

Erster Bericht zum begleitenden Monitoring der Impfpflicht gegen COVID-19

8. März 2022

Executive Summary

Nach den bisherigen Erfahrungen mit SARS-CoV-2 ist es als sehr wahrscheinlich anzusehen, dass im Herbst 2022 eine neue, möglicherweise massive Infektionswelle droht. Selbst wenn die Pathogenität der dann dominierenden Varianten diejenige der Omikron-Varianten nicht übersteigen sollte, könnte – wenn keine Vorkehrungen getroffen werden – das Virus auf eine Bevölkerung treffen, deren Immunität massiv abgenommen hat (sog. *waning*) und damit zu merklich höherer Krankheitslast führen als die Omikron-Varianten im Winter 2021. Bei ungünstiger Prognose könnte das Gesundheitssystem dann im Herbst 2022 überlastet sein bzw. könnten zu einer Vermeidung der Überlastung wiederum drastische Maßnahmen (z.B. Lockdown) erforderlich sein.

Die Impfung bleibt ein zentrales Instrument zur Bewältigung des infektiologischen Geschehens und der Krankheitslast. Die grundsätzliche Impfpflicht als probates Mittel zur Sicherstellung einer hohen Durchimpfungsrate ist prinzipiell weiterhin sinnvoll, um eine Überlastung des Gesundheitssystems zu vermeiden. Ob und wann die Umsetzung der Impfpflicht aus medizinischer Sicht erforderlich ist, hängt von mehreren Faktoren ab:

- epidemiologische Entwicklung (neue Varianten, Verlauf der Infektionen im Frühling und Sommer)
- weiterer Verlauf des Schwindens der durch Impfung oder Erkrankung gewonnenen Immunität
- weitere Entwicklung der Impfakzeptanz in Hinblick auf Erstimmunisierungen und Auffrischungen
- Wertigkeit von Therapien (unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen und Akzeptanz) als möglicher Ersatz für die Impfung.

Um das maximale Potential der Impfung auszuschöpfen, sind ein bestmögliches Timing der Verabreichung der Impfungen im Hinblick auf das Einsetzen einer wahrscheinlichen Infektionswelle und eine minutiöse Vorbereitung der dazugehörigen Logistik sowie eine geeignete Kommunikation unabdingbare Voraussetzungen. Es sollten möglichst viele Personen Anfang September bis Mitte Oktober eine Auffrischungsimpfung erhalten haben, wobei das letzte immunologische Ereignis dann im Hinblick auf die Herbstwelle idealerweise möglichst kurze Zeit zurückliegen sollte.

Rechtlich bedeutet dies unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit von Grundrechtseingriffen, dass eine sofortige Umsetzung der Impfpflicht zur Verhinderung einer Überlastung des Gesundheitssystems derzeit noch nicht erforderlich bzw. nicht angemessen ist. Einzig bei jenen Personen, die bisher weder durch Genesung noch durch Impfung bereits eine Immunität aufgebaut haben, wäre auch eine sofortige Umsetzung der Impfpflicht vom staatlichen Entscheidungs- und Prognosespielraum gedeckt. Dies deshalb, weil idealerweise ein möglichst großer Teil der Bevölkerung im Herbst eine Auffrischungsimpfung erhalten haben sollte, und zwischen Grundimmunisierung und Auffrischung ein ausreichender Abstand liegen sollte, um die maximale Wirksamkeit zu erzielen. Es gibt aber auch bei dieser Gruppe der bisher weder Genesenen noch Geimpften medizinische und rechtliche Argumente für ein Hinausschieben der Umsetzung der Impfpflicht, so dass auch ein solches Hinausschieben dieser Personengruppe gegenüber jedenfalls vom Einschätzungsspielraum des Staates gedeckt wäre.

Entscheidend ist aus der Sicht der Kommission eine laufende Beobachtung der Entwicklungen und eine Reevaluierung der Situation in spätestens drei Monaten unter Beachtung des dann aktuellen Standes der Wissenschaft. Zu diesem Zeitpunkt sollte über die oben genannten medizinischen Faktoren mehr

Klarheit bestehen und gleichzeitig noch ausreichend Zeit verbleiben, bei Erforderlichkeit eine Umsetzung der Impfpflicht zum medizinisch optimalen Zeitpunkt in die Wege zu leiten.

Inhalt

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | Grundlage und Aufgabenstellung der Kommission | 4 |
| 2. | Wesentliche Entwicklungen zu COVID-19 aus wissenschaftlicher Sicht..... | 5 |
| 2.1. | Entwicklungen im Bereich der Varianten von COVID-19 und des epidemiologischen Geschehens | 5 |
| 2.2. | Entwicklungen im Bereich der Schutzimpfung gegen COVID-19 | 5 |
| 2.3. | Entwicklungen im Bereich der Medikamente gegen COVID-19..... | 6 |
| 2.4. | Entwicklung der Immunisierung und Immunitätslage in der Bevölkerung..... | 7 |
| 2.4.1. | Derzeitiger Immunstatus der Bevölkerung | 7 |
| 2.4.2. | Langzeitwirkung der COVID-Impfungen..... | 7 |
| 2.4.3. | Prognose zum Immunitätsverlauf in der österreichischen Bevölkerung | 8 |
| 2.4.4. | Schlussfolgerung | 9 |
| 3. | Bewertung der Impfpflicht aus medizinischer Sicht..... | 10 |
| 4. | Bewertung der Impfpflicht aus verfassungsrechtlicher Sicht..... | 12 |
| 4.1. | Anforderungen an staatliche Prognoseentscheidungen | 12 |
| 4.2. | Eignung der Impfpflicht..... | 15 |
| 4.2.1. | Identifizierung des verfolgten legitimen Zwecks..... | 15 |
| 4.2.2. | Anforderungen an die Eignung..... | 16 |
| 4.3. | Erforderlichkeit der Impfpflicht..... | 17 |
| 4.3.1. | Anforderungen an die Erforderlichkeit..... | 17 |
| 4.3.2. | Gesichtspunkt der höheren oder geringeren Eingriffsintensität | 18 |
| 4.4. | Angemessenheit der Impfpflicht (Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn) | 21 |
| 4.5. | Verfassungsrechtliche Schlussfolgerungen aus den medizinischen Erkenntnissen..... | 22 |
| 5. | Ergebnisse..... | 24 |

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 im Abstand von drei Monaten 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.

Mit Ausnahme des Kriteriums der Erforderlichkeit sind die in § 19 Abs 2 genannten Kriterien nach Auffassung der Kommission bereits in den unter 1 bis 3 genannten Berichtspunkten inkludiert, innerhalb derer ohnehin ein gewisser Schwerpunkt auf Änderungen des Standes der Wissenschaft sowie der tatsächlichen Verhältnisse zu legen ist. Da die Kommission nicht strikt auf die in § 19 Abs 1 genannten Fragen beschränkt ist (vgl. Wortlaut „insbesondere“), erweitert die Kommission den unter 2 genannten Berichtspunkt allgemein auf die Immunisierung und Immunitätslage in der Bevölkerung (einschließlich infolge überstandener Infektion), welche anderenfalls ohnehin im Rahmen der Prüfung von Eignung und Erforderlichkeit zu berücksichtigen wäre. Ferner stellt sie einen Berichtspunkt zu Entwicklungen im Bereich der Virusvarianten und des epidemiologischen Geschehens voran und endet mit Schlussfolgerungen aus verfassungsrechtlicher Sicht.

Damit legt die Kommission ihrem weiteren Bericht die folgende Gliederung zugrunde:

- Entwicklungen im Bereich der Varianten von COVID-19 und des epidemiologischen Geschehens
- Entwicklungen im Bereich der Schutzimpfung gegen COVID-19
- Entwicklungen im Bereich der Medikamente gegen COVID-19
- Entwicklung der Immunisierung und Immunitätslage in der Bevölkerung
- Bewertung der Impfpflicht aus medizinischer Sicht
- Bewertung der Impfpflicht aus verfassungsrechtlicher Sicht

2. Wesentliche Entwicklungen zu COVID-19 aus wissenschaftlicher Sicht

2.1. Entwicklungen im Bereich der Varianten von COVID-19 und des epidemiologischen Geschehens

Die laufenden Entwicklungen zu COVID-19 Varianten und das epidemiologische Geschehen in Österreich und weltweit unterliegen einer sich permanent ändernden Dynamik und werden in Form von wöchentlichen Berichten der GECKO-Kommission veröffentlicht, siehe: Executive Report der GECKO-Sitzung vom 4. 3. 2022; <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/gecko.html>.

In Österreich (Stand 3. 3. 2022) breitet sich die Omikron-Untervariante BA.2 derzeit kontinuierlich aus. Sie ist nun nahezu gleich weit verbreitet wie Omikron BA.1. und in der Stadt Wien bereits dominant. Das weiter verkürzte Infektionsintervall von BA.2 und die möglicherweise erhöhte Virulenz (im Vergleich zu BA.1) treiben das derzeitige Infektionsgeschehen an. Es gibt aber keine vorläufigen Berichte zu einem erhöhten Risiko von BA.2 für Hospitalisierung oder schwere klinische Verläufe, und es ist derzeit keine akute Überlastung der medizinischen Versorgung zu erwarten.

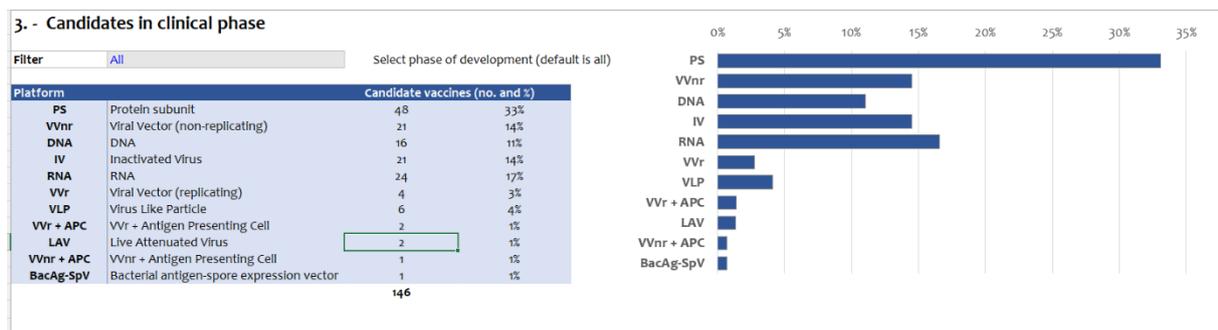
Zuverlässige prognostische Aussagen für die nächsten Monate lassen sich aufgrund der weiterhin dynamischen epidemiologischen Lage nicht tätigen. Siehe aber bei 2.4. nähere Ausführungen zur prognostisch zu erwartenden Entwicklungen bei der Immunität.

2.2. Entwicklungen im Bereich der Schutzimpfung gegen COVID-19

Die wissenschaftlichen Entwicklungen im COVID-19-Impfstoffbereich sind dynamisch; weit über 100 Impfstoffkandidaten sind in klinischer Prüfung (siehe Abbildung 1). Dies ist für die Impfungen in

Österreich nur von untergeordneter Bedeutung, da die zentrale Beschaffung in Österreich das Angebot an verschiedenen Impfstoffen nicht widerspiegelt und nur ein stark reduziertes Angebot tatsächlich zur Verfügung stehen wird. Zentral ist die ausreichende Beschaffung und Bevorratung für Spitzenbedarf, der sich aus bestimmten Impfpflichtszenarien ergeben kann (z.B. gezielte Auffrischung im September/Oktober zur Dämpfung von Infektionswellen im Herbst). Ebenfalls ein wichtiger Parameter ist die Impfkapazität, die bei der Umsetzung des Programmes limitierend sein kann.

Abbildung 1: COVID-Impfstoffe in klinischer Entwicklung (WHO Vaccine tracker)



Weiters sind mehrere variantenangepasste Impfstoffe derzeit in klinischer Prüfung, aber noch zu weit von der Zulassung entfernt, um deren Bedeutung für die Lage in naher Zukunft einschätzen zu können. Gegenwärtige Evidenz aus Tierversuchen¹ weist preliminär darauf hin, dass die *vaccine effectiveness* dieser variantenangepassten Impfstoffe unter Umständen nicht gravierend anders als jene der bereits zugelassenen Impfungen sein könnte, wobei allerdings belastbare Daten hierzu noch fehlen.² Immer evident zu halten ist die Tatsache, dass die Validität prognostischer Aussagen über die Impfwirksamkeit gegenüber neu auftretender Varianten nicht eingeschätzt werden kann und diese Unsicherheit daher jede Beurteilung der Wertigkeit der Impfung für die Zukunft einschränkt.

2.3. Entwicklungen im Bereich der Medikamente gegen COVID-19

Auch die Entwicklungen im Bereich der Medikation unterliegen im Moment einer extremen Dynamik. Eine gute Übersicht bietet ein laufend aktualisiertes Dokument auf der Webseite des Robert-Koch-Instituts.³

Mehrere Präparate, die monoklonale Antikörper enthalten, sind bereits in klinischer Anwendung und bei zeitgerechter Anwendung in der Lage, die Krankheitsschwere und die Letalität der COVID-19 Erkrankung in hohem Maß (bis zu 90%, abhängig vom Interventionszeitpunkt und vom Präparat) zu senken. Dazu sind Virostatika, allen voran Paxlovid, zur Behandlung von COVID-19 zugelassen und haben ebenfalls in den klinischen Studien eine Senkung der Letalität der Erkrankten um bis zu 90% nachgewiesen. Die wachsende Zahl und Effizienz der Therapeutika wird die Krankheitslast deutlich reduzieren; einige Staaten wie z.B. die USA denken zukünftig auch sogenannte „*Test to Treat*“-Modelle an.⁴ Die endgültige Skalierung medikamentöser Therapien in ihrer Bedeutung ist allerdings derzeit auf

¹ Gagne et al, <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.02.03.479037v1>.

² Hassine, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34755408/>.

³ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/COVRIIN_Dok/Therapieuebersicht.pdf?__blob=publicationFile.

⁴ <https://www.whitehouse.gov/covidplan/>.

Grund mangelnder Nutzen/Risiko-Analysen und ungewisser Akzeptanz in der Bevölkerung nicht möglich.

All diese Erkenntnisse weisen jedoch zentrale Schwächen auf: Es ist nicht abschätzbar, ob beim Auftreten neuer Varianten die Wirksamkeit der Medikamente u.U. bis zum nahezu vollständigen Wirkverlust reduziert sein kann. Auch eine Resistenzentwicklung gegen Virostatika bei breitem Einsatz bleibt ein Unsicherheitsfaktor. Zudem ist die Versorgungssicherheit und die Logistik bei hohem Aufkommen von Behandlungsnotwendigkeiten nicht geklärt. Trotzdem haben nach dem derzeitigen Stand und der derzeitigen epidemiologischen und virologischen Lage die Medikationsmöglichkeiten das Potential, die medizinische Infrastruktur zu entlasten.

2.4. Entwicklung der Immunisierung und Immunitätslage in der Bevölkerung

2.4.1. Derzeitiger Immunstatus der Bevölkerung

Gemäß den publizierten Daten⁵ waren mit Stichtag 1. 3. 2022 etwa 90% der österreichischen Bevölkerung gegen die Delta-Variante und etwa 77% gegen Omikron immun. Es ist allerdings auf Grund der Vielzahl an Einflussparametern (wie Zahl der Viruskontakte, Alter, Immunitätsausprägung beim Einzelnen, Wirksamkeit der jeweiligen Impfstoffe, die ihrerseits je nach Virusvariante unterschiedlich ist, Zahl der Vorimpfungen, Abstand zu diesen, Abnahme (sog *waning*) der Immunität u.a.) nicht zuverlässig abzuschätzen, wie sich diese Gemengelage summarisch auf den sich ständig ändernden Immunisierungsgrad auswirkt und wie belastbar diese Immunität bei neu auftretenden Infektionswellen wirklich ist.

Die momentan ablaufende Omikron-Welle wird zum Immunstatus der Bevölkerung noch zusätzlich beitragen; erste Modellierungen deuten an, dass es erst im April 2022 zu einem deutlichen Abflachen der Inzidenzen kommt und danach, durch die Saisonalität der Coronaviren,⁶ sich die Infektionen auf niedrigerem Niveau stabilisieren. Diese Periode der Niedriginzidenz, bedingt durch die Durchimmunisierung der Bevölkerung, Weiterführung der Impfkampagne und Saisonalität des Virus auf der Nordhalbkugel, wird – legt man die bisherigen Verläufe in der Epidemiologie von COVID-19 als auch gültig für Omikron und weiter auftretende Varianten zugrunde – bis zum Spätsommer (Ende August/September) anhalten. Danach muss mit dem Auftreten weiterer Infektionswellen gerechnet werden. Im selben Zeitraum werden viele Personen (siehe dazu Punkt 2.4.3 zur Prognose) zwar ihre *Immunität* mehr oder weniger weitgehend verlieren, immunologisch geprimte Personen verlieren aber mit hoher Sicherheit nicht ihr *Immungedächtnis*, d.h. sie werden durch eine weitere Impfung rasch *auffrischbar* bleiben.

2.4.2. Langzeitwirkung der COVID-Impfungen

Die Datenlage zur Langzeitwirkung der COVID-Impfungen ist vor allem im Hinblick auf die Omikron-Variante noch sehr rudimentär. Erste Daten zur Langzeiteffektivität der COVID-Impfungen gibt es zwar schon, wobei hier ausdrücklich als Kriterium nicht der Schutz vor (symptomatischer) Infektion, sondern vor schwerer Erkrankung/Hospitalisierung/Tod herangezogen werden muss, da erfahrungsgemäß

⁵ <http://www.dexhelpp.at/de/immunisierungsgrad/>.

⁶ *D'Amico et al. 2022*; *Gavenciak et al*, medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.06.10.21258647>; *Livadiotis* <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0233875>.

vorwiegend diese Parameter zu einer systemkritischen Belastung des Gesundheitssystems führen können. Beispielhaft sind hier die auf Omikron bezogenen Daten aus dem Vaccine Surveillance Report des UKHSA Woche 8⁷ angeführt:

Table 2. Summary of evidence on vaccine effectiveness against different outcomes (a) Omicron (b) Delta (all vaccines combined)

a)

| | Dose 2 | | | Dose 3 | | |
|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | 0 to 3 months | 4 to 6 months | Over 6 months | 0 to 3 months | 4 to 6 months | Over 6 months |
| Infection | Insufficient data |
| Symptomatic disease | 25 to 70% | 5 to 30% | 0 to 10% | 50 to 75% | 40 to 50% | Insufficient data |
| Hospitalisation | 65 to 85% | 55 to 65% | 30 to 35% | 80 to 95% | 75 to 85% | Insufficient data |
| Mortality | Insufficient data | Insufficient data | 40 to 70% | 85 to 99% | Insufficient data | Insufficient data |

Diese Datensammlung weist bis dato auf einen soliden Schutz dreifach Geimpfter gegen Hospitalisierung/Tod für einen Zeitraum bis zu 6 Monaten postvazinal hin; die Daten sind aber vor allem gegen Ende der Beobachtungszeit noch nicht belastbar. Auch für zweifach Geimpfte zeigt eine soeben erschienene Arbeit (die allerdings nur Delta berücksichtigen konnte) einen guten Schutz gegen schwere Erkrankungen für mindestens 6 Monate.⁸ Das Verhalten des Abklingens der Immunität („waning“) im zeitlichen und quantitativen Verlauf ist aber impfstrategisch von so immanenter Bedeutung, dass unbedingt danach getrachtet werden muss, diese Parameter so solide wie irgendmöglich abzusichern, was aber nur dadurch gelingen kann, dass weitere Messpunkte im Zeitverlauf der nächsten Monate für die weitere Prognose mit einbezogen werden.

2.4.3. Prognose zum Immunitätsverlauf in der österreichischen Bevölkerung

Die Wissenschaftlergruppe um Martin Bicher und Niki Popper hat auf Basis eines Immunity-Waning-Modells den Zeitverlauf des Immunisierungsgrades ausgehend vom Jetzt-Wert (2. 3. 2022) prognostisch bis Oktober 2022 berechnet. Details finden sich unter dem in der nachstehenden Fußnote angeführten Link.⁹

Folgende wesentliche Punkte lassen sich aus dieser Modellrechnung ableiten:

1. Der Immunitätsverlust gegen symptomatische Infektion oder gegen schwere Erkrankung ist über den Zeitraum bis Anfang Oktober gerechnet sehr substantiell und rasch eintretend.

⁷https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1057125/Vaccine_surveillance_report_-_week-8.pdf.

⁸ Feikin *et al*, Duration of effectiveness of vaccines against SARS-CoV-2 infection and COVID-19 disease: results of a systematic review and meta-regression, Lancet 2022; 399:924-44, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00152-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00152-0).

⁹ <http://dexhelfpp.at/de/news/modellerweiterung-dynamik-des-immunitatsverlaufes-abschatzbar/>.

2. Es sind gravierende Unterschiede in Bezug auf den Grad des Immunitätsverlustes gegen symptomatische Infektion und jenem gegen schwere Erkrankung/Hospitalisierung auszumachen. Während gegen Infektion Anfang Oktober 2022 nur mehr (je nach Ausgangsannahmen) gesamt etwa rund 10% des momentanen Ausgangswertes von etwa 66% der Bevölkerung eine Immunität haben werden, liegt der Immunitätsgrad gegen schwere, hospitalisierungspflichtige Infektionen zu diesem Zeitpunkt laut Modellrechnungen sicherlich mit einem Wert zwischen 35% und 50% noch deutlich höher. Beide prognostizierte Schutzquoten sind aber so niedrig, dass eine Auffrischung der Immunität vor Herbstbeginn unbedingt erfolgen sollte, um bei hohen Infektionszahlen systemkritische Belastungen zu vermeiden.
3. Um die Sicherheit der Prognosemodelle zu erhöhen, müssen weitere Messpunkte in die Berechnung einfließen, d.h. eine Reevaluierung der Erstberechnung in den nächsten 2-3 Monaten ist unbedingt nötig.

Während sich ein solcherart beschriebenes *waning* der Immunität in der Jahreszeit der Niedriginzidenz (spätes Frühjahr und Sommer) kaum auswirkt, weil die Infektionsgefährdung an sich deutlich durch den momentanen Immunisierungsgrad und später schlagend werdende saisonale Einflüsse auf die Epidemiologie niedriger ist, wird dieses Phänomen aber bei Inzidenzanstiegen, wie wir sie in den letzten beiden Pandemie Jahren ab Oktober reproduzierbar gesehen haben, plötzlich schlagend und könnte volksgesundheitlich dann problematische Auswirkungen haben: Unter Berücksichtigung der Daten aus dem Prognosemodell wäre bei Auftreten einer Infektionswelle im Herbst (mit ähnlicher Intensität und Pathogenität wie die der momentan ablaufenden Infektionswelle) bei bis dahin geschwundener Immunität laut Prognose mit durchschnittlichen täglichen Infektionswerten von etwa 58.000 zu rechnen und daraus resultierend (unter Zugrundelegung der derzeitigen Hospitalisierungsraten bei Nichtimmunen) Belegungen zwischen 6.000 und 10.000 Betten auf Normalstationen und zwischen 1.700 und 3.000 Betten auf der Intensivstation.¹⁰ Diese Werte berücksichtigen zwar keine dämpfenden Effekte sonstiger Maßnahmen der nichtpharmazeutischen Intervention und eventueller medikamentöser Therapien, weshalb ein solches Szenario ein „*worst case*“ wäre, es wäre aber nicht unrealistisch und im Falle seines Eintretens systemkritisch.

2.4.4. Schlussfolgerung

Aus all den genannten Faktoren ergibt sich, dass weniger die Impfpflicht an sich in der Lage sein würde, dieser Entwicklung gegenzuhalten, sondern, dass vor allem eine zielgerichtete Impfpflicht hinsichtlich Zeitpunkt und Anzahl durchzuführender Impfungen tatsächlich Potential hat, Herbstwellen wirksam zu kupieren. Mit anderen Worten: Die Immunität der Bevölkerung muss zu jenem Zeitpunkt maximal aufgebaut sein, zu dem die epidemiologische Lage eine besondere neuerliche Belastung erwarten lässt. Dieser Zeitpunkt ist nach derzeitigem Kenntnisstand und nach Beobachtung der ersten beiden Pandemiejahre frühestens ab Oktober zu erwarten. Impft man zu früh, verpufft ein wesentlicher Teil dieser neu erworbenen Immunität durch eine zu früh erfolgte Impfung, bevor ihr Vorhandensein auf Grund der epidemiologischen Entwicklung (steigende Infektionsgefahr) essentiell wird. Zudem deuten neueste Daten deutlich an, dass verlängerte Intervalle zwischen den Auffrischungen einen günstigen Einfluss auf die Immunantwort haben.¹¹ Damit ist der ideale Zeitpunkt für das Erreichen einer möglichst lückenlosen, kompletten Immunisierung durch weitere Impfungen die Zeitspanne Anfang September bis

¹⁰ Berechnungen lt. *M.Kundi*, Medizinische Universität Wien.

¹¹ Zhao X et al, NEJM, 2022; siehe <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2119426>.

Mitte Oktober. Laut Prognosekonsortium ist eine mindestens 80%ige Immunität der Bevölkerung Grundvoraussetzung für eine wirksame Beeinflussung des epidemiologischen Geschehens.

Im Einzelnen müsste eine ideale Impfpflichtverordnung daher nach dem gegenwärtigen medizinischen Wissensstand beinhalten, dass alle impfbaren Personen mit einem definierten Stichtag gegen Ende September idealerweise über 3 Teilimpfungen/immunologische Ereignisse (siehe dazu die Bewertung einer durchgemachten Infektion als einer Impfung gleichwertigen immunologischen Ereignisses lt. Impfpflichtverordnung) verfügen, die nicht länger als 6 Monate zurückliegen, und bei jenen bereits 3-fach Geimpften/Genesenen, bei denen das letzte Ereignis mit Ende September mehr als 6 Monate zurückliegen wird, eine weitere Impfung (viertes immunologisches Ereignis)¹² zeitgerecht durchgeführt wird. Es sollte vermieden werden, dass Auffrischimpfungen zu frühzeitig gesetzt werden, d.h. der bestmögliche Impfzeitpunkt mit Spätsommer sollte unter Beachtung der Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums¹³ auch von jenen Personen eingehalten werden, bei denen bis zu diesem Zeitpunkt die zweite respektive dritte Impfung womöglich schon mehr als 6 Monate zurückliegt. Diese Punkte sind derzeit in der Verordnung zum Impfpflichtgesetz nicht übereinstimmend abgebildet.

Eine sehr kleine Gruppe von impfbaren Personen (lt. Schätzungen des Prognosekonsortiums etwa 7% der Bevölkerung) hat bisher weder durch Genesung noch durch Impfung bereits eine Immunität aufgebaut. Diese Gruppe ist offensichtlich besonders schwer zur Impfung zu motivieren.¹⁴ Für diese Gruppe müsste, wenn die Impfpflicht nicht unmittelbar umgesetzt wird, damit gerechnet werden, dass sie zum Zeitpunkt des Eintreffens der Infektionswellen im Herbst erst 2 Teilimpfungen erhalten haben, was jedoch hinsichtlich des Schutzes vor schweren Verläufen zumindest in den ersten 3 Monaten nach der zweiten Teilimpfung bei Dominanz der schon an sich etwas weniger virulenten Omikron-Variante trotzdem einen rund 60%igen Schutz vor schwerem Verlauf erwarten lässt.¹⁵ Dies bestätigt eine rezente Arbeit aus den USA für den in Österreich meistverwendeten Impfstoff von Pfizer/Biontech, die einen 6-Monatsschutz gegen Hospitalisierung bei Omikron-Infektion nach 2 Impfungen von 68% ausweist.¹⁶ Alternativ könnte für diese Gruppe die Impfpflicht früher umgesetzt werden, sodass 3 Impfungen zeitlich jedenfalls möglich sind.

3. Bewertung der Impfpflicht aus medizinischer Sicht

Eine Impfpflicht ist aus medizinischer Sicht beim Vorhandensein wirksamer Impfstoffe geeignet, jene Voraussetzungen zu schaffen, die notwendig sind, um eine Infektionskrankheit zu kontrollieren. Dies hat insbesondere die in Österreich viele Jahre gültige Impfpflicht gegen die Pocken unter Beweis gestellt. Im Falle von COVID-19 sind die vorhandenen Impfstoffe in der Lage, die bisher aufgetretenen

¹² Die Kommission weist darauf hin, dass eine solche vierte Impfung derzeit nur „off-label“ verabreicht werden kann, wobei auch hier bis zum Herbst Änderungen der Zulassung bzw. der Anwendungsempfehlungen möglich sind.

¹³[https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e171bb75-8738-40b4-a17e-69b9b4df1297/COVID-19-Impfungen_Anwendungsempfehlung_des_Nationalen_Impfgremiums_9.0_\(Stand_04.03.2022\).pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e171bb75-8738-40b4-a17e-69b9b4df1297/COVID-19-Impfungen_Anwendungsempfehlung_des_Nationalen_Impfgremiums_9.0_(Stand_04.03.2022).pdf).

¹⁴ Vgl dazu *Eberl/Partheymüller/Paul*, Corona-Dynamiken 36 vom 25. 1. 2022 (<https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/corona-dynamiken36/>) und dazu in Hinblick auf die weitere (insoweit unveränderte) Einschätzung per Ende Februar 2022: *Partheymüller J.*, ACP; pers. Mitteilung (Veröffentlichung im Gange).

¹⁵https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1057125/Vaccine_surveillance_report_-_week-8.pdf.

¹⁶ *Tartof et al*, Lancet preprint, 2022; siehe https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4011905.

Virusvarianten zumindest so sicher abzudecken, dass die Krankheitslast durch COVID-19 eklatant reduziert wird und die gesundheitsrelevante Infrastruktur entlastet wird.

Es muss aus medizinischer Sicht einschränkend festgehalten werden, dass dieses Instrument nur dann die nötige Wirkung erzielt, wenn es zielgerichtet und präzise eingesetzt wird. Der im Vergleich zu früheren Epidemien/Pandemien gewonnene wissenschaftliche Erkenntnisstand im Zusammenhang von COVID-19 erlaubt es aber zusätzlich, eine Impfpflicht situationsangepasst und maßgeschneidert einzusetzen. Je präziser die Erkenntnisse aus den wissenschaftlichen Untersuchungen sind, desto wirksamer und zielgerichteter kann eine Impfpflicht umgesetzt werden. Je besser dies auf Grund wissenschaftlicher Evidenz begründbar und plausibel ist, desto geringer wird die Ablehnung sein. Daher sollte eine COVID-19-Impfpflicht möglichst gut angepasst an die epidemiologischen Erfordernisse dieser Erkrankung sein, damit sie größtmögliche Wirkung erzielt. Diese größtmögliche Wirkung besteht in erster Linie darin, den bereits jetzt durch Impfung/Infektion erworbenen Immunitätsgrad der Bevölkerung zu erhalten und zum optimalen Zeitpunkt hin zu konsolidieren. In vielen Bereichen, insbesondere betreffend Schutzdauer der Impfungen, aber auch aktuelle Entwicklungen der epidemiologischen Lage und Monitoring der Virusvarianten, ist in den nächsten 2-3 Monaten mit einem wesentlichen Wissenszuwachs zu rechnen, der ein Nachjustieren einer allgemeinen Impfpflicht ermöglichen wird, um dadurch dieser Maßnahme zu größtmöglicher Effektivität zu verhelfen. Aus medizinischer Sicht muss daher die optimale Umsetzung der Impfpflicht hinsichtlich Timing und Impfstoffen sowie Anzahl der nötigen Impfungen im Mai/Juni 2022 reevaluiert werden.

Wenn man den gegenwärtigen Immunisierungsgrad der österreichischen Bevölkerung in Betracht zieht, demzufolge rund 30%¹⁷ der Bevölkerung als nur teilimmunisiert/nicht immunisiert/nicht immunisierbar und damit wenigstens partiell für schwere Verläufe vulnerabel sind, sowie die Pathogenität der derzeitig zirkulierenden Virusvariante (und die Impfeffektivität der derzeitigen Impfstoffe gegen diese Variante) und die Ausrollung der momentanen Behandlungsmöglichkeiten einkalkuliert, so ist nicht zu erwarten, dass eine allgemeine Impfpflicht *zum gegenwärtigen Zeitpunkt* einen wesentlichen Einfluss auf die Belastung der medizinischen Infrastruktur durch COVID-19 Patienten zu nehmen imstande ist. Zudem versprechen die bisherigen Daten zur Saisonalität, dass eine weitere Entspannung mit der wärmeren Jahreszeit eintritt. Auch dadurch wird ein momentaner Handlungsbedarf weniger plausibel.

Prognosen der Immunitätslage der Bevölkerung für den Herbst sind im Moment zwar noch nicht hoch belastbar, es deutet aber alles darauf hin, dass der *Immunitätsverlust in der Bevölkerung ein beträchtliches Ausmaß erreichen wird und ohne Nachimpfung sicher kein ausreichender Immunitätsgrad mehr gegeben ist, um Infektionswellen im Herbst und Winter signifikant zu dämpfen*. Sofern sich aus den Daten einer Reevaluierung aller bereits angeführten Parameter in etwa 3 Monaten zu diesem Annahmeszenario nichts ändert, könnte mit hoher Wahrscheinlichkeit nur durch eine Impfpflicht einigermaßen sichergestellt werden, dass *rechtzeitig* ein hoher Anteil jener Personen, die ihre Immunität weitgehend verloren haben, wieder einer Immunisierung durch Auffrischungsimpfungen zugeführt wird. Damit ist eine medizinische Begründung für eine Impfpflicht für eine weitere Immunisierung, die in vielen Fällen aber schon die vierte (!) Impfung sein wird, jedenfalls gegeben. Die Impfpflicht per se wird jedenfalls aus medizinischer Sicht als geeignet angesehen, die für die Beherrschung von Infektionswellen im Herbst notwendige Immunisierung der Bevölkerung zu garantieren. Essentiell für die Effektivität der Impfpflicht ist aber, wie erwähnt, das präzise Timing (z.B

¹⁷ Geschätzter Schutz vor Hospitalisierungen im Vergleich zu Personen ohne Impfung oder Genesung; vgl unter <http://dexhelpp.at/de/piecharts/>.

durch persönliche Impfaufforderungen mit Terminvergabe). Auch dies ist im Moment weder im COVID-19-IG noch in der zugehörigen Verordnung entsprechend abgebildet.

Darüber hinaus bringt der rasche Fortschritt der therapeutischen Möglichkeiten eine Minimierung des Risikos des Erkrankten, durch die Erkrankung zu Schaden oder zu Tode zu kommen und damit in weiterer Folge eine Verminderung der Belastung für Gesundheitssysteme. Auch dies relativiert in einem noch nicht bestimmbar Maß die Notwendigkeit einer Impfpflicht.

Gleichzeitig muss auch berücksichtigt werden, dass die verwendeten COVID-19 Impfstoffe nicht völlig nebenwirkungsfrei sind und das sehr geringe, aber vorhandene Arzneimittelrisiko – wenn auch in der Nutzen-Risikobewertung eindeutig zugunsten der Impfung – in die Nutzenbeurteilung mit einfließen muss.

Erneut ist darauf hinzuweisen, dass im Falle eines Virus-Variantenwechsels sich die obigen Überlegungen als nicht zutreffend erweisen können. Allerdings ist auch anzumerken, dass eine Impfpflicht mangels entsprechender Wirksamkeit der Impfstoffe dann möglicherweise ebenfalls obsolet wäre.

4. Bewertung der Impfpflicht aus verfassungsrechtlicher Sicht

Eignung und Erforderlichkeit der Impfpflicht sind aus verfassungsrechtlicher Sicht unverzichtbare Teilaspekte des Verhältnismäßigkeitsprinzips, dem jeder staatliche Eingriff in Grundrechte zu entsprechen hat. Die allgemeine Impfpflicht gegen COVID-19 stellt sich als Eingriff in das Recht auf Achtung des Privatlebens gem. Art 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) dar,¹⁸ welches auch das Recht umfasst, über medizinische Maßnahmen am eigenen Körper frei entscheiden zu können.¹⁹ Allerdings ist dieses Recht nicht schrankenlos gewährleistet. Art 8 Abs 2 EMRK sieht ausdrücklich vor, dass staatliche Eingriffe (nur) statthaft sind, insoweit dieser Eingriff erstens gesetzlich vorgesehen ist und zweitens eine Maßnahme darstellt, die in einer demokratischen Gesellschaft für bestimmte, als legitim angesehene öffentliche Zwecke (geeignet und) erforderlich sind.²⁰ Hinzu kommt als weitere verfassungsrechtliche Anforderung noch die Angemessenheit (Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn).

4.1. Anforderungen an staatliche Prognoseentscheidungen

Eine zentrale Frage im Zusammenhang mit der verfassungsrechtlichen Beurteilung der Impfpflicht ist die nach den Grundsätzen, nach denen der Staat Prognosen anzustellen und zu begründen hat. Die Frage der an Prognoseentscheidungen zu stellenden Anforderungen stellt sich dabei auf allen Stufen der Verhältnismäßigkeitsprüfung, sind Prognosen doch bereits unabdingbar bei der Bewertung der Eignung einer Maßnahme, aber ebenso, wenn es um die Bewertung alternativer Maßnahmen im

¹⁸ So auch AB 1312 BlgNR XXVII GP 13 (Ausschussbericht zum gesamtändernden Abänderungsantrag am 17. 1. 2022).

¹⁹ Vgl *Wiederin*, in *Korinek/Holoubek u.a.* (Hrsg.) Österreichisches Bundesverfassungsrecht (5. Lfg 2002) Art 8 EMRK Rz 34 zur physischen Integrität; weiters Rz 41: „Zwangsbehandlungen bis hin zu Schutzimpfungen“ als Eingriffe; *Forster*, in *Kahl/Khakzadeh/Schmid* (Hrsg.) Kommentar zum Bundesverfassungsrecht (2021) Art 8 EMRK Rz 39; speziell zur Impfpflicht z.B. *Krasser*, Zur grundrechtlichen Zulässigkeit einer Impfpflicht, RdM 2020, 136 (138); EGMR 8. 4. 2021, 47.621/13 *Vavříčka* u.a. gegen Tschechische Republik, Rz 263.

²⁰ Dazu statt aller *Berka*, Verfassungsrecht, 8. Aufl.2021, Rn. 1301 ff. m.w.N.

Rahmen der Prüfung der Erforderlichkeit oder um die Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Grundrechtseingriffs und dem Gewicht der ihn rechtfertigenden Gründe im Rahmen der Prüfung der Angemessenheit geht.

Zu den Anforderungen an staatliche Prognoseentscheidungen hat sich mittlerweile eine reiche (verfassungs-)rechtliche Literatur herausgebildet.²¹ Anerkannt ist, dass der Gesetzgeber einen erheblichen Wertungsspielraum hat, innerhalb dessen er selbst beurteilen darf, ob eine bestimmte Maßnahme zur Erreichung des angestrebten Zieles tatsächlich geeignet und erforderlich ist.²² Gerade im Kontext von COVID-19-Maßnahmen hat sich der VfGH wiederholt mit Prognoseentscheidungen auseinandergesetzt. Diese, speziell im Kontext von COVID-19 ergangene verfassungsgerichtliche Judikatur sollte nach Auffassung der Kommission für die verfassungsrechtliche Einschätzung auch primär leitend sein, während auf Judikaturlinien, die sich etwa im Versammlungsrecht,²³ Umweltrecht²⁴ oder Gewerberecht²⁵ herausgebildet haben, aufgrund der partiellen Eigengesetzlichkeit dieser Materien allenfalls subsidiär und nur mit Vorsicht zurückzugreifen ist.

Bei der Judikatur im Kontext von COVID-19 geht es teilweise um die gesetzliche Determinierung von Verordnungsermächtigungen. So weist der VfGH darauf hin, dass der Gesetzgeber nach Art 18 Abs 2 B-VG dem Ordnungsgeber Abwägungs- und Prognosespielräume einräumen und, solange die wesentlichen Zielsetzungen, die das Verwaltungshandeln leiten sollen, der Verordnungsermächtigung in ihrem Gesamtzusammenhang mit hinreichender Deutlichkeit zu entnehmen sind, die situationsbezogene Konkretisierung des Gesetzes dem Ordnungsgeber überlassen kann; es kommt auf die zu regelnde Sache und den Regelungszusammenhang an, welche Determinierungsanforderungen die Verfassung an den Gesetzgeber stellt.²⁶ Ein Schwerpunkt der Judikatur des VfGH befasst sich allerdings mit dem Umgang mit Unsicherheit. Diesbezüglich ergibt die Analyse der zu COVID-19 ergangenen Entscheidungen vor allem drei Anforderungen an die Prognoseentscheidung.

Erstens nennt der VfGH das Erfordernis der Anwendung in der konkreten Situation zumutbarer Sorgfalt. Im Kontext der Erforderlichkeit hat der VfGH etwa betont, dass der Ordnungsgeber dann, wenn ihm vom Gesetzgeber die Entscheidung überlassen worden ist, welche aus einer Reihe möglicher

²¹ Siehe etwa allgemein *Eisenberger*, Innovation im Recht (2016) 26ff; *Kokott*, Beweislastverteilung und Prognoseentscheidungen bei der Inanspruchnahme von Grund- und Menschenrechten (1993); *Goldhammer*, Die Prognoseentscheidung im Öffentlichen Recht (2021); *Breuer*, Legislative und administrative Prognoseentscheidungen, *Der Staat* 16/1 (1977) 21–54; *Madner*, Abwägung, Prognoseentscheidung, Planungsentscheidung, in: *Holoubek/Lang* (Hrsg.), Verwaltung und Verwaltungs-/Finanzgerichtsbarkeit (2020) 113; weiters *Funk*, Gesetzesfolgenabschätzung als Prognose. Zur Vorhersehbarkeit der Dynamik gesellschaftlicher Kommunikation, *juridikum* 2005, 50. Speziell zum Umweltrecht siehe *Grabenwarter*, Risikoentscheidungen aus der Sicht der Europäischen Menschenrechtskonvention, in *Hauer* (Hrsg.), Risikoentscheidungen im Umweltrecht (2009) 29.

²² Dazu statt aller wiederum *Berka*, Verfassungsrecht, 8. Aufl. 2021, Rz 1306; *Kucsko-Stadlmayer*, Allgemeine Strukturen der Grundrechte, in *Merten/Papier/Kucsko-Stadlmayer* (Hrsg.) Handbuch der Grundrechte VII/1, 2. Aufl. 2014, § 3 Rz 99 (Eignung), Rz 101 (Erforderlichkeit).

²³ Zu Prognoseentscheidungen im Versammlungsrecht siehe m.w.N. aus der Rsp *Berka/Binder/Kneihls*, Die Grundrechte. Grund- und Menschenrechte in Österreich, 2. Aufl. 2019, 762f.

²⁴ Vgl dazu insb die Beiträge in *Hauer* (Hrsg.), Risikoentscheidungen im Umweltrecht (2009).

²⁵ Im Gewerberecht spielen Prognoseentscheidungen neben dem Betriebsanlagenrecht (siehe dazu „Umweltrecht“) auch bei der Beurteilung der Zuverlässigkeit eines Gewerbetreibenden eine Rolle, wobei hier die wesentliche Rsp zwar vom VfGH stammt, welche aber in Hinblick auf den damit verbundenen Eingriff in die Erwerbsfreiheit eine verfassungsrechtliche Dimension aufweist. Zur einschlägigen Rsp vgl z.B. *Kreisl in Ennöckl/Raschauer/Wessely* (Hrsg.) GewO § 87 Rz 16 ff (Stand 1.1.2015, rdb.at).

²⁶ Vgl etwa VfGH 14. 7. 2020, G 411/2020, Rz 73 m.w.N.

Maßnahmen er seiner Prognose zufolge und in Abwägung der betroffenen Interessen für erforderlich hält, der Verordnungsgeber 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 zu treffen hat.²⁷ Die Anforderungen dürften aber nicht überspannt werden. Es komme im Einzelnen darauf an, was in der konkreten Situation möglich und zumutbar ist, wobei auch dem Zeitdruck entsprechende Bedeutung zukomme.²⁸

Zweitens betont der VfGH das Erfordernis der Dokumentation und Transparenz. So habe der Verordnungsgeber gemäß Art 18 Abs 2 B-VG die Wahrnehmung des ihm eingeräumten Entscheidungs- und Prognosespielraums nachvollziehbar zu machen und offenzulegen, indem er im Verordnungserlassungsverfahren dokumentiert, auf welcher Informationsbasis die Verwaltungsentscheidung fußt und die gebotene Interessenabwägung erfolgt ist.²⁹ Für die Beurteilung des VfGH sind diesbezüglich der Zeitpunkt der Erlassung der Verwaltungsbestimmungen und die zu diesem Zeitpunkt zugrunde liegenden aktenmäßigen Dokumentationen maßgeblich. Wenn für die Bewältigung von Situationen, in denen Maßnahmen anhand von Prognosen getroffen werden müssen, der Verwaltung zur Abwehr von möglichen Gefahren gesetzlich erhebliche Spielräume eingeräumt sind, komme solchen Anforderungen eine wichtige, die Gesetzmäßigkeit des Verwaltungshandelns sichernde Funktion zu.³⁰

Drittens schließlich hebt der VfGH das Erfordernis ständiger Anpassungsbereitschaft und, bei Bedarf, auch ständiger Anpassung hervor: Der Einschätzungs- und Prognosespielraum des Verordnungsgebers umfasse insoweit auch die zeitliche Dimension dahingehend, dass ein schrittweises, nicht vollständig abschätzbare Auswirkungen beobachtendes und entsprechend wiederum durch neue Maßnahmen reagierendes Vorgehen gefordert ist.³¹

Die dargestellte Rechtsprechung des VfGH ist auch auf die Vollziehung des COVID-19-IG übertragbar, da dessen § 19 Abs 2 eine Verordnungsermächtigung des BMGSPK enthält, die diesen verpflichtet (arg: „unverzüglich anzuordnen“), bei einer wesentlichen Änderung des Standes der Wissenschaft hinsichtlich der Eignung der Impfpflicht zur Verhinderung einer Überlastung der medizinischen Versorgung [...] oder hinsichtlich der Erforderlichkeit – im Einvernehmen mit dem Hauptausschuss des Nationalrates (§ 18 leg cit) – eine Verordnung zu erlassen, die die Anwendbarkeit des Gesetzes oder einzelner seiner Bestimmungen auf Sachverhalte ausschließt, die sich nach einem bestimmten Zeitpunkt ereignen. Damit ist dem BMGSPK die Verpflichtung übertragen worden, Eignung und Erforderlichkeit der Impfpflicht laufend auf Grundlage des jeweils in zumutbarer Weise ermittelbaren Standes der medizinischen Wissenschaft zu bewerten und auf wesentliche Veränderungen zu reagieren. Dabei ist er auch verpflichtet, seine Entscheidung auf entsprechend dokumentierte

²⁷ VfGH 1. 10. 2020, V 405/2020, Rz 30 m.w.N. Ähnlich auch das deutsche BVerfG hinsichtlich Corona-Maßnahmen in BVerfG 19. 11. 2021, 1 BvR 781/21 u.a. (Bundesnotbremse I), Rz 171: „sachgerechte und vertretbare Beurteilung der [in diesem Fall: dem Gesetzgeber] verfügbaren Informationen und Erkenntnismöglichkeiten“.

²⁸ VfGH 10. 3. 2021, V 574/2020 ua, Rz 30.

²⁹ ZB 14. 7. 2020, G 411/2020, Rz 74; 10. 3.2021, V 574/2020 ua, Rz 30.

³⁰ ZB m.w.N. VfGH 10. 3. 2021, V 574/2020 ua, Rz 31; 24. 6. 2021, V 592/2020, Rz 96; 24. 6. 2021, V 593/2020, Rz 58; 3. 12. 2021, V 617/2020 ua, Rz 61.

³¹ Ständige Rsp zu COVID-19-Maßnahmen: vgl VfGH 14. 7. 2020, G 411/2020, Rz 77; 14. 7. 2020, V 363/2020, Rz 58; 1. 10. 2020, G 271/2020 ua, Rz 57; 1. 10. 2020, V 405/2020, Rz 33; 8. 6. 2021, V 21/2021, Rz 18; 3. 12. 2021, V 617/2020 ua, Rz 76. Ähnlich auch das deutsche BVerfG hinsichtlich Corona-Maßnahmen in BVerfG 19.11. 2021, 1 BvR 781/21 u.a. (Bundesnotbremse I), Rz 178, Rz 190.

Grundlagen zu stützen, zu denen auch Berichte dieser Kommission zählen. Da diese ihrerseits den Auftrag hat, über Entwicklungen betreffend die Kriterien des § 19 Abs 2 COVID-19-IG zu berichten (§ 19 Abs 1 Z 4 COVID-19-IG), erweisen sich auch hier die oben dargestellten, vom VfGH formulierten Anforderungen als einschlägig für die Bewertungsarbeit der Kommission.

4.2. Eignung der Impfpflicht

Das Kriterium der Eignung bzw. Geeignetheit zur Verfolgung eines legitimen staatlichen Zwecks stellt das erste Kriterium dar, das aus verfassungsrechtlicher Sicht zu bejahen sein muss, um die Impfpflicht als verfassungsrechtlich zulässig zu bewerten.

4.2.1. Identifizierung des verfolgten legitimen Zwecks

Zu den im Zusammenhang mit Art 8 EMRK genannten legitimen Zwecken gehören u.a. „das wirtschaftliche Wohl des Landes“, der „Schutz der Gesundheit“ sowie der „Schutz der Rechte und Freiheiten anderer“. Während alle drei genannten legitimen Zwecke im Falle der Impfpflicht potenziell einschlägig wären, hat der österreichische Gesetzgeber das COVID-19-IG speziell mit dem Schutz der öffentlichen Gesundheit gerechtfertigt.³² Eine Rechtfertigung mit dem Schutz der öffentlichen Gesundheit kommt aus verfassungsrechtlicher Sicht aber nur dann in Betracht, wenn der Grundrechtseingriff – konkret die allgemeine Impfpflicht gegen COVID-19 – tatsächlich geeignet ist, dem Schutz der öffentlichen Gesundheit zu dienen.³³

Der Zweck des COVID-19-IG wird in erster Linie im Schutz des Gesundheitssystems („Gesundheitsinfrastruktur“) vor Überlastung gesehen.³⁴ Auch dieser Aspekt fällt unter den Begriff der „öffentlichen Gesundheit“, denn dieser erfasst nicht nur die Summe individueller Gesundheitszustände in der Bevölkerung, sondern auch das dem Schutz der Gesundheit von Menschen individuell und in ihrer Gesamtheit dienende „Gesundheitssystem“.³⁵ Der Schutz von Leben und Gesundheit derjenigen, die nicht geimpft werden können, durch Forcierung einer Herdenimmunität in der Bevölkerung, oder auch die Verhinderung massenweiser Krankenstände (mit problematischen Auswirkungen auf kritische Infrastrukturen) und ungewissen Langzeitfolgen (vgl etwa Long-Covid-Syndrom), wären also prinzipiell durchaus als vom COVID-19-IG verfolgte Zwecke in Betracht zu ziehen.³⁶ In § 19 COVID-19-IG wurde der Prüfungsgegenstand dieser Kommission allerdings auf die Eignung zur „Verhinderung einer

³² § 1 Abs 1 COVID-19-IG.

³³ Dazu wiederum statt aller *Berka*, Verfassungsrecht, 8. Aufl. 2021, Rn. 1304 m.w.N.

³⁴ Vgl dazu ausdrücklich § 19 Abs 1 Z 3 und Abs 2; auch AB 1312 BlgNR XXVII GP 13f (Ausschussbericht zum gesamtändernden Abänderungsantrag am 17. 1. 2022): Hinweis auf das geringere Risiko eines Krankheitsverlaufs, die drastische Reduktion der Sterblichkeit bei geimpften Personen und die verringerte Verbreitung des Virus bei hoher Durchimpfung „dienen dem Schutz der Gesundheitsinfrastruktur, den der Verfassungsgerichtshof in seiner mit Erkenntnis vom 14.07.2020, V 411/2020, beginnenden Rechtsprechung als legitimes Schutzziel anerkennt“.

³⁵ Vgl zum einen *Wiederin*, in *Korinek/Holoubek u.a.* (Hrsg.) Österreichisches Bundesverfassungsrecht (5. Lfg 2002) Art 8 EMRK Rz 23: Schutz der Gesundheit „wird weit verstanden“; vgl auch die Hinweise auf staatliche Schutzpflichten betreffend die Organisation des Gesundheitssystems bei *Berka*, Die Verantwortung des Staates für die medizinische Versorgung, RdM 2019, 227 (231f).

³⁶ Zum Schutz nicht impfbarer Personen durch eine allgemeine Impfpflicht als zulässiges öffentliches Interesse vgl EGMR 8. 4. 2021, 47.621/13 *Vavříčka u.a.* gegen Tschechische Republik, Rz 272.

Überlastung der medizinischen Versorgung“ eingeschränkt, was noch einmal unterstreicht, dass dieser Aspekt für den österreichischen Gesetzgeber ganz im Vordergrund stand.³⁷

Ab welcher Belastung des Gesundheitssystems eine „Überlastung“ vorliegt, sagt das Gesetz nicht explizit. Ganz sicherlich muss dabei die planmäßige Behandlung von anderen als COVID-19-Patient:innen berücksichtigt werden, d.h. von einer Überlastung ist jedenfalls dann auszugehen, wenn andere notwendige Behandlungen infolge der Priorisierung von COVID-19-Patient:innen verschoben, reduziert oder gar ganz unterlassen werden müssen. Das Gleiche gilt, wenn notwendige Behandlungen nur durch Ausbau von Ressourcen oder signifikante Überstunden des Gesundheitspersonals durchgeführt werden können. In diesen Punkten ist eine Orientierung an den bereits angewandten Kriterien der Corona-Kommission möglich.³⁸ Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass medizinische Ressourcen (z.B. Kapazitäten im intensivmedizinischen Bereich) nie zu 100 Prozent ausgelastet sein sollten, um für übliche Schwankungen des Patientenaufkommens oder größere Unglücksfälle jenseits von COVID-19 gerüstet zu sein. Wesentlich ist, dass das Gesetz auf eine Überlastung des „Gesundheitssystems“ allgemein abstellt; es erfolgt somit keine Einschränkung auf bestimmte Elemente desselben (z.B. Intensivstationen). Auch eine Überlastung im Bereich der normalen Bettenstationen oder im niedergelassenen Bereich, die negative Auswirkungen auf andere notwendige Behandlungen hat, ist daher für die Rechtfertigung einer Impfpflicht relevant.

4.2.2. Anforderungen an die Eignung

Die Eignung einer Maßnahme zur Erreichung eines legitimen Zwecks ist in einem ersten Schritt eine Frage der empirischen Wissenschaften: Die Bejahung der Eignung setzt voraus, dass der „Einsatz des gewählten Mittels“ das angestrebte Ziel auch tatsächlich erreichen kann.³⁹ Der VfGH hat im Zusammenhang mit COVID-19-Maßnahmen das Kriterium wiederholt als „der Zielerreichung dienlich“ definiert.⁴⁰ Alternative Maßnahmen werden auf dieser Stufe der Verhältnismäßigkeitsprüfung noch nicht in Betracht gezogen, weil es ja gerade erst darum geht, die konkret zu prüfende Maßnahme in den Kreis denkbarer Maßnahmen einzuschließen oder aus ihm auszuschneiden.

Zum quantitativen Aspekt, dh ab welcher Signifikanz der zu erwartenden Auswirkungen der Maßnahme auf die Erreichung des legitimen Zwecks von einer „Eignung“ im verfassungsrechtlichen Sinn gesprochen werden kann, gibt es in der Judikatur wenig sichere Anhaltspunkte. Der VfGH hat die Verfassungsmäßigkeit staatlicher Grundrechtseingriffe bislang selten an der fehlenden Eignung scheitern lassen,⁴¹ insbesondere, weil der VfGH auch in diesem Zusammenhang immer wieder den staatlichen Einschätzungs- und Gestaltungsspielraum betont.⁴² Im Wesentlichen geht es in der

³⁷ Vgl nochmals AB 1312 BlgNR XXVII GP 13f.

³⁸ Diese sind unter <https://corona-ampel.gv.at/corona-kommission/empfehlungen-der-corona-kommission/> verfügbar.

³⁹ Vgl z.B. *Kucsko-Stadlmayer*, Allgemeine Strukturen der Grundrechte, in *Merten/Papier/Kucsko-Stadlmayer* (Hrsg.) Handbuch der Grundrechte VII/1, 2. Aufl. 2014, § 3 Rz 99.

⁴⁰ VfGH 14. 7. 2020, G 411/2020, Rz 76; VfGH 14. 7. 2020, V 363/2020, Rz 57; VfGH 1. 10. 2020, G 271/2020, VfGH V 463/2020, Rz 56; VfGH 1. 10. 2020, V 405/2020, Rz 32; VfGH 8. 6. 2021, V 21/2021, Rz 17.

⁴¹ Vgl auch *Kucsko-Stadlmayer*, Allgemeine Strukturen der Grundrechte, in *Merten/Papier/Kucsko-Stadlmayer* (Hrsg.) Handbuch der Grundrechte VII/1, 2. Aufl. 2014, § 3 Rz 100: Für die Verneinung der Eignung bedarf es eines „besondere[n] Anhaltspunkt[es] für eine Fehleinschätzung des Gesetzgebers.“

⁴² Aus dem Bereich des Erwachsenenschutzes z.B. rezent VfGH 7. 10. 2020, G 289/2020, Rz 24: „Der Verfassungsgerichtshof kann dem Gesetzgeber nur dann entgegentreten, wenn er bei der Bestimmung der einzusetzenden Mittel die ihm von Verfassungs wegen gesetzten Schranken überschreitet. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn er das sich aus dem Gleichheitsgebot ergebende Sachlichkeitsgebot verletzt, wenn er also beispielsweise zur Zielerreichung völlig ungeeignete

Judikatur in diesem Zusammenhang um die Ausfilterung völlig unplausibler Begründungen, bei denen sich ein empirisch belegbarer Zusammenhang zwischen Maßnahme und angeblich verfolgtem Ziel als weitgehend konstruiert darstellt. So wurde etwa eine Bedarfsprüfung bei Erteilung von Fahrschulkonzessionen als nicht geeignet betrachtet, das Ziel erhöhter Verkehrssicherheit zu erreichen.⁴³

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, weil eine geringe Signifikanz der Eignung bei hoher Signifikanz des Grundrechtseingriffs ohnehin spätestens bei der Prüfung der Angemessenheit zum Verdikt der Unverhältnismäßigkeit führt.⁴⁴

4.3. Erforderlichkeit der Impfpflicht

Das Kriterium der Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit ist aus verfassungsrechtlicher Sicht der nächste unverzichtbare Teilaspekt des Verhältnismäßigkeitsprinzips, dem jeder staatliche Eingriff in Grundrechte zu entsprechen hat.

4.3.1. Anforderungen an die Erforderlichkeit

Unter dem Gesichtspunkt der Erforderlichkeit ist zu prüfen, ob der Staat die grundrechtlich gewährleistete Freiheit nicht in einem größeren Maß einschränkt, als dies zur Erreichung des legitimen Eingriffsziels erforderlich ist. Es gilt insofern ein Gebot des Einsatzes des mildesten bzw. gelindesten Mittels zur Zielerreichung, das es dem Staat verwehrt, die Freiheit der Bürger:innen über das unbedingt Erforderliche hinausgehend zu beschränken.⁴⁵ Der VfGH hat im Zusammenhang mit COVID-19-Maßnahmen beim Kriterium der Erforderlichkeit wiederholt darauf abgestellt, dass einerseits gegenläufige Interessen so wenig wie möglich beschränkt werden und andererseits die Zielerreichung mit weniger effektiven Maßnahmen nicht möglich wäre.⁴⁶ Hinsichtlich der dabei auftretenden, notwendigen Prognoseentscheidungen kann auf die Ausführungen zu 4.1 verwiesen werden.

Mittel vorsieht oder wenn die vorgesehenen, an sich geeigneten Mittel zu einer sachlich nicht begründbaren Differenzierung führen“; ähnlich auch VfGH 15. 6. 1990, G 56/89 = VfSlg 12.379/1990: (im Wirtschaftsrecht) Abstellen darauf, ob die „bekämpfte Regelung zur Zielerreichung absolut untauglich“ sei; vgl auch die Judikaturanalyse bei *Berka/Binder/Kneihls*, Die Grundrechte. Grund- und Menschenrechte in Österreich, 2. Aufl.2019, 196 f.

⁴³ VfGH 5. 3. 1987, G 174/86 = VfSlg 11.276/1987.

⁴⁴ Deutlich *Berka/Binder/Kneihls*, Die Grundrechte. Grund- und Menschenrechte in Österreich, 2. Aufl.2019, 199: „Fehlt es an dieser Verhältnismäßigkeit i.e.S., an der Adäquanz, so ist auch ein zur Erreichung des im Gesetzesvorbehalt anerkannten oder sonst legitimen Zieles geeigneter und erforderlicher Eingriff unzulässig und das Grundrecht ist verletzt“.

⁴⁵ Dazu statt aller wiederum *Berka*, Verfassungsrecht, 8. Aufl. 2021, Rz 1305 m.w.N.; *Kucsko-Stadlmayer*, Allgemeine Strukturen der Grundrechte, in *Merten/Papier/Kucsko-Stadlmayer* (Hrsg.) Handbuch der Grundrechte VII/1, 2. Aufl. 2014, § 3 Rz 101f.

⁴⁶ In der Originalformulierung „gegenläufige Interessen weniger beschränkend und zugleich weniger effektiv nicht möglich“; vgl z.B. VfGH 14. 7. 2020, G 411/2020, Rz 76; VfGH 14. 7. 2020, V 363/2020, Rz 57; VfGH 1. 10. 2020, G 271/2020, VfGH V 463/2020, Rz 56; VfGH 1. 10. 2020, V 405/2020, Rz 32; VfGH 8. 6. 2021, V 21/2021, Rz 17.

Das Gebot der Erforderlichkeit impliziert auch die Prüfung von Alternativen.⁴⁷ 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 *Impfpflicht* unter Beibehaltung des Ziels einer Erhöhung der Durchimpfungsrate und
- (c) Alternativen zur *Umsetzung* der Impfpflicht zum derzeit vorgesehenen Zeitpunkt.

Insbesondere die Alternativen im Sinne von (b) und (c) sind insoweit im COVID-19-IG vorgesehen, als dessen § 19 Abs 2 den BMSGPK verpflichtet, bei einer wesentlichen Änderung des Standes der Wissenschaft hinsichtlich der Erforderlichkeit der allgemeinen Impfpflicht durch Verordnung im Einvernehmen mit dem Hauptausschuss des Nationalrates unverzüglich anzuordnen, dass das Gesetz oder einzelne seiner Bestimmungen – allenfalls vorübergehend – nicht auf Sachverhalte anzuwenden sind, die sich nach einem in der Verordnung festzulegenden Zeitpunkt ereignen.

Erweist sich die Impfpflicht somit nicht (mehr) als gelindestes Mittel zur Erreichung des Ziels einer Verhinderung der Überlastung der medizinischen Versorgung, so sind die erforderlichen anderen Maßnahmen zu ergreifen, um dieses Ziel zu erreichen. In Frage kommen hier neben der Erlassung einer Verordnung nach § 19 Abs 2 COVID-19-IG z.B. Maßnahmen nach dem EpidemieG oder dem COVID-19-MaßnahmenG, aber auch neu zu schaffende Maßnahmen wie z.B. neue Anreize zur Wahrnehmung des Impfangebots.

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 ieS) einer Maßnahme zu berücksichtigen (dazu sogleich unter 4.4): Gibt es keine gelindere Alternative zur Erreichung des angestrebten Ziels im entsprechenden Ausmaß, ist zwar die Erforderlichkeit grundsätzlich zu bejahen; auch eine erforderliche Maßnahme kann sich jedoch in einer Gesamtabwägung als unverhältnismäßig erweisen, wenn ihr „Vorteil“ gegenüber einer zwar weniger wirksamen, aber mit einer geringeren Eingriffsintensität verbundenen Maßnahme begrenzt ist.⁴⁸

4.3.2. Gesichtspunkt der höheren oder geringeren Eingriffsintensität

Gerade bei als „schwer“ zu qualifizierenden Eingriffen in ein Grundrecht kommt der Prüfung, ob gelindere, aber zur Zielerreichung weiterhin geeignete, Mittel vorhanden sind, besondere Bedeutung zu.⁴⁹ Nicht ganz leicht zu ermitteln ist, was einen schweren Eingriff in ein Grundrecht auszeichnet. Bei

⁴⁷ *Kucsko-Stadlmayer*, Allgemeine Strukturen der Grundrechte, in *Merten/Papier/Kucsko-Stadlmayer* (Hrsg.) Handbuch der Grundrechte VII/1, 2. Aufl. 2014, § 3 Rz 102.

⁴⁸ Vgl nochmals *Berka/Binder/Kneihs*, Die Grundrechte. Grund- und Menschenrechte in Österreich, 2. Aufl.2019, 199.

⁴⁹ *Kucsko-Stadlmayer*, Allgemeine Strukturen der Grundrechte, in *Merten/Papier/Kucsko-Stadlmayer* (Hrsg.) Handbuch der Grundrechte VII/1, 2. Aufl. 2014, § 3 Rz 102.

bestimmten Grundrechten ist eine Abstufung schon vorgezeichnet bzw. in der Rechtsprechung üblich (z.B. Enteignungen vs Eigentumsbeschränkungen beim Grundrecht auf Eigentum).⁵⁰

In Hinblick auf die Impfpflicht gegen COVID-19 ist festzuhalten, dass nach dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte eine Impfpflicht als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit in den Kernbereich des Grundrechts auf Schutz des Privatlebens (Art 8 EMRK) fällt.⁵¹ Insoweit ist sie – auch wenn die Verabreichung einer Impfung medizinisch ein Eingriff von geringer Komplexität ist – aus grundrechtlicher Sicht ein schwerer Eingriff. Zugleich hat der EGMR betont, dass die Schwere des Eingriffs dadurch abgeschwächt wird, wenn eine Impfpflicht nicht mit körperlichem Zwang durchgesetzt werden kann.⁵² Weiters ist im Zusammenhang mit der Impfpflicht gegen COVID-19 zu konstatieren, dass diese von verschiedenen Bürger:innen subjektiv sehr verschieden empfunden wird: während sehr viele darin allenfalls eine minimale Freiheitseinbuße sehen, empfindet ein Teil der Bevölkerung die Impfpflicht als massiven Grundrechtseingriff. Bei der Beurteilung der Eingriffsintensität einer Maßnahme ist grundsätzlich ein objektiver Maßstab anzulegen. Der Empfängerhorizont (also etwa die subjektive Furcht vor einer Impfung) ist daher nur, aber insoweit zu berücksichtigen, als dies objektivierbar ist.⁵³ Für die Bemessung der Eingriffsintensität für sich genommen unbeachtlich sind demnach subjektive Befürchtungen, die sich jenseits jeglichen empirisch belegbaren Wissens bewegen (z.B. Befürchtung, der Impfstoff enthalte Nanopartikel, mit Hilfe derer die Bevölkerung überwacht und gesteuert werden soll). Menschen, die solche Befürchtungen hegen, können sich dabei auch nicht auf die Glaubens- und Gewissensfreiheit berufen.⁵⁴ Anders sieht dies gegebenenfalls mit subjektiven Befürchtungen aus, die zwar nach derzeitigem Stand der Wissenschaft objektiv unbegründet sind, sich aber zumindest im Prinzip als rational nachvollziehbare Überlegungen darstellen (z.B. Angst vor noch unentdeckten Langzeitfolgen der Impfung). Im Zusammenhang mit Überwachungsmaßnahmen wurde etwa vom deutschen Bundesverfassungsgericht ausdrücklich anerkannt, dass schon das bloß subjektive Gefühl des Überwachtwerdens einen Grundrechtseingriff darstellen kann.⁵⁵ Das Gefühl, mit dem Impfstoff eine Substanz in den Körper eingebracht zu bekommen, die theoretisch (und im Hinblick auf das sehr geringe, aber existente Risiko von Impfschäden auch praktisch) unerwünschte Auswirkungen auf die eigene Gesundheit haben kann, ist prinzipiell geeignet, psychische Belastungen hervorzurufen. Dies gilt umso mehr, wenn die objektiv begründete Erwartung besteht, dass sich psychische Belastungen

⁵⁰ Vgl dazu *Kucsko-Stadlmayer*, Allgemeine Strukturen der Grundrechte, in *Merten/Papier/Kucsko-Stadlmayer* (Hrsg.) Handbuch der Grundrechte VII/1, 2. Aufl. 2014, § 3 Rz 89.

⁵¹ EGMR 15. 3. 2012, 24.429/03 Solomakhin gegen Ukraine, Rz 33: „concerns the most intimate aspects of one’s private life“; ebenso EGMR 8. 4. 2021, 47.621/13 Vavříčka u.a. gegen Tschechische Republik, Rz 276.

⁵² EGMR 8. 4. 2021, 47.621/13 Vavříčka u.a. gegen Tschechische Republik, Rz 276.

⁵³ Hier kann insoweit auch auf die Rsp zu Art 3 EMRK zurückgegriffen werden, die bei der Feststellung einer unmenschlichen oder erniedrigenden Strafe und Behandlung zwar einerseits objektive Schranken setzt („einer gesetzlichen Maßnahme immanentes Maß an Beeinträchtigung“, aber auch das Empfinden des Empfängers mitberücksichtigt (vgl z.B. m.w.N. *Tretter*, in *Korinek/Holoubek u.a.* (Hrsg.) Österreichisches Bundesverfassungsrecht (10. Lfg 2011) Art 3 EMRK Rz 40 (großer staatlicher Spielraum bei Beurteilung), Rz 45 (immanentes Maß), aber auch Rz 38 (subjektives Empfinden), Rz 44 (Sicht des Opfers).

⁵⁴ Vgl EGMR 8. 4. 2021, 47.621/13 Vavříčka u.a. gegen Tschechische Republik, Rz 330 – 337 (mit einer abweichenden Meinung des Richters Wojtyczek) zur Nichtanwendbarkeit der Glaubens- und Gewissensfreiheit auf eine kritische Distanz gegenüber Impfungen. Dazu, dass auch nichtreligiöse Weltanschauungen ein „Mindestmaß an Stichhaltigkeit, Ernsthaftigkeit, Schlüssigkeit und Bedeutung“ aufweisen müssen, vgl auch *Grabenwarter/Pabel*, Europäische Menschenrechtskonvention, 7. Aufl. 2021, § 22 Rz 122 m.w.N.

⁵⁵ Vgl BVerfG 2. 3. 2010, 1 BvR 256/08 (Vorratsdatenspeicherung), Rz 212: „Hierdurch ist die anlasslose Speicherung von Telekommunikationsverkehrsdaten geeignet, ein diffus bedrohliches Gefühl des Beobachtetseins hervorzurufen, das eine unbefangene Wahrnehmung der Grundrechte in vielen Bereichen beeinträchtigen kann“. Auch der OGH geht im Zusammenhang mit zivilrechtlichen Unterlassungsansprüchen davon aus, dass der „Überwachungsdruck“ durch Kameraattrappen bzw. abgeschaltete Kameras insoweit „aktiven“ Kameras gleichzuhalten ist; vgl. etwa OGH 29. 3. 2017, 6 Ob 231/16p; OGH 21. 3. 2018, 3 Ob 195/17y; OGH 27. 11. 2019, 6 Ob 150/19f.

auch physisch manifestieren. Ist etwa aus medizinischer Sicht objektivierbar zu erwarten, dass Angst vor Impfungen bei den betroffenen Personen zu verstärkten Impfnebenwirkungen führt, ist dies bei der Beurteilung der Erforderlichkeit iS des gelindesten Mittels zu berücksichtigen.

Die Anordnung einer Impfpflicht stellt sich nach alledem – zumindest für einen Teil der Bevölkerung – als gewichtiger Grundrechtseingriff dar. Aber auch viele der alternativen Maßnahmen, insbesondere jene mit dem Ziel einer Kontaktreduktion bis hin zum allgemeinen Lockdown, zu Ausgangssperren oder zur Schließung von Betreuungs- und Bildungseinrichtungen, weisen jedoch sowohl im Hinblick auf Art. 8 EMRK als auch im Hinblick auf eine ganze Reihe weiterer Grundrechte ein massives Eingriffspotenzial auf,⁵⁶ und zwar für die gesamte Bevölkerung, ungeachtet des jeweils individuellen Beitrags zur Pandemiebekämpfung. Dabei zeigt die Erfahrung aus 2020 und 2021, dass Maßnahmen zur Kontaktreduktion nicht nur erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden sowie Schaden für das individuelle Fortkommen, den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die Ausübung vieler Grundrechte mit sich bringen, sondern auch in erheblichem Maße psychischen Erkrankungen Vorschub leisten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen⁵⁷ sowie bei Personen, die bereits vor der Pandemie an sozialer Vereinsamung litten und/oder in prekären Verhältnissen lebten⁵⁸. So lange die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Kontaktreduktion in einem Ausmaß, wie sie 2020 und 2021 verordnet wurden, ein realistisches Szenario auch für den Herbst 2022 darstellt, darf der Gesetzgeber nach Auffassung der Kommission im Rahmen des ihm gegebenen Prognose- und Gestaltungsspielraums daher jedenfalls die Sicherstellung einer flächendeckenden Impfung gegen COVID-19 als gelinderes Mittel ansehen. Sollte die Impfpflicht solche Maßnahmen nicht zur Gänze, sondern nur teilweise überflüssig machen, ist dies bei der Beurteilung der Angemessenheit einer Impfpflicht zu berücksichtigen.

Eine andere Frage ist, ob die Sicherstellung einer hinreichenden Durchimpfungsrate auch mit gelinderen Mitteln als der Anordnung einer allgemeinen Impfpflicht erreicht werden kann. Dabei darf der Gesetzgeber angesichts des ihm eingeräumten Spielraums aber nicht nur die unmittelbar bewirkte Freiheitsbeeinträchtigung berücksichtigen, sondern hat diese Maßnahmen auch vor dem Hintergrund rechtsstaatlicher und sozialstaatlicher Überlegungen sowie fiskalischer Interessen, die ihrerseits Auswirkungen auf verschiedene Grundrechte haben, zu bewerten.⁵⁹ So wäre etwa, um ein extremes Beispiel zu nennen, die Zahlung einer individuellen Impfprämie von 50.000 Euro mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit geeignet, die Impfquote signifikant zu heben. Die fiskalischen Auswirkungen einer solchen Entscheidung (mit unabsehbaren Folgen für die Finanzstabilität, für andere wichtige Staatsaufgaben und damit indirekt für viele Grundrechte) sowie die möglichen Konsequenzen für die allgemeine Bereitschaft zur Befolgung rechtlicher Vorgaben wären jedoch von einer Dimension, welche eine solche Maßnahme als nicht verantwortbar erscheinen ließen.

Was schließlich Zeitpunkt und Modalitäten einer Umsetzung der Impfpflicht betrifft, ist davon auszugehen, dass unter dem Gesichtspunkt der Erforderlichkeit einer späteren Umsetzung

⁵⁶ Vgl für einen Überblick *Fister*, Grundrechte in der Krise, AnwBl 2020, 406; kompakt auch *R. Friedrich*, Corona und Grundrechte. Status quo in Österreich, NLMR 2020, 321 (324).

⁵⁷ Vgl dazu die Übersichtsstudie von *Exenberger/Wentner/Sevecke*, Wie bedrohlich ist die Corona-Krise für die psychische Gesundheit der Kinder? Psychologie in Österreich 3 & 4 | 2021, 236.

⁵⁸ Vgl dazu den Blog 98 (Die vielen Gesichter der Einsamkeit in der Corona-Krise) des Austrian Corona Panel Project vom 29. 1. 2021, <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog98/>; weiters Blog 105 (Die Psyche in der Krise?) vom 25. 3. 2021, <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog105/>.

⁵⁹ Vgl nochmals zum Einschätzungsspielraum des Staates *Kucsko-Stadlmayer*, Allgemeine Strukturen der Grundrechte, in *Merten/Papier/Kucsko-Stadlmayer* (Hrsg.) Handbuch der Grundrechte VII/1, 2. Aufl. 2014, § 3 Rz 101; *Berka*, Verfassungsrecht, 8. Aufl. 2021, Rn. 1306.

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 folgt 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.

4.4. Angemessenheit der Impfpflicht (Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn)

Auf der letzten Stufe der Verhältnismäßigkeitsprüfung ist noch die Angemessenheit (auch: Adäquanz, Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn) einer Maßnahme zu prüfen. Dabei kommt es auf eine umfassende Abwägung der angestrebten öffentlichen Interessen mit dem Gewicht der beeinträchtigten Freiheit an, wobei alle für eine solche Beurteilung notwendigen Umstände zu berücksichtigen sind, vor allem das Gewicht der vom Staat verfolgten Interessen und das Ausmaß der Beeinträchtigung der entgegenstehenden Freiheit.⁶⁰ Der VfGH hat die Angemessenheit in anderen Zusammenhängen vielfach dahingehend umschrieben, dass der Eingriff „bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der ihn rechtfertigenden Gründe verhältnismäßig“ erscheinen müsse.⁶¹ Im Zusammenhang mit COVID-19-Maßnahmen hat der VfGH das Kriterium wiederholt als „nicht hinnehmbare Grundrechtseinschränkungen ausschließend“ definiert.⁶²

Speziell in Bezug auf eine allgemeine Impfpflicht gegen eine Reihe von Kinderkrankheiten, deren Nichtbefolgung sowohl Verwaltungsstrafen als auch einen Ausschluss vom Besuch eines Kindergartens nach sich ziehen kann, hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in *Vavříčka u.a./Tschechische Republik*⁶³ eine solche umfassende Abwägung beispielhaft vorgezeichnet. Zu den vom EGMR erwogenen Gesichtspunkten gehörten etwa das Gewicht der Risiken für die individuelle und öffentliche Gesundheit, die Gefahr eines Rückgangs der Impfquote bei bloßer Empfehlung, die Wirksamkeit und Sicherheit der Impfungen, die Berücksichtigung von Kontraindikationen (insb. durch eine Ausnahme von der Impfpflicht), die Möglichkeit einer (verschuldensunabhängigen) Entschädigung für Impfschäden, der Verzicht auf unmittelbaren Zwang, die Höhe der Verwaltungsstrafe sowie die Schwere sozialer Nachteile bei Verweigerung der Impfung. Auf diese Kriterien wurde auch bei der Erarbeitung des COVID-19-IG Bedacht genommen, was in den Erläuterungen auch näher dargelegt wird.⁶⁴

Im Rahmen der Angemessenheitsprüfung ist auch das Ausmaß der Eignung – sowohl absolut als auch relativ im Vergleich zu alternativen Maßnahmen geringerer Eingriffstiefe – zu berücksichtigen. Beim Ausmaß der Eignung der Impfpflicht, eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern, ist dabei u.a. ihre Akzeptanz zu berücksichtigen. Dies erklärt sich aus einer Besonderheit der Impfpflicht: Einen Beitrag zur Zielerreichung kann eine Impfpflicht nur leisten, wenn sie tatsächlich zu einer Erhöhung der Durchimpfungsrate führt bzw. ein Absinken derselben verhindert. Wenn zur Impfung verpflichtete Personen stattdessen die Sanktion einer Verwaltungsstrafe in Kauf nehmen und ungeimpft bleiben,

⁶⁰ Dazu statt aller wiederum *Berka*, Verfassungsrecht, Rz 1307 m.w.N.

⁶¹ Diese Formel findet sich insb im Kontext der Rsp zur Erwerbsausübungsfreiheit, z.B. VfGH 14. 3. 2018, G 227/2017, Rz 56; 3. 3. 2021, V 75/2019, Rz 84; es handelt sich dabei um eine seit vielen Jahrzehnten gebräuchliche Formel, *Berka*, Verfassungsrecht, 8. Aufl. 2021, Rz 1307 verweist hier etwa auf VfSlg 11.558/1987.

⁶² VfGH 14. 7. 2020, G 411/2020, Rz 76; VfGH 14. 7. 2020, V 363/2020, Rz 57; VfGH 1. 10. 2020, G 271/2020, VfGH V 463/2020, Rz 56; VfGH 1. 10. 2020, V 405/2020, Rz 32; VfGH 8. 6. 2021, V 21/2021, Rz 17.

⁶³ EGMR 8. 4. 2021, 47.621/13 *Vavříčka u.a.* gegen Tschechische Republik.

⁶⁴ AB 1312 BlgNR XXVII GP 16f.

kann dies ab einer gewissen Anzahl betroffener Personen dazu führen, dass die mit einer hohen Durchimpfungsrate angestrebten Ziele nicht mehr erreicht werden können. Ist eine solches Ergebnis mit hinreichender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dann ist die Angemessenheit der Impfpflicht in zwei Richtungen zu bewerten: Zum einen ist zu klären, ob das COVID-19-IG doch noch eine Möglichkeit bietet, die Impfbereitschaft zu steigern. Konkret wäre dies das Strafverfahren nach Ermittlung der impfpflichtigen Personen mittels automatisierten Datenabgleichs nach § 6 iVm § 11 COVID-19-IG („dritte Stufe“). Wenn umgekehrt damit zu rechnen ist, dass auch dieses Vorgehen die Impfbereitschaft nicht mehr wesentlich steigern kann, ist die diesfalls nur unvollständig umsetzbare Impfpflicht gegen mögliche Alternativen zu Zielerreichung abzuwägen, die trotz geringerer Eignung zur Zielerreichung auch von nicht geimpften Personen unterstützt werden und insoweit effektiver zur Verhinderung einer Überlastung des Gesundheitssystems beitragen. Dies setzt aber wieder voraus, dass es solche Maßnahmen gibt und diese auch implementierbar sind.

4.5. Verfassungsrechtliche Schlussfolgerungen aus den medizinischen Erkenntnissen

Im Lichte der Bewertung der Impfpflicht aus medizinischer Sicht (oben 3) sowie der verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Eignung (oben 4.2) sollte jedenfalls von einer Eignung der Impfpflicht auszugehen sein, dem Ziel einer Verhinderung der Überlastung der medizinischen Versorgung (prinzipiell) dienlich zu sein.

Die medizinische Bewertung der Impfpflicht (oben 2.4.4 und 3) lässt allerdings in Bezug auf diejenigen Personen, die derzeit über eine komplettierte Grundimmunisierung (zweifache Impfung und/oder Genesung⁶⁵) oder eine Grundimmunisierung plus Auffrischung verfügen, den Schluss zu, dass aus derzeitiger Sicht eine sofortige Umsetzung der Impfpflicht noch nicht erforderlich ist. Im Hinblick auf das Ziel, im Herbst 2022 eine Überlastung der medizinischen Versorgung zu vermeiden, wäre eine Impfung im Spätsommer bzw. Frühherbst ebenso geeignet. Eine Impfung im Spätsommer bzw. Frühherbst ist auch das gelindere Mittel, weil damit die absolute Anzahl der verpflichtenden Impfungen verringert wird und zumindest die Möglichkeit besteht, dass sich infolge neuer Entwicklungen und/oder Erkenntnisse eine Umsetzung der Impfpflicht ganz erübrigen wird bzw. noch bessere Impfstoffe zur Verfügung stehen. Jedenfalls erforderlich wäre aber eine ständige Reevaluierung der Lage und die Fortsetzung der logistischen Vorbereitungen für die Umsetzung der Impfpflicht, um im Herbst gerüstet zu sein und auch im Falle des (derzeit nicht erwarteten) Auftretens von hoch pathogenen Varianten während der wärmeren Jahreszeit jederzeit rasch handeln zu können.

Für diejenigen Personen, die bisher weder durch Genesung noch durch Impfung bereits eine Immunität aufgebaut haben, wäre eine sofortige Umsetzung der Impfpflicht weiterhin erforderlich, damit sie bis zum Herbst auch eine Auffrischungsimpfung („Booster“) erhalten können, was den Impfschutz im Vergleich zur bloß komplettierten Grundimmunisierung durch zwei Teilimpfungen signifikant erhöht⁶⁶. Allerdings stellt sich die Frage, ob die sofortige Umsetzung der Impfpflicht für diese Personen angemessen wäre. Im Lichte der medizinischen Bewertung (oben 2.4.4) darf angenommen werden, dass diese Personen auch dann einen gewissen immunologischen Schutz (insb. vor schwerer

⁶⁵ Per Definition zwei voneinander unabhängige immunologische Ereignisse, wobei zweimalige Impfung, einmalige Impfung und einmalige Genesung und zweimalige Genesung als gleichwertig anzusehen sind. Details finden sich unter: [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:038c2031-5694-4339-acff-fa400005f8e6/COVID-19-Impfungen_Anwendungsempfehlung_des_Nationalen_Impfgremiums_9.0_\(Stand__04.03.2022\).pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:038c2031-5694-4339-acff-fa400005f8e6/COVID-19-Impfungen_Anwendungsempfehlung_des_Nationalen_Impfgremiums_9.0_(Stand__04.03.2022).pdf).

⁶⁶ Tartof et al, Lancet preprint 2022; https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4011905.

Erkrankung, deren Behandlung systembelastend ist) genießen würden, wenn sie im Herbst 2022 erst zwei Teilimpfungen erhalten hätten. Angesichts der Tatsache, dass es sich bei bislang noch überhaupt nicht geimpften Personen tendenziell um Personen handeln dürfte, welche den Eingriff subjektiv als besonders schwerwiegend empfinden (dazu oben 4.3.2) und bei denen auch die Akzeptanz und damit die Effektivität der Impfpflicht am geringsten sein dürfte,⁶⁷ erscheint es unter dem Gesichtspunkt der Angemessenheit als vertretbar, auch bei diesen Personen noch weiter zuzuwarten und die Lage spätestens im Mai/Juni zu reevaluieren. Hinsichtlich dieser Personengruppe besteht daher angesichts des staatlichen Entscheidungs- und Prognosespielraums unter Unsicherheit (oben 4.1.) ein größerer staatlicher Ermessensspielraum hinsichtlich der Umsetzung der Impfpflicht zum jetzigen Zeitpunkt.

⁶⁷ ACCP zur Impfbereitschaft: Corona-Dynamiken 36 vom 25. 1. 2021, <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/corona-dynamiken36/>.

5. Ergebnisse

1. Nach den bisherigen Erfahrungen mit COVID-19 ist es als sehr wahrscheinlich anzusehen, dass im Herbst 2022 eine neue, möglicherweise massive Infektionswelle droht. Selbst wenn die Pathogenität der dann dominierenden Varianten diejenige der Omikron-Varianten nicht übersteigen sollte, könnte – wenn keine Vorkehrungen getroffen werden – das Virus auf eine Bevölkerung treffen, deren Immunität massiv abgenommen hat (sog *waning*), und könnte damit zu einer weitaus höheren Krankheitslast führen als die Omikron-Varianten im Winter 2021. Eine Überlastung des Gesundheitssystems wäre dann keinesfalls auszuschließen, und ebenso wenig, dass zu ihrer Vermeidung wiederum drastische Freiheitseingriffe (z.B. Lockdown) erforderlich würden.
2. Ob dieses Szenario im Herbst 2022 ohne entsprechende Gegenmaßnahmen tatsächlich eintreten würde, hängt allerdings von einer Vielzahl von Faktoren ab und lässt sich derzeit nicht seriös prognostizieren. Zu diesen Faktoren gehören
 - die epidemiologische Entwicklung (neue Varianten, weiterer Verlauf der Infektionen im Frühling und Sommer)
 - der weitere Verlauf des Schwindens der durch Impfung oder Erkrankung gewonnenen Immunität (*waning*)
 - die weitere Entwicklung der Impfakzeptanz in Hinblick auf Erstimmunisierungen, aber auch auf Auffrischungen
 - die Wertigkeit von Therapien (unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen und Akzeptanz) als möglicher Ersatz für die Impfung.
3. Mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit wird die Impfung auch im Herbst/Winter 2022 das zentrale Instrument zur Bewältigung des infektiologischen Geschehens bleiben. Therapien werden sicherlich einen gewissen Stellenwert erlangen, dieser ist aber im Moment weder quantifizierbar noch lässt er sich wertend im Hinblick auf Wirksamkeit und Arzneimittelsicherheit der Impfung gegenüberstellen. Eine allgemeine Impfpflicht bleibt ein probates Mittel zur Sicherstellung einer hinreichenden Durchimpfungsrate der Bevölkerung, zumal auch bei prinzipiell impfbereiten Personen die Gefahr besteht, dass diese den Effekt nachlassender Immunisierung unterschätzen oder die Impfung aus anderen Gründen zu lange vor sich herschieben.
4. Um die Wirkung der Impfung im Herbst/Winter 2022 optimal nutzen zu können, ist es von entscheidender Bedeutung, zum richtigen Zeitpunkt zu impfen. Aus medizinischer Sicht wäre es optimal, wenn Anfang September bis Mitte Oktober 2022 jede Person mindestens drei immunologische Ereignisse (Infektion oder Impfung) hinter sich hätte, wobei das letzte immunologische Ereignis (allenfalls in Form einer vierten Impfung) dann im Hinblick auf die Herbstwelle idealerweise möglichst kurze Zeit zurückliegen sollte. Teilimmunisierte (erst einmal geimpft/genesen) oder grundimmunisierte Personen (zweifache Impfung und/oder Genesung) sollten weitere Immunisierungen den aktuellen Anwendungsempfehlungen des Nationalen Impfgremiums entsprechend fortsetzen. Jedenfalls aber sollten Personen, die bisher weder durch Genesung noch durch Impfung bereits eine Immunität aufgebaut haben, aus medizinischer Sicht bereits jetzt mit einem Impfzyklus beginnen. Wenn diese Personen erst im September ihre ersten zwei Teilimpfungen erhalten, wäre jedoch auch für sie ein gewisser Schutz zumindest vor schwerer Erkrankung für Herbst/Winter 2022 gegeben.

5. Rechtlich bedeutet dies unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit von Grundrechtseingriffen, dass eine sofortige Umsetzung der Impfpflicht zur Verhinderung einer Überlastung des Gesundheitssystems jedenfalls bei Personen, die bereits über eine komplettierte Grundimmunisierung (zweifache Impfung und/oder Genesung) verfügen, derzeit noch nicht erforderlich erscheint, wenngleich eine Impfpflicht entsprechend den Anwendungsempfehlungen des Nationalen Impfgremiums natürlich weiterhin besteht. Ein Zuwarten mit der Umsetzung der Impfpflicht hingegen erscheint unter der Annahme, dass die nächste größere Infektionswelle erst im Herbst 2022 droht, medizinisch vertretbar und stellt sich rechtlich im Vergleich zur sofortigen Umsetzung als der gelindere Grundrechtseingriff dar, weil damit die absolute Anzahl der verpflichtenden Impfungen reduziert wird und zudem eine gewisse Möglichkeit besteht, dass im Lichte neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Umsetzung der Impfpflicht gar nicht mehr erforderlich wird bzw. noch bessere Impfstoffe vorliegen. Diese Einschätzung kann sich allerdings jederzeit ändern, sollten neue Varianten von COVID-19 auftreten, welche auch während der warmen Jahreszeit zu hohen Krankheitslasten führen.
6. Bei jenen Personen, die bisher weder durch Impfung noch durch Genesung eine Immunität aufgebaut haben, wäre an sich demnächst der Beginn eines vollständigen Impfzyklus samt Auffrischungsimpfung („Booster“) erforderlich, da es bis zum Erreichen eines vollständigen Impfschutzes durch drei Impfungen mehrere Monate dauert. Angesichts der Tatsache, dass auch eine aus nur zwei Teilimpfungen bestehende Impfung einen gewissen Schutz vor systembelastenden schweren Erkrankungen bietet und dass gerade diese Personen die Impfpflicht subjektiv als besonders schwerwiegenden Eingriff empfinden werden, gibt es aber unter dem Gesichtspunkt der Angemessenheit eines Grundrechtseingriffs gute Argumente dafür, auch ihnen gegenüber keine sofortige Umsetzung der Impfpflicht anzuordnen, sodass nach Auffassung der Kommission ein Hinausschieben der Umsetzung auch dieser Personengruppe gegenüber jedenfalls vom Einschätzungsspielraum des Staates gedeckt wäre.
7. Entscheidend ist aus der Sicht der Kommission eine laufende Beobachtung der Entwicklungen und eine Reevaluierung der Situation in spätestens drei Monaten unter Beachtung des dann aktuellen Standes der Wissenschaft. Zu diesem Zeitpunkt sollte über die oben genannten medizinischen Faktoren mehr Klarheit bestehen und gleichzeitig noch ausreichend Zeit verbleiben, bei entsprechender Erforderlichkeit eine Umsetzung der Impfpflicht zum medizinisch optimalen Zeitpunkt in die Wege zu leiten. Jedenfalls erforderlich ist bereits jetzt eine minutiöse Vorbereitung der für die Impfungen erforderlichen Logistik und eine gute Kommunikation.

Wien, am 8. März 2022