in Kraft. Der vorliegende Bericht der Kommission ist daher insbesondere als Entscheidungshilfe für den Bundesminister und den Hauptausschuss des

²⁹ Vgl. z.B. *Krasser*, Zur grundrechtlichen Zulässigkeit einer Impfpflicht, RdM 2020, 136; EGMR 8. 4. 2021, 47.621/13 *Vavřicka* u.a. gegen Tschechische Republik.

³⁰ https://www.vfgh.gv.at/medien/Erster_Antrag_Impfpflicht.php. Ein erster Antrag wurde aus formalen Gründen bereits zurückgewiesen (VfGH 29. 4. 2022, G 29/2022), über andere wird noch beraten.

³¹ Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend die vorübergehende Nichtanwendung des COVID-19-Impfpflichtgesetzes und der COVID-19-Impfpflichtverordnung, BGBl. II Nr. 103/2022.

Nationalrats zu verstehen, rechtzeitig über eine weitere Aussetzung – beispielsweise bis 31. August 2022 – zu befinden.

3.2. Zu den Anforderungen an staatliche Prognoseentscheidungen

Hinsichtlich der Anforderungen an staatliche Prognoseentscheidungen kann auf die Ausführungen im ersten Bericht verwiesen werden. Danach lässt eine Analyse der im Zusammenhang mit der COVID-19-Gesetzgebung ergangenen Judikatur des VfGH den Schluss zu, dass insbesondere beim Erlass von Verordnungen – wie auch einer Verordnung auf der Grundlage von § 19 Abs 2 COVID-19-IG – drei Anforderungen zu stellen sind:

- Anwendung in der konkreten Situation zumutbarer Sorgfalt, d.h. der Verordnungsgeber muss seine Entscheidung auf dem in der konkreten Situation zeitlich und sachlich möglichen und zumutbaren Informationsstand über die relevanten Umstände, auf die das Gesetz maßgeblich abstellt, und nach Durchführung der gebotenen Interessenabwägung treffen;
- Dokumentation und Transparenz, d.h. der Verordnungsgeber muss im Verordnungserlassungsverfahren dokumentieren, auf welcher Informationsbasis die Verordnungsentscheidung fußt und die gebotene Interessenabwägung erfolgt ist.
- Ständige Anpassungsbereitschaft, d.h. der Verordnungsgeber muss ein schrittweises, nicht vollständig abschätzbare Auswirkungen beobachtendes und entsprechend wiederum durch neue Maßnahmen reagierendes Vorgehen wählen.

Diese Kriterien sind durch aktuelle Entscheidungen des VfGH im Zusammenhang mit COVID-19-Maßnahmen bestätigt worden.³²

3.3. Zur Eignung der Impfpflicht

Auch hinsichtlich des Kriteriums der Eignung bzw. Geeignetheit zur Verfolgung eines legitimen staatlichen Zwecks kann auf die Ausführungen im ersten Bericht verwiesen werden.

Danach ist der Zweck des COVID-19-IG sowohl im Schutz der Rechte anderer als auch im Schutz der öffentlichen Gesundheit zu sehen. Für die Beurteilung durch die Kommission steht allerdings ausweislich § 19 Abs 1 COVID-19-IG der Schutz des Gesundheitssystems („Gesundheitsinfrastruktur“) vor Überlastung ganz im Vordergrund. Dabei ist nicht nur die Überlastung durch COVID-19-Patient:innen zu berücksichtigen, sondern kann eine Überlastung auch dadurch eintreten, dass andere notwendige Behandlungen infolge der Priorisierung von COVID-19-Patient:innen verschoben, reduziert oder gar ganz unterlassen werden müssen bzw. notwendige Behandlungen nur durch Ausbau von Ressourcen oder signifikante Überstunden des Gesundheitspersonals durchgeführt werden können. Ferner ist zu berücksichtigen, dass eine Überlastung des Gesundheitssystems auch durch massenhafte COVID-19 Infektionen/Erkrankungen des Gesundheitspersonals hervorgerufen werden kann, was eine hohe Durchimpfung dieser Personengruppe als besonders dringlich erscheinen lässt. Allerdings besteht ein grundsätzlicher Unterschied zwischen einer allgemeinen Impfpflicht für die gesamte Bevölkerung

³² Vgl. nur VfGH 3. 3. 2022, V 231/2021, Rz. 52, Rz. 58ff. („Nachtgastronomie“); 17. 3. 2022, V 294/2021, Rz. 65 ff., Rz. 73, Rz. 78 ff. („Lockdown für Ungeimpfte“); 29. 4. 2022, V 23/2022, Rz. 27f., Rz. 37 ff. („Fortgesetzter Lockdown für Ungeimpfte“).

und speziellen Maßnahmen zur Absicherung der Funktionsfähigkeit systemkritischer Bereiche (siehe im Übrigen auch Punkt 3.6.).

Es spricht viel dafür, auf dieser Stufe der Verhältnismäßigkeitsprüfung keinen allzu strengen Maßstab anzulegen und die Problematik im Wesentlichen auf die Stufen der Erforderlichkeit und der Angemessenheit zu verlagern. An der grundsätzlichen Bejahung der Eignung der Impfpflicht hat sich danach seit dem ersten Bericht nichts geändert.

Die mittlerweile vorliegenden Erkenntnisse zur Wirksamkeit der COVID-19-Schutzimpfung gegen die verschiedenen Ausprägungen von Long-COVID-19-Syndromen (dazu oben 2.4) erfordern keine Neubewertung der Eignung. Schon die Gesetzesmaterialien zum COVID-19-IG weisen zwar darauf hin, dass die Impfung „Long-COVID Syndrome signifikant reduzieren kann“.³³ Somit wäre auch die Reduktion von Long-COVID als legitimes Ziel des COVID-19-IG in Betracht zu ziehen. Allerdings betont insb. § 19 COVID-19-IG (Prüfungsgegenstand der Kommission) die Eignung der Impfpflicht zur „Verhinderung einer Überlastung der medizinischen Versorgung“, was die zentrale Bedeutung dieses Aspekts für den österreichischen Gesetzgeber betont³⁴ und zugleich den Prüfgegenstand der Kommission konkretisiert.

Prinzipiell kann eine Überlastung des Gesundheitssystems zwar nicht nur durch akute COVID-19-Infektionen, sondern auch durch Long-COVID-19-Syndrome eintreten. Häufigkeit und Symptomatik von Long-COVID-19-Syndromen führen bislang zwar zu immensem menschlichem Leid, erhöhten Ausgaben für das Gesundheitssystem und – wenn die Betroffenen über längere Zeit hinweg nicht mehr oder nur eingeschränkt am Erwerbsleben teilnehmen können – auch zu immensem volkswirtschaftlichem Schaden. Die zusätzliche Belastung der Gesundheitsinfrastruktur infolge von Long-COVID-19-Syndromen ist allerdings – verglichen mit anderen Belastungen – zum momentanen Zeitpunkt nicht signifikant genug, um eine Impfpflicht unter dem Gesichtspunkt der Verhinderung einer Überlastung des Gesundheitssystems rechtfertigen zu können. Auch der Schutz jedes Einzelnen vor Long-COVID-Syndromen ist zwar ein legitimer staatlicher Zweck, für sich alleine aber keine taugliche Grundlage für eine Impfpflicht, steht die Impfung doch jeder impfbaren Person zur Verfügung und gehört der Schutz der Betroffenen vor sich selbst (z.B. vor der eigenen Trägheit oder einer objektiv unzutreffenden Risiko-Nutzen-Abwägung) nicht zu den Gründen, welche einen derartigen Eingriff in das von Art. 8 EMRK geschützte Recht auf Privatleben zu rechtfertigen vermögen.

3.4. Zur Erforderlichkeit der Impfpflicht

Hinsichtlich der Erforderlichkeit als unverzichtbarem Teilaspekt des Verhältnismäßigkeitsprinzips kann gleichfalls im Wesentlichen auf den ersten Bericht verwiesen werden. Danach ist unter dem Gesichtspunkt der Erforderlichkeit zu prüfen, ob der Staat die grundrechtlich gewährleistete Freiheit nicht in einem größeren Maß einschränkt, als dies zur Erreichung des legitimen Eingriffsziels erforderlich ist (Gebot des Einsatzes des mildesten bzw. gelindesten Mittels zur Zielerreichung). Überlegungen dahingehend, wie groß der „Abstand“ zwischen dem erforderlichen gelindesten Mittel und dem nächstgeeigneten (d.h. insgesamt weniger effektiven), aber mit einem weniger schwerwiegenden Grundrechtseingriff verbundenen Mittel ist, sind auf Ebene der Beurteilung der Angemessenheit (Verhältnismäßigkeitsprüfung im engeren Sinne) einer Maßnahme zu berücksichtigen.

³³ AB 1312 BlgNR XXVII GP 14 (Ausschussbericht zum gesamtändernden Abänderungsantrag am 17. 1. 2022).

³⁴ Vgl nochmals AB 1312 BlgNR XXVII GP 13f.

Bei der Suche nach alternativen Maßnahmen im Vergleich zur Impfpflicht ist grundsätzlich zwischen drei Gruppen von Maßnahmen zu unterscheiden, die auf verschiedenen Ebenen ansetzen:

- (a) Alternativen zur *Impfung* als Mittel der Pandemiebekämpfung,
- (b) Alternativen zur (allgemeinen) *Impfpflicht* unter Beibehaltung des Ziels einer Erhöhung der Durchimpfungsrate und
- (c) Alternativen zur *Umsetzung* der Impfpflicht mit Ablauf der Aussetzungs-V.

Was die generelle Einschätzung von therapeutischen Möglichkeiten als alternatives Mittel zur Pandemiebekämpfung anbelangt, ist nach den medizinischen Erkenntnissen (oben 2.5) derzeit nicht von gleicher Effektivität im Vergleich zur Impfung auszugehen. Diese Einschätzung kann sich allerdings im Laufe der nächsten Monate ändern. Mit wachsender Effektivität therapeutischer Möglichkeiten ist allerdings die relative Eingriffstiefe im Vergleich zur allgemeinen Impfpflicht verstärkt in den Blick zu nehmen, was mindestens im Rahmen der Angemessenheit der Impfpflicht (dazu sogleich 3.5) zu berücksichtigen ist.

Der erste Bericht war zu dem Schluss gelangt, dass unter dem Gesichtspunkt der Erforderlichkeit einer späteren Umsetzung grundsätzlich Vorzug vor einer früheren Umsetzung zu geben ist, sofern die Verschiebung keine Einschränkung der Effektivität im Hinblick auf die nächste zu erwartende Infektionswelle zur Folge hat. Dies folgte aus der Überlegung, dass jede Verschiebung der Umsetzung die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sich die Umsetzung infolge neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Entwicklungen ganz erübrigen könnte, und dass die absolute Anzahl verpflichtender Impfungen verringert wird.

An dieser Einschätzung hat sich nichts geändert. Insbesondere zeigen die medizinischen Erkenntnisse weiterhin, dass eine unmittelbare Umsetzung der Impfpflicht mit Ablauf der derzeit geltenden Aussetzungs-V nicht erforderlich erscheint. Der erste Bericht hatte in Bezug auf diejenigen Personen, welche noch über keinerlei Immunschutz verfügten, die Erforderlichkeit noch für prinzipiell gegeben gehalten und eine sofortige Umsetzung der Impfpflicht für diesen Personenkreis als vom staatlichen Einschätzungsspielraum als gedeckt angesehen. Infolge der weiteren Verkleinerung dieser Personengruppe nach fortschreitender „Durchseuchung“ der Bevölkerung mit der Omikron-Variante scheinen der Kommission immer weniger Argumente dafür zu sprechen, die Impfpflicht für diese Gruppe sofort umzusetzen. Dies vor allem deshalb, weil diese Gruppe auf Grund ihrer Größe infektionsepidemiologisch derzeit nur mehr von geringer Bedeutung ist, wie wohl für die einzelnen Personen auf Grund ihres verbliebenen individuellen Krankheitsrisikos eine Impfempfehlung dringend auszusprechen ist.

3.5. Angemessenheit der Impfpflicht (Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn)

Mit der soeben gemachten Einschränkung kann auch hinsichtlich der Angemessenheit (Adäquanz, Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn) der Impfpflicht auf den ersten Bericht verwiesen werden.

Der weitere Rückgang der Impfbereitschaft in der Bevölkerung seit Inkrafttreten des COVID-19-IG stellt die Angemessenheit der Maßnahme im Hinblick auf das Ziel, die Durchimpfungsrate in der Bevölkerung zu erhöhen, nicht grundsätzlich infrage, weil bei einem hohen Anteil der Bevölkerung prinzipiell die Bereitschaft zu gesetzestreuem Verhalten unterstellt werden muss. Auch ist zu berücksichtigen, dass die Zielgruppengewichtung von Impfmaßnahmen im Herbst 2022 eine andere sein könnte als sie es noch im Winter 2021/22 gewesen wäre: Hätte sich die Impfpflicht im Winter 2021/22 noch primär an die

vollkommen ungeimpften Personen gerichtet (und damit zwangsläufig zu einem erheblichen Anteil an Personen, welche auch bei einer entsprechenden strafbewehrten Verpflichtung nicht zur Impfung bereit wären), dürfte im Herbst 2022 eine wichtige Zielgruppe von Impfmaßnahmen die grundsätzlich impfbereite Bevölkerung sein, und zwar sowohl jene, die einer Auffrischungsimpfung offen gegenüberstehen, als auch jener Anteil der Bevölkerung, der möglicherweise das Ausmaß des Nachlassens der eigenen Immunität („waning“) unterschätzt und sich fälschlich in Sicherheit wiegt.

Allerdings könnte sich – wie bereits hervorgehoben – mit schwindendem Effektivitätsvorteil der allgemeinen Impfpflicht im Vergleich zu therapeutischen Möglichkeiten verstärkt die Frage stellen, ob der Effektivitätsvorteil unter dem Gesichtspunkt der Angemessenheit noch ausreicht, um eine allgemeine Impfpflicht zu rechtfertigen. Prinzipiell ist davon auszugehen, dass effektive Therapien je nach den mit ihnen verbundenen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen ein milderer Mittel darstellen können, weil sie nur punktgenau diejenigen Personen treffen, bei denen sich ein Eingreifen auch *ex post* als konkret erforderlich herausstellt. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass auch therapeutische Möglichkeiten nur auf der Grundlage einer Einwilligung der Patient:innen nach entsprechender Aufklärung (sog *informed consent*) zum Einsatz kommen können. Erfahrungen in der Vergangenheit haben teilweise gezeigt, dass Patient:innen, welche der Impfung kritisch bis ablehnend gegenüberstehen, auch innovativen medikamentösen Therapien mit der gleichen Skepsis und Ablehnung begegnen. Eine Zwangsbehandlung dieser Personen kommt jedoch – schon in Ermangelung einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage sowie auch im Hinblick auf die im Vergleich zur Impfung deutlich häufigeren Nebenwirkungen und Wechselwirkungen – nicht in Betracht. Je nachdem, wie groß der Anteil solcher Patient:innen an der Gesamtzahl der potenziell hospitalisierten Personen ist, wäre damit eine Überlastung des Gesundheitssystems gegebenenfalls doch nicht zu verhindern. Die nächsten Monate sollten daher auch und gerade dazu genutzt werden, die Eignung therapeutischer Möglichkeiten zur Verhinderung einer Überlastung des Gesundheitssystems auszuloten.

3.6. Verfassungsrechtliche Schlussfolgerungen aus den medizinischen Erkenntnissen

Im Lichte der Bewertung der Impfpflicht aus medizinischer Sicht sowie der verfassungsrechtlichen Anforderungen erscheint eine unmittelbare Umsetzung der Impfpflicht ab 1. Juni, also mit Auslaufen der derzeitigen Aussetzungs-V, nicht erforderlich.

Damit ist indessen keine Aussage getroffen über die Situation im Herbst 2022. Im Hinblick auf die Anforderungen an staatliche Prognoseentscheidungen (oben 3.2) ist vielmehr nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass man sich auf mehrere Szenarien für den Herbst einstellen muss, zu denen auch ein Szenario zählt, in dem die allgemeine Impfpflicht erforderlich und angemessen erscheint. Auch könnte sich der Schwerpunkt der durchzuführenden Impfmaßnahmen in die Richtung von Personen verschieben, die prinzipiell impfbereit sind, das Nachlassen ihrer einmal erworbenen Immunität aber unterschätzen bzw. eine Auffrischungsimpfung benötigen. Daher müssen in jedem Fall jetzt die logistischen Vorkehrungen dafür getroffen werden, dem Großteil der Bevölkerung im Spätsommer/Frühherbst innerhalb relativ kurzer Zeit – auf der Grundlage einer allgemeinen Impfpflicht oder auf anderer Grundlage, insbesondere auch auf selbst geäußerten Wunsch hin – eine Auffrischungsimpfung zu verabreichen.

Die Kommission möchte noch einmal klarstellen, dass ihr Mandat nur die Beurteilung der Impfpflicht umfasst, wie der demokratisch legitimierte Gesetzgeber sie im COVID-19-IG als allgemeine Impfpflicht

konzipiert und erlassen hat, im Hinblick auf deren Umsetzung oder weitere Aussetzung. Dagegen umfasst ihr Mandat nicht die Entwicklung und/oder Bewertung alternativer Konzepte einer Impfpflicht, etwa einer auf bestimmte Alters- oder Berufsgruppen eingeschränkten oder von vornherein einrichtungsbezogenen Impfpflicht. Diesbezüglich wäre allein der demokratisch legitimierte Gesetzgeber am Zuge.

4. Ergebnisse

1. Die Kommission hält an den wesentlichen Einschätzungen und Beurteilungen in ihrem ersten Bericht vom 8. März 2022 weiterhin fest. Nach wie vor gilt es, sich für den Herbst 2022 möglichst gut auf eine Reihe verschiedener Szenarien einzustellen und jetzt für diese Szenarien die notwendigen Schritte einzuleiten, um im Herbst nicht unvorbereitet getroffen zu werden und weitere drastische Einschränkungen des wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebens – bis hin zum Lockdown – möglichst zu vermeiden.
2. Auch wenn deutlich harmlosere Entwicklungen möglich erscheinen, gehört zu den Szenarien, auf die es sich vorzubereiten gilt, auch ein Szenario, in dem eine hinreichend ansteckende und krankmachende Variante von SARS-CoV-2 auf eine Bevölkerung trifft, deren Immunität über den Sommer stark abgenommen hat. Unter ungünstigen Bedingungen ist dann eine Überlastung des Gesundheitssystems weiterhin nicht auszuschließen. Dabei könnte sich der Schwerpunkt der durchzuführenden Impfmaßnahmen durchaus verschieben in die Richtung von Personen, die prinzipiell impfbereit sind, das Nachlassen einer einmal erworbenen Immunität aber unterschätzen bzw. eine Auffrischungsimpfung benötigen.
3. Wenngleich die Kommission eine unmittelbare Umsetzung der Impfpflicht mit Auslaufen der derzeitigen Aussetzungs-V weiterhin für nicht erforderlich hält, warnt die Kommission nachdrücklich davor, wertvolle Zeit verstreichen zu lassen. Insbesondere müssen jetzt die logistischen Vorkehrungen dafür getroffen werden, dem Großteil der Bevölkerung im Spätsommer/Frühherbst im Einklang mit den dann bestehenden Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums (NIG) innerhalb relativ kurzer Zeit – auf der Basis einer allgemeinen Impfpflicht oder auf anderer Basis, insbesondere auch auf selbst geäußerten Wunsch hin – eine Auffrischungsimpfung zu verabreichen.
4. Entscheidend ist aus der Sicht der Kommission weiterhin eine laufende Beobachtung der Entwicklungen und eine Reevaluaierung der Situation in spätestens drei Monaten unter Beachtung des dann aktuellen Standes der Wissenschaft. Besonderes Augenmerk muss dabei therapeutischen Möglichkeiten zukommen, etwa im Hinblick auf deren Effektivität (auch unter Berücksichtigung des geeigneten Zeitfensters), Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen, sowie auf deren Akzeptanz gerade in Bevölkerungskreisen, welche auch einer Impfung kritisch bis ablehnend gegenüberstehen. Dabei ist in Erinnerung zu rufen, dass auch die Einnahme innovativer Therapeutika der freiwilligen Entscheidung der Patient:innen (*informed consent*) bedarf.

Wien, am 23. Mai 2022

