

Liechtenstein-Institut

IMPFPFLICHT IN LIECHTENSTEIN

RECHTLICHE UND ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN



LIECHTENSTEIN-INSTITUT



Verantwortlich für den Inhalt:

Christian Frommelt, Direktor und Forschungsleiter Politik, Liechtenstein-Institut

Mitarbeit (in alphabetischer Reihenfolge):

Nicolina Biedermann, Projektmitarbeiterin, Liechtenstein-Institut (Kapitel 2.6; 2.8; 4.2; 4.3; 8)

Lukas Ospelt, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Liechtenstein-Institut (Kapitel 3; 5; 6)

Valentin Ritter, Praktikant, Liechtenstein-Institut (Kapitel 2.3)

Philippe Rochat, Forschungsbeauftragter Politik, Liechtenstein-Institut (Kapitel 2.1; 2.4; 2.7)

Patricia M. Schiess Rütimann, Forschungsleiterin Recht, Liechtenstein-Institut (Kapitel 6; 7)

Die Studie wurde im Auftrag der Regierung des Fürstentums Liechtenstein,
Ministerium für Gesellschaft und Kultur, erstellt.

Zitiervorschlag: Liechtenstein-Institut (2022): Impfpflicht in Liechtenstein.
Rechtliche und ethische Überlegungen. Gamprin-Bendern.

Gamprin-Bendern, Januar 2022

Liechtenstein-Institut
St. Luziweg 2, 9487 Gamprin-Bendern, Liechtenstein
www.liechtenstein-institut.li

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung	5
2	Covid-19-Pandemie in Liechtenstein	6
2.1	Covid-19-Zahlen im europäischen Vergleich	6
2.2	Überblick über Covid-19-Massnahmen in Liechtenstein	8
2.3	Covid-19-Impfkampagne in Liechtenstein	12
2.4	Entwicklung der Impfquote	16
2.5	Öffentliche Meinung und Impfung	18
2.6	Impfstoffe, Wirksamkeit, Impfreaktionen und Nebenwirkungen	23
2.7	Covid-19-Impfung und Fallzahlen	26
2.8	Ziel(e) der Impfkampagne	32
2.9	Zwischenfazit	33
3	Rechtshistorischer Überblick	34
3.1	Liechtenstein	34
3.2	Österreich und Deutschland	36
3.3	Schweiz	38
3.4	Begriffe Impfpflicht, Impfblogatorium und Impfwang	40
4	Aktuelle Lage in Liechtenstein, der Schweiz und Europa	41
4.1	Rechtsslage in Liechtenstein	41
4.2	Diskussionen über die Impfpflicht in der Schweiz	42
4.3	Regelungen in Europa	46
4.4	Zwischenfazit	47
5	Impfpflicht in Österreich	49
5.1	Der Inhalt des Ministerialentwurfes	49
5.2	Die Grundrechtsfrage aus der Sicht des österreichischen Sozial- und Gesundheitsministeriums	51
5.3	Ausgewählte Stellungnahmen aus dem Begutachtungsverfahren	53
5.4	Der überarbeitete Gesetzesentwurf	54
5.5	Zwischenfazit	57
6	Grundrechtliche Fragestellungen im Zusammenhang mit einer allgemeinen Impfpflicht	58
6.1	Die tangierten Grundrechte	58
6.2	Zur Zulässigkeit von Grundrechtsbeschränkungen	61
6.3	Eine genügende gesetzliche Grundlage	61
6.4	Das öffentliche Interesse und die Rechte Dritter	61
6.5	Die Verhältnismässigkeitsprüfung	64
6.6	Die Sonderfrage der Impfschäden	67
6.7	Zwischenfazit	68
7	Covid-19-Impfpflicht in Liechtenstein	69
7.1	Verfahren zur Einführung einer Impfpflicht	69
7.2	Verhältnis zur Schweiz	69
7.3	Eckpunkte eines Impfgesetzes	70
7.3.1	Ziel und Zweck der Gesetzesvorlage	70

7.3.2	Geltungsbereich und Begriffsbestimmungen.....	70
7.3.3	Grenzgänger	71
7.3.4	Sanktion bei Nichteinhaltung der Impfpflicht	71
7.3.5	Ausnahmen von der Impfpflicht.....	71
7.3.6	Ermittlung impfpflichtige Personen, Datenschutz und Verfahren	72
7.3.7	Periodische Berichterstattung der Regierung an den Landtag	72
7.3.8	Regelung für Impfschäden.....	73
7.3.9	Befristung	73
7.4	Zwischenfazit	73
8	Argumente für und gegen eine Impfpflicht.....	74
8.1	Ethikkommissionen Deutschland und Österreich.....	74
8.2	Ethische Grundsätze	75
8.2.1	Freiheit	76
8.2.2	Selbstbestimmung.....	76
8.2.3	Nichtschädigung und Integritätsschutz	77
8.2.4	Gerechtigkeit und Rechtsgleichheit	77
8.2.5	Solidarität	78
8.2.6	Nachhaltigkeit und Folgeverantwortung.....	78
8.2.7	Weitere ethische Grundsatzfragen	79
8.3	Argumente gegen eine Impfpflicht	79
8.3.1	Eingriff in die persönliche Freiheit	79
8.3.2	Fehlende Effektivität und Eignung	79
8.3.3	Geringe Praktikabilität.....	80
8.3.4	Individuelle Folgen und Konsequenzen für Schutzimpfungen generell.....	80
8.3.5	Negative gesellschaftliche Folgen	80
8.3.6	Globale Dimension	81
8.3.7	Ungleiche Betroffenheit von Sanktionen	81
8.4	Argumente für eine Impfpflicht	81
8.4.1	Verhältnismässigkeit gesichert.....	81
8.4.2	Positive Freiheitsbilanz.....	82
8.4.3	Praktikabilität und Eignung	82
8.4.4	Rechtsfolgebereitschaft und Entscheidungshilfe	82
8.4.5	Fairere Verteilung der Belastungen	82
8.4.6	Fehlende Alternativen	83
8.4.7	Abschwächung der gesellschaftlichen Polarisierung	83
8.5	Fazit.....	83
9	Zusammenfassung.....	84

1 EINLEITUNG

Das Ministerium für Gesellschaft und Kultur beauftragte das Liechtenstein-Institut mit der Erstellung einer Studie über die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht in Liechtenstein. Verschiedene Staaten haben angesichts der nachweislich hohen Schutzwirkung der Impfstoffe gegen das Covid-19-Virus und der weiterhin anhaltenden Pandemiesituation eine beschränkte und in seltenen Fällen auch eine allgemeine Covid-19-Impfpflicht eingeführt. In anderen Staaten wiederum wird eine solche Einführung derzeit diskutiert, wobei neben den mit einer Impfpflicht verbundenen Einschränkungen der Grundrechte auch Überlegungen zu den Auswirkungen auf den gesellschaftlichen Zusammenhalt sowie generell zur Machbarkeit und Umsetzung einer Impfpflicht in den Entscheidungsprozess einfließen.

Der Fokus der vorliegenden Studie liegt auf der Möglichkeit der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht in Liechtenstein. Damit ist gemeint, dass sich die gesetzlich verankerte Impfpflicht an alle Einwohnerinnen und Einwohner richtet, ausser diese werden im Gesetz explizit von der Impfpflicht ausgenommen. Die Möglichkeit zur Einführung einer Impfpflicht für bestimmte Personengruppen wie z. B. Personen, welche in der Pflege tätig sind, ist bereits heute im Epidemienengesetz (EpG) vorgesehen und bedarf deshalb keiner verfassungsmässigen Prüfung mehr.

Die vorliegende Studie soll die folgenden Fragen beantworten:

1. Wäre die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht in Liechtenstein verfassungsrechtlich zulässig?
2. Welche Rahmenbedingungen sollten bei der Umsetzung einer allgemeinen Impfpflicht beachtet werden?
3. Wie könnte eine solche Regelung in Liechtenstein ausgestaltet werden?
4. In welchem Verfahren müsste sie erlassen werden?

Die Thematik einer allgemeinen Impfpflicht ist äusserst komplex und die aktuelle Debatte politisch aufgeladen. Entsprechend werden im Rahmen der Studie neben der rechtswissenschaftlichen Prüfung auch ethische und praktische Überlegungen eingebracht. Angesichts der kurzen Bearbeitungszeit kann die Studie jedoch nicht alle Aspekte der Thematik würdigen. So werden z. B. die Kosten einer Impfpflicht, Haftungsfragen oder Fragen des Datenschutzes nicht beleuchtet. Auch verschiedene Detailfragen zur Umsetzung und Durchsetzung einer allgemeinen Impfpflicht werden nur cursorisch abgehandelt. Zudem liefert die Studie bewusst keine Antwort auf die politisch zu entscheidende Frage nach der Notwendigkeit einer allgemeinen Impfpflicht in Liechtenstein. Stattdessen beschränkt sich die Studie auf die Wiedergabe von in der Fachliteratur abgehandelten Argumenten für und gegen eine Impfpflicht.

Die fast täglich anwachsende Literatur konnte weder umfassend ausgewertet werden noch war es möglich, eine umfassende Recherche nach Urteilen in den Nachbarstaaten durchzuführen. Der Fokus der Literaturrecherche lag auf dem deutschsprachigen Raum. Die Studie bildet eine Momentaufnahme und gibt die Entwicklungen bis zum 17. Januar 2022 wieder.

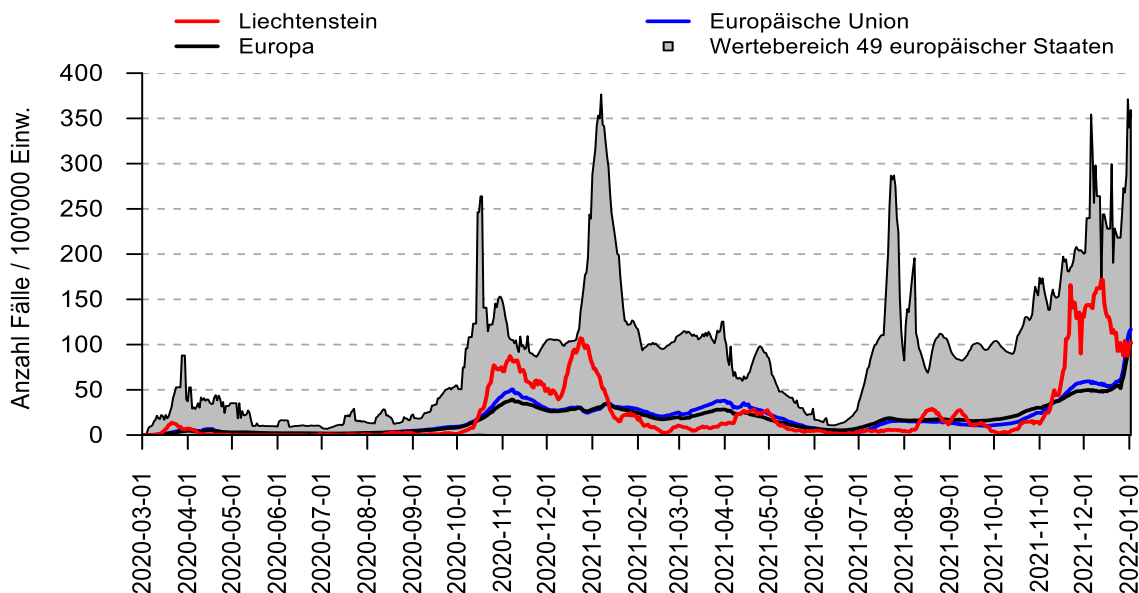
2 COVID-19-PANDEMIE IN LIECHTENSTEIN

Das folgende Kapitel bietet eine kurze Übersicht über die Entwicklung der Coronapandemie in Liechtenstein. Zu Beginn des Kapitels werden die Anzahl infizierter Personen und die Anzahl Todesfälle im Zusammenhang mit einer Covid-19-Infektion dargestellt. Daran anknüpfend werden die wichtigsten Massnahmen zur Bekämpfung der Pandemie in Liechtenstein aufgeführt und mit anderen Staaten verglichen. In den weiteren Unterkapiteln wird die Impfkampagne in Liechtenstein beleuchtet, inklusive der Entwicklung der Impfquote und der öffentlichen Meinung zur Impfung in Liechtenstein.

2.1 Covid-19-Zahlen im europäischen Vergleich

Am 4. März 2020 wurde erstmals eine Covid-19-Infektion einer Person mit Wohnsitz in Liechtenstein nachgewiesen. Bis Anfang 2022 wurden über 7'000 weitere Infektionen registriert. Im Zeitverlauf lassen sich fünf Wellen beobachten, wobei die Anzahl laborbestätigter Fälle stark variiert. Abbildung 1 dokumentiert den Pandemieverlauf in Liechtenstein anhand der Anzahl laborbestätigter Fälle und vergleicht diesen mit der gesamteuropäischen Entwicklung. Dabei zeigen sich für Liechtenstein in erster Linie zwei Phasen, in denen die Fallzahlen klar über der europäischen Inzidenz lagen. Dies war einerseits während der zweiten Welle um den Jahreswechsel 2020/2021 und andererseits zum Jahresende 2021 – in der fünften Welle – der Fall.

Abbildung 1: Anzahl Fälle (7-Tage-Schnitt) pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner in 49 europäischen Staaten

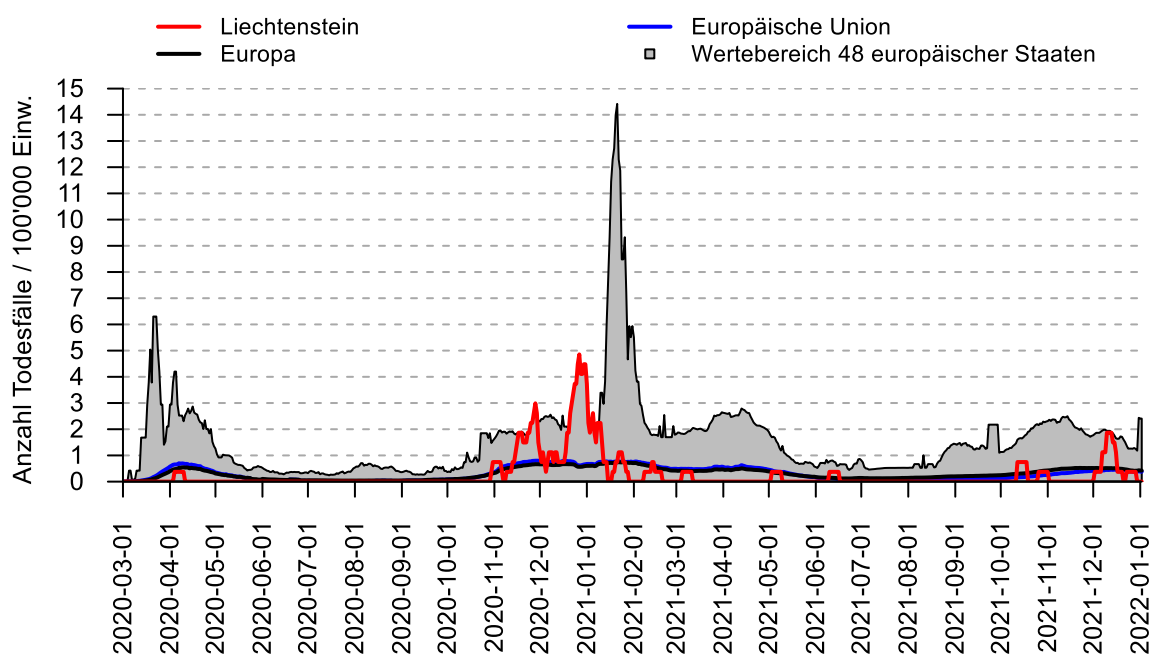


Erläuterung: Dargestellt sind die Anzahl Fälle (7-Tage-Schnitt) pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner in Liechtenstein (rot), den Ländern der Europäischen Union (blau) und in 49 europäischen Staaten (schwarz). Die graue Fläche weist für jeden Tag die maximalen und minimalen Fallzahlen in den 49 europäischen Ländern aus. Quelle: Our World in Data (OWID), eigene Berechnungen (Stand 3.1.2022).¹

¹ Es gibt Tage, an denen für einzelne Länder negative Fallzahlen ausgewiesen werden. Grund dafür sind nachträgliche Korrekturen durch die zuständigen Ämter der jeweiligen Staaten, die von OWID nicht retrospektiv übernommen

Alle 48 europäischen Länder, für welche die Plattform Our World in Data (OWID) entsprechende Daten zur Verfügung stellt, haben Todesfälle von mit dem Covid-19-Virus infizierten Personen zu beklagen. Auch in Liechtenstein kam es zu zahlreichen Todesfällen im Zusammenhang mit der Coronapandemie. Ende 2020 hatte Liechtenstein unter allen europäischen Staaten kurzzeitig sogar am meisten Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner zu verzeichnen (Abbildung 2). Ebenfalls kurzzeitig über dem gesamteuropäischen Wert lag Liechtenstein im Dezember 2021. Da die Fallzahlen für Liechtenstein auf 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner hochgerechnet werden müssen, unterliegen die Zahlen im internationalen Vergleich jedoch grösseren Schwankungen. Entsprechend verzeichneten auch andere sehr kleine Staaten besonders hohe Werte.

Abbildung 2: Anzahl Verstorbener mit Covid-19-Infektion (7-Tage-Schnitt) pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner in 48 europäischen Staaten



Erläuterung: Dargestellt sind die Anzahl Todesfälle mit Covid-19-Infektion (7-Tage-Schnitt) pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner in Liechtenstein (rot), den Ländern der Europäischen Union (blau) und in 48 europäischen Staaten (schwarz). Die graue Fläche weist für jeden Tag die maximalen und minimalen Fallzahlen in den 48 europäischen Ländern aus. Quelle: Our World in Data (OWID), eigene Berechnungen (Stand 3.1.2022).²

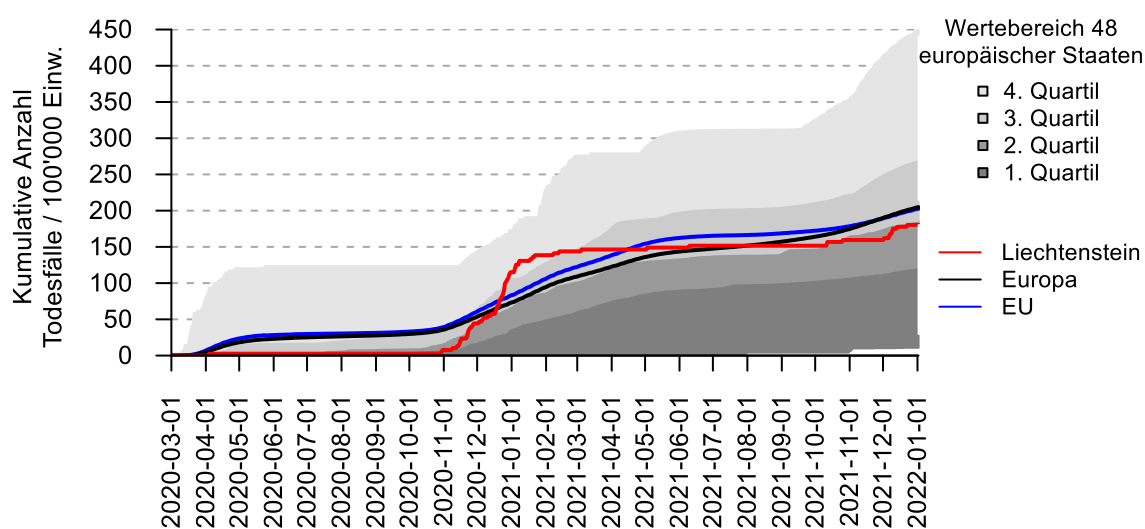
Über den gesamten Pandemieverlauf waren die Staaten Europas auch mit Blick auf die totale Anzahl Verstorbener mit einer Covid-19-Infektion unterschiedlich stark betroffen (Abbildung 3). Bis

werden. Negative Werte werden für die vorliegende Auswertung nicht berücksichtigt. Konkret betrifft dies Frankreich (4 Tage), Gibraltar (8 Tage), Liechtenstein (2 Tage), Luxemburg (7 Tage), Monaco (6 Tage) und Spanien (7 Tage). Keine Daten gibt es für die Kanalinseln Jersey und Guernsey. Die Anzahl laborbestätigter Fälle hängt auch mit der Anzahl durchgeführter Tests zusammen. Diese war gerade in der ersten Welle noch deutlich geringer.

² Es gibt wiederum Tage, an denen für einzelne Länder negative Zahlen ausgewiesen werden. Diese werden für die vorliegende Auswertung nicht berücksichtigt. Konkret betrifft dies Belgien (7 Tage), Bosnien und Herzegowina (7 Tage), Estland (7 Tage), Finnland (11 Tage), Irland (5 Tage), Monaco (7 Tage), Niederlande (5 Tage), Schweden (9 Tage), Schweiz (1 Tag), Spanien (7 Tage) und die Tschechische Republik (7 Tage). Keine Daten gibt es für die Kanalinseln Jersey und Guernsey sowie für den Vatikanstaat.

Anfang 2022 gab es am wenigsten Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner in den nordischen Staaten und Territorien³, während die Staaten mit den meisten Verstorbenen hauptsächlich auf der Balkanhalbinsel zu finden sind.⁴ Die kumulative Anzahl Todesfälle in Liechtenstein entspricht Anfang Januar 2022 ziemlich genau dem Median der europäischen Staaten. Das heisst, dass in etwa gleich vielen Staaten weniger und mehr Todesfälle zu beklagen waren als in Liechtenstein. Von den 48 europäischen Staaten liegt Liechtenstein auf Rang 21 und damit im Umfeld der Nachbarstaaten Schweiz (Rang 15) und Österreich (Rang 19). Dies war nicht immer so. Im Januar 2021 lag Liechtenstein im vierten Quartil und damit in demjenigen Viertel der europäischen Staaten mit dem höchsten Total an Todesfällen.⁵

Abbildung 3: Kumulative Anzahl Verstorbener mit Covid-19-Infektion pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner in 48 europäischen Staaten



Erläuterung: Dargestellt ist die kumulative Anzahl Verstorbener mit Covid-19-Infektion pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner in Liechtenstein (rot), den Ländern der Europäischen Union (blau) und in allen untersuchten europäischen Staaten (schwarz). Die grauen Flächen weisen die Quartile dieser 48 Staaten aus. Quelle: Our World in Data (OWID), eigene Berechnungen (Stand 3.1.2022).⁶

2.2 Überblick über Covid-19-Massnahmen in Liechtenstein

Seit Pandemiebeginn wurde ein breites Spektrum an Massnahmen zur Bekämpfung der Pandemie in Liechtenstein erlassen. Massgebend für den Kampf gegen die Verbreitung von Covid-19 ist die

³ Es sind dies der Reihe nach Island, Norwegen, Finnland, die Färöer-Inseln und – bereits mit etwas grösserem Abstand – Dänemark (Quelle: Our World in Data, Stand 2.1.2022).

⁴ Am meisten Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner hatten Bulgarien, Bosnien und Herzegowina, Montenegro und Nordmazedonien zu beklagen. Zwischen Bosnien und Herzegowina und Montenegro schiebt sich ferner Ungarn (Quelle: Our World in Data, Stand 2.1.2022).

⁵ Die in dieser Studie erfolgte Betrachtung der Pandemieentwicklung im internationalen Vergleich stellt keine Wertung der Pandemiepolitik Liechtensteins dar. Hohe Fallzahlen sind demnach nicht automatisch das Ergebnis unzureichender Massnahmen. Umgekehrt sind tiefe Fallzahlen nicht automatisch Ausdruck einer besonders erfolgreichen Pandemiepolitik, da beispielsweise nicht alle Staaten gleich häufig getestet haben. Ferner kann sich eine Bewertung der Coronapolitik nicht nur auf gesundheitspolitische Indikatoren stützen, sondern hat auch gesellschaftliche und wirtschaftliche Faktoren zu berücksichtigen, welche aber nicht Gegenstand dieser Studie sind.

⁶ OWID weist keine Daten für die Kanalinseln Jersey und Guernsey sowie für den Vatikanstaat aus.

Verordnung vom 25. Juni 2020 über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus, die so genannte Covid-19-Verordnung.⁷ Sie bildet bis heute die Grundlage für Massnahmen gegenüber der Bevölkerung, Organisationen und Institutionen zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie. Bis zum Beginn des Jahres 2022 wurde die Verordnung 41-mal aktualisiert. Erstmals erliess die Regierung am 28. Februar 2020 eine Verordnung zur Bekämpfung des Coronavirus.⁸

Die in der Covid-19-Verordnung vorgesehenen Massnahmen können sich auf Art. 30 ff. des schweizerischen Epidemiengesetzes stützen. Dieses gilt kraft des zwischen Liechtenstein und der Schweiz geschlossenen Zollanschlussvertrages auch in Liechtenstein. Massnahmen zur Förderung der Gesundheit oder zur Prävention und Anordnungen gegenüber Einrichtungen des Gesundheitswesens können sich überdies auf das liechtensteinische Gesundheitsgesetz stützen. Weitere im Zusammenhang mit Covid-19 erlassene Rechtsakte betreffen beispielsweise die Arbeitslosenversicherung, die Verwaltung und Justiz, die Polizei, die Landwirtschaft, das Staatspersonal, die berufliche Grundbildung, das Umweltrecht, den Strassenverkehr, das Arzneimittel- und Lebensmittelrecht, den Sportbereich, die Standortförderung, die Spielbanken oder die Volksrechte. Insgesamt ergibt eine Schlagwortsuche nach dem Begriff Covid-19 in der chronologischen Datenbank [gesetze.li](https://www.gesetze.li) 113 Treffer und damit 113 unterschiedliche Rechtsakte, welche in irgendeiner Form auf die Covid-19-Pandemie Bezug nehmen (Stand Januar 2022).

Diese Massnahmen sind nicht Gegenstand dieser Studie. Sie zeigen aber eindringlich, dass sich die Massnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie auf etliche Lebensbereiche auswirken und die Politik in den letzten beiden Jahren stark forderten. Einzelne Massnahmen hatten dabei weitreichende Einschränkungen der Bevölkerung zur Folge. Hierzu zählen insbesondere die im März 2020 erfolgte Schliessung aller öffentlichen und privaten Bildungseinrichtungen sowie ausserhäuslichen Kinderbetreuungseinrichtungen und Spielgruppen, die Einstellung von Unterhaltungs- und Freizeitbetrieben, Restaurations- und Barbetrieben sowie Kursen und Weiterbildungen, das Verbot von allen öffentlichen und privaten Veranstaltungen einschliesslich Sportveranstaltungen und Vereinsaktivitäten, die Schliessung von Läden und Betrieben mit personenbezogenen Dienstleistungen wie Coiffeure, Massagen, Tattoo-Studios und Kosmetik, das Verbot von Menschenansammlungen von mehr als fünf Personen im öffentlichen Raum (zwischen den Personen Abstand von zwei Metern) sowie verschärfte Massnahmen für Kontrollen an der Grenze. Das Ziel dieser Massnahmen war die Beschränkung von Kontakten auf ein absolutes Minimum, um so die Weiterverbreitung des Virus zu verhindern. Während besonders gravierende Massnahmen wie die Schliessung der öffentlichen Bildungseinrichtungen nur wenige Wochen andauerten und mehr oder weniger auf die erste Welle beschränkt waren, wurden andere Einschränkungen wie z. B. die Schliessung der Gastronomiebetriebe mehrfach ergriffen. Gewisse Massnahmen wie das Verbot grosser Publikumsanstöße in Innenräumen erstreckten sich wiederum faktisch über den ganzen Zeitraum der Pandemie.

⁷ LGBl. 2020 Nr. 206, LR 818.101.24.

⁸ LGBl. 2020 Nr. 72, LR 818.101.24.

Im Juni 2021 erfolgte die Einführung des sogenannten Covid-Zertifikats. Das Zertifikat bildet eine Möglichkeit, eine Covid-19-Impfung, eine durchgemachte Erkrankung oder ein negatives Testergebnis zu dokumentieren. Dieses Zertifikat wurde anfänglich vor allem im Reiseverkehr und mit fortlaufendem Impffortschritt auch im Alltag eingesetzt. Mit dem Anstieg der Fallzahlen erfolgten weitere Verschärfungen, um einerseits eine drohende Überlastung des Gesundheitswesens und der Intensivstationen zu vermeiden, aber auch um weitgehend gleiche Regelungen in der Region zu garantieren. So war ab dem 15. September 2021 der Zugang zu Veranstaltungen und Gastronomiebetrieben sowie zu Kultur- und Freizeiteinrichtungen für Personen ab 16 Jahren nur noch mit einem Zertifikat möglich, das eine Impfung, Genesung oder einen negativen Test auf Covid-19 nachweist.⁹ Die Einführung der 3G-Regelung erfolgte auch vor dem Hintergrund einer erhöhten Testkapazität. Die Kosten der Tests im Testzentrum bei der Vaduzer Marktplatzgarage oder in anderen ausgewiesenen Teststationen wurden dabei bis zum 1. November 2021 vom Staat übernommen.¹⁰

Am 18. Dezember 2021 wurde der Zugang zu Restaurants, Bars, Kultur-, Sport-, Freizeit- und Unterhaltungsbetrieben sowie zu Veranstaltungen auf den Nachweis eines Impf- oder Genesungszertifikats eingeschränkt. Auch für private Veranstaltungen zu Hause ist ein 2G-Nachweis für jede Person über 16 Jahre erforderlich, sofern mehr als zehn Personen teilnehmen. Ausgenommen von der Zertifikatspflicht bleiben religiöse Veranstaltungen und Bestattungsfeiern sowie Veranstaltungen zur politischen Meinungsbildung mit bis zu 50 Personen. Auch bei Veranstaltungen im Freien mit bis zu 300 Personen wird weiterhin von der Zertifikatspflicht abgesehen, ebenso in Aussenbereichen von Gastronomiebetrieben.¹¹ Diese 2G-Regelungen werden bis mindestens Ende Februar 2022 in Kraft bleiben.¹²

Die 2G-Regelung stiess bei impfunwilligen Personen auf grossen Widerstand.¹³ In der Tat kann sie als eine «staatlich induzierte, aber nur mittelbar sanktionierte Impfpflicht» bezeichnet werden.¹⁴ Während die 3G- und 2G-Regel den Zugang zu gewissen Angeboten für geimpfte und ungeimpfte Personen unterschiedlich regeln, gelten andere Massnahmen wie z. B. die Maskenpflicht in öffentlich zugänglichen Gebäuden für alle Personen im gleichen Ausmass unabhängig eines Impfnachweises oder der Genesung von einer Infektion mit dem Covid-19-Virus.

⁹ LGBL 2021 Nr. 287, LR 818.101.24; siehe auch Medienmitteilung der Regierung vom 9. September 2021.

¹⁰ PCR-Tests im Sinne der Pandemiebekämpfung werden weiterhin vom Staat bezahlt, wenn die betreffende Person sich aufgrund von Symptomen testen lässt. Auch Personen, welche sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können, sind von den Kosten der Test befreit (siehe hierzu Medienmitteilung Regierung vom 19. Oktober 2021).

¹¹ LGB. 2021 Nr. 405, LR 818.101.24; siehe auch Medienmitteilung der Regierung vom 15. Dezember 2021.

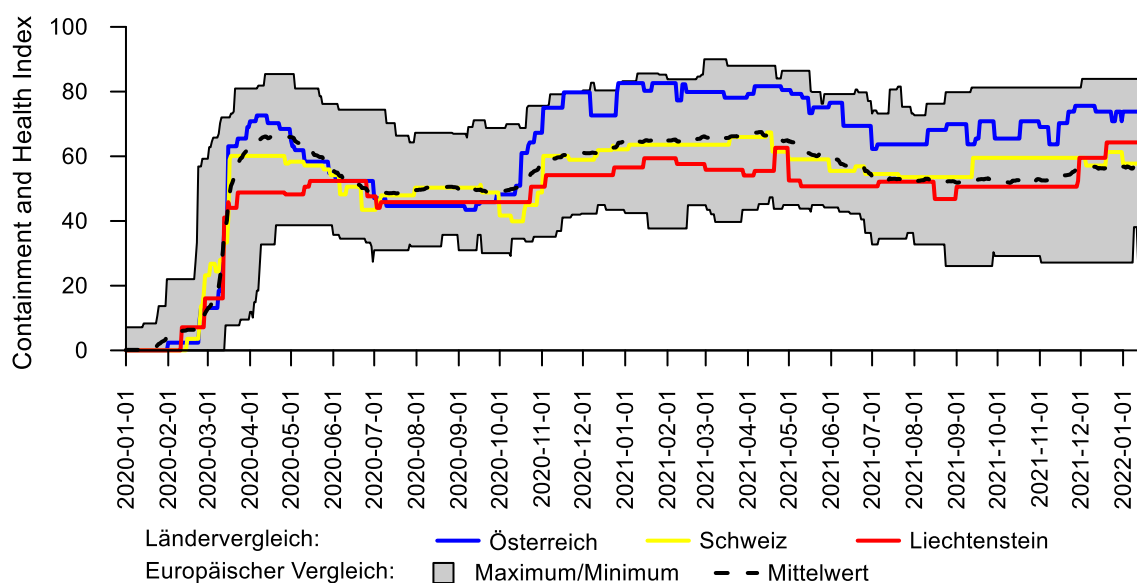
¹² Medienmitteilung der Regierung vom 20. Januar 2022.

¹³ Personen, welche sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können und über ein entsprechendes ärztliches Attest verfügen, sind mit Personen mit einem Covid-19-Impfzertifikat oder Covid-19-Genesungszertifikat gleichgestellt, müssen jedoch beim Besuch einer Veranstaltung etc. ein Covid-19-Testzertifikat vorweisen (LGBL 2021 Nr. 405, Art. 2a).

¹⁴ Deutscher Ethikrat, 2021, Ethische Orientierung zur Frage einer allgemeinen gesetzlichen Impfpflicht, Ad-hoc-Empfehlung, Berlin, 22. Dezember 2021 S. 6, abrufbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-allgemeine-impfpflicht.pdf>.

Alle Staaten dieser Welt haben mit konkreten Massnahmen auf die Coronapandemie reagiert. Die Art und Weise dieser Reaktion unterscheidet sich bisweilen jedoch stark nach Land und Zeitpunkt. Mit dem *Covid-19 Government Response Tracker*¹⁵ hat die Universität Oxford ein vielbeachtetes Set an Indikatoren entwickelt, welche die weltweit erlassenen Massnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie zwischen den einzelnen Staaten und im Zeitverlauf vergleichen. Von besonderer Relevanz ist dabei der *Containment and Health Index*, welcher sich auf Massnahmen zur Eindämmung des Virus¹⁶ und auf Massnahmen im Gesundheitssystem¹⁷ konzentriert. Abbildung 4 stellt den *Containment and Health Index* für Liechtenstein und seine beiden Nachbarstaaten dar. Ebenso werden diese Staaten und ihre Massnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie mit denjenigen der übrigen europäischen Staaten verglichen. Angesichts der Vielzahl an Massnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie ist ein solcher Vergleich mit diversen methodischen Schwierigkeiten verbunden und die Daten mit einer gewissen Vorsicht zu interpretieren.

Abbildung 4: Containment and Health Index, 1.1.2020 bis 18.1.2022



Erläuterung: Dargestellt ist der Containment and Health Index für Liechtenstein (rot), die Schweiz (gelb) und Österreich (blau) sowie die maximalen, minimalen und mittleren Indexwerte von insgesamt 45 europäischen Staaten¹⁸ (graue Fläche resp. gestrichelte Linie). Quelle: Oxford COVID-19 Government Response Tracker, Stand 18.1.2022, eigene Berechnungen.

¹⁵ Thomas Hale et al. (2021), "A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker)." *Nature Human Behaviour*. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>.

¹⁶ Schulschliessungen, Betriebsschliessungen, Absage öffentlicher Veranstaltungen, Beschränkung von Versammlungen, Schliessung öffentlicher Verkehrsmittel, Aufforderungen, zu Hause zu bleiben, Beschränkungen des inländischen Verkehrs und internationale Reisekontrollen.

¹⁷ Öffentliche Informationskampagnen, Testpolitik, Contact Tracing, Gesichtsbdeckungen, Impfpolitik und Schutz von älteren Personen.

¹⁸ Es handelt sich dabei um: Albanien, Andorra, Belarus, Belgien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Färöer-Inseln, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kosovo, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Moldova, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Russland, San Marino, Schweden, Schweiz, Serbien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Türkei, Ukraine, Ungarn, Vereinigtes Königreich, Zypern. Keine Daten gibt es für Montenegro, Nordmazedonien und den Vatikanstaat. Zypern wird aufgrund seiner Mitgliedschaft in der Europäischen Union in der vorliegenden Analyse zu Europa gezählt.

Der Indikator zeigt, dass die in Liechtenstein und der Schweiz beschlossenen Massnahmen sehr ähnlich ausfallen. Sie bewegen sich meist im Mittelfeld der europäischen Staaten. Indes sind die liechtensteinischen Indexwerte seit Juli 2020 jeweils (leicht) unterdurchschnittlich. Österreich weist demgegenüber seit Oktober 2020 durchgehend überdurchschnittlich hohe Werte auf, was für insgesamt strengere Massnahmen spricht. Gleichwohl die Massnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie auch in Liechtenstein sehr weitreichend und die damit verbundenen Einschränkungen des öffentlichen Lebens historisch einzigartig sind, sind die in Liechtenstein getroffenen Massnahmen im europäischen Vergleich somit als eher moderat zu interpretieren, da besonders einschränkende Massnahmen meist nur kurz in Kraft waren.¹⁹ Mit Blick auf die dieser Studie zugrunde liegende Fragestellung der Rechtmässigkeit einer Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ist dies insofern relevant, als verschiedentlich betont wird, eine allgemeine Impfpflicht könne nur als letztes Mittel dienen («ultima ratio») und der Staat müsse zunächst sämtliche anderen ihm zur Verfügung stehenden Massnahmen ergreifen.²⁰

2.3 Covid-19-Impfkampagne in Liechtenstein

Impfungen gelten gemeinhin als der wirksamste Schutz gegen gefährliche Infektionskrankheiten.²¹ Sie reduzieren das Ansteckungs- und Erkrankungsrisiko der geimpften Person. Zudem schützen viele Impfungen auch vor der Übertragung der Krankheitserreger auf andere Personen, womit indirekt auch ungeimpfte Personen geschützt werden. Bei einer Impfung wird das Immunsystem gegen einen bestimmten Krankheitserreger aktiviert, ohne dass die Krankheit ausgelöst wird. Ziel einer solchen Schutzimpfung ist es, das körpereigene Abwehrsystem zu befähigen, auf eine Infektion mit dem Erreger rasch und wirksam zu reagieren, sodass daraus keine oder nur eine abgeschwächte Infektionskrankheit resultiert.

Bereits kurz nach Ausbruch der Pandemie wurden grosse Hoffnungen in die Entwicklung von SARS-CoV-2-Impfstoffen gesetzt.²² Entsprechend wurde die Entwicklung dieser Impfstoffe ab März 2020 durch öffentliche und private Organisationen grosszügig gefördert. Die erste Zulassung eines Impfstoffs gegen Covid-19 durch ein europäisches Land erfolgte am 2. Dezember 2020 durch das Vereinigte Königreich. Am 19. Dezember 2020 erfolgte die Zulassung des Impfstoffs

¹⁹ Bei der Anwendung der 2G-Regelungen befindet sich Liechtenstein aber weitgehend im Gleichschritt mit anderen europäischen Staaten – zumindest im Zeitraum Dezember 2021 bis Januar 2022.

²⁰ Siehe u. a. Langer, Immunitätsnachweis, Impfpass und Impfblogatorium, 2021, S. 33; *Boehme-Neßler*, NVwZ 2021, S. 1241 [1245]; Rixen, Rechtmässigkeit und Semantik der Impfpflicht, *verfassungsblog.de*, 28.7.2021. Abweichend u. a. Wißmann, Eine freiheitliche Begründung besonderer Rechtspflichten in besonderen Zeiten, *verfassungsblog.de*, 6. Dezember 2021. Die Formulierung «ultima ratio» ist nicht so zu deuten, dass die Einführung einer Impfpflicht unmittelbar auf besonders starke Massnahmen wie einen Lockdown folgen muss. Es geht eher darum, dass bereits alle zur Verfügung stehenden Mittel bereits genutzt wurden.

²¹ Bundesamt für Gesundheit, Coronavirus: Impfung, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/impfen.html#880528002> (abgerufen: 20.1.2022)

²² Wikipedia, Sars-CoV-2-Impfstoff, <https://de.wikipedia.org/wiki/SARS-CoV-2-Impfstoff> (abgerufen: 20.1.2022)

Pfizer/BioNTech durch Swissmedic im Rahmen einer rollenden Begutachtung.²³ Am 21. Dezember 2020 erteilte die EU-Kommission die erste Zulassung für einen Impfstoff gegen Covid-19.

Mit der durch Swissmedic erfolgten Zulassung der Impfstoffe gegen Covid-19 wurde die Impfkampagne in Liechtenstein gestartet. Diese soll im Folgenden in fünf Phasen eingeteilt werden.

Phase 1: Start der Impfung für priorisierte Gruppen

Die ersten Impfungen in Liechtenstein erfolgten im Januar 2021. Gewisse Bevölkerungsgruppen wurden priorisiert geimpft, weil zu Beginn der Impfkampagne die Nachfrage nach Impfungen in der Bevölkerung die verfügbaren Impfdosen deutlich überstieg. So wurden auf Entscheidung der Regierung Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheime sowie das Personal der medizinischen Grundversorgung zuerst immunisiert. Alle Personen der priorisierten Altersgruppen erhielten ein Schreiben der Regierung mit dem Aufruf, sich impfen zu lassen, sowie Informationen zu Anmeldung und zur Impfung generell. Die Anmeldung erfolgte für die ersten Gruppen über Hotlines in den Gemeinden. Geimpft wurde in den Pflegeheimen und im Spital durch mobile Teams. Zugleich wurde ein Impfzentrum auf dem Spoerry-Areal in Vaduz eingerichtet, wo in der Folge Personen über 70 Jahre die Möglichkeit einer Impfung geboten wurde. Aufgrund der weiterhin beschränkten Verfügbarkeit der Impfstoffe erfolgte die Erweiterung des Impfangebots gestaffelt nach Jahrgängen. Personen mit einem Jahrgang von 1936 oder älter konnten sich ab dem 8.2.2021 für eine Impfung anmelden. Von da an wurde eine schrittweise Erweiterung um Jahrgänge 1940 und älter (15.2.2021), 1945 und älter (22.2.2021), 1947 und älter (15.3.2021), 1949 und älter (18.3.2021), 1951 und älter (23.3.2021) durchgeführt.

Wie schnell von einer Gruppe zur nächsten gewechselt werden konnte, oder wie viele Jahrgänge zusammengelegt wurden, war von der Menge an verfügbarem Impfstoff abhängig, wobei es – wie in verschiedenen anderen europäischen Staaten auch – mehrfach zu Lieferschwierigkeiten kam. Bestätigungen von Impfterminen für Personen einer bestimmten Altersgruppe waren deshalb erst dann möglich, wenn auch eine Zweitimpfung gewährleistet werden konnte. Der Jahrgang 1951 war der letzte, der priorisiert behandelt wurde. Jüngere Personen wurden nur noch bevorzugt, wenn sie als Hochrisikopatienten galten. Das Ziel, der Altersgruppe mit erhöhtem Risiko im Zeitraum Januar bis März 2021 eine Impfung zu ermöglichen, konnte somit erreicht werden.

Phase 2: Impfstart – allgemeine Bevölkerung

Am 23. März 2021 wurde eine Onlineanmeldung zur Impfung aller erwachsenen Personen eingerichtet (Personen im Alter von 18 Jahren oder älter). Die Termine wurden dann abhängig davon, wie früh man sich anmeldete, vergeben. Personen über 65 Jahre wurden auch bei der Onlineanmeldung bevorzugt. Ebenfalls konnten besonders gefährdete Menschen ein von einem Arzt unterschriebenes Attest einer Vorerkrankung angeben und bei der Terminvergabe priorisiert werden. Erneut wurden schrittweise grössere Gruppen an Personen geimpft, da die Nachfrage nach der

²³ Swissmedic, Zulassung Covid-19-Impfstoff, https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-impfstoff_erstzulassung.html (abgerufen: 20.1.2022)

Impfung weiterhin höher war, als Impfstoff verfügbar war. Die Verfügbarkeit der Impfstoffe verbesserte sich aber laufend. Am 21. Mai 2021 wurde die Anmeldung für Personen über 16 Jahren ermöglicht. 12- bis 15-Jährige konnten sich ab dem 1. Juli 2021 für eine Impfung anmelden.

Phase 3: Intensivierte Kampagne und gezielte Anreize

Solange das Interesse der Bevölkerung an einer Impfung die Verfügbarkeit an Impfstoffen klar überstieg, sah die Regierung keinen Anlass dazu, die Impfkampagne zu intensivieren. Da sich aber mit Beginn des Sommers 2021 immer weniger Menschen impfen liessen, erachtete es die Regierung als nötig, mit niederschweligen Angeboten und einer intensivierten Aufklärung gezielte Anreize zu setzen, um die Impfquote weiter zu erhöhen. Anfang Juli 2021 wurden deshalb erstmals Impfungen ohne Voranmeldung angeboten. Diese Aktion verzeichnete sehr grossen Erfolg und wurde mehrfach wiederholt. Als weiterer Anreiz zur Impfung konnte die Ausnahme von Geimpften bei der Kontaktquarantäne bezeichnet werden. Ebenso profitierten geimpfte Personen von Ausnahmen bei der Reisequarantäne.²⁴

Ende August 2021 bemühte man sich zusätzlich um einen Ausbau des Impfangebots. Ab dem 6. September wurden Arztpraxen erstmals aktiv in die Impfkampagne einbezogen. Sieben Arztpraxen ermöglichten ab diesem Zeitpunkt eine Anmeldung zur Impfung. Somit war es der allgemeinen Bevölkerung neuerdings möglich, ausserhalb des Impfzentrums in Vaduz zu einer Impfung zu gelangen. Auf finanzielle Anreize – z. B. in Form einer Impfprämie – oder andere Formen des sogenannten *Nudging* wurde jedoch verzichtet.

Im Herbst 2021 begannen einige Unternehmen in Liechtenstein, Impfungen an ihrem Standort anzubieten. Durch mobile Impfteams wurde es den Mitarbeitenden ermöglicht, sich ohne Anmeldung an oder in der Nähe von ihrem Arbeitsplatz impfen zu lassen. Dieses Angebot, wie auch die Impfkaktionen in den Gemeinden, waren Grenzgängerinnen und Grenzgängern ebenfalls zugänglich.

Die spontanen Impfkaktionen ohne Voranmeldung wurden im Impfzentrum auf dem Vaduzer Sperry-Areal zwischen dem 6. Juli und dem 20. Oktober (letzte Zweitimpfungen) durchgeführt. Der Erfolg dieser Aktion war mit ein Grund für das Verschieben der geplanten Schliessung des Impfzentrums. Die Termine für diese Spontanimpfungen wurden oft sehr kurzfristig angekündigt. Dennoch konnten so jeweils sehr viele Menschen erstgeimpft werden. Am 13. September, dem Rekordtag der liechtensteinischen Impfkampagne, konnten etwa 600 Personen geimpft werden.²⁵

Nach der Schliessung des Impfzentrums im Oktober 2021 wurde die Impfkampagne dezentralisiert. Ziel war es, mit Terminen ohne Anmeldung in den Gemeinden näher an die Wohnorte der Bevölkerung zu gelangen und so die Sichtbarkeit des Impfangebots weiter zu erhöhen. Alle Termine wurden in den beiden Tageszeitungen auf der Titelseite inseriert und beworben.²⁶

Phase 4: Druck – konkrete Massnahmen (3G; 2G; Testkosten)

²⁴ Die Regelungen der Reisequarantäne für Liechtenstein erfolgen durch die Schweiz.

²⁵ Liechtensteiner Vaterland vom 14.9.2021; siehe auch Sonderseite Covid-19 des Amtes für Statistik.

²⁶ Liechtensteiner Vaterland vom 25.10.2021 und Liechtensteiner Volksblatt vom 3.11.2021.

Trotz anfangs guter Bilanz und vieler Erstimpfungen stieg die Impfquote in Liechtenstein ab dem Sommer 2021 nur mehr langsam. Viele Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler prognostizierten weitere Wellen, die vor allem für Ungeimpfte sehr gefährlich werden könnten. Somit beschloss die Regierung verschiedene Massnahmen, welche im Sinne der Sicherung der öffentlichen Gesundheit gleichermassen die Weiterverbreitung des Virus eindämmen als auch der Erhöhung der Impfquote dienen sollten. Dazu zählten insbesondere die vorhin erwähnten 3G- und 2G-Regelungen. Die Einführung der 3G-Regelung bewirkte einen kurzzeitigen Anstieg der Anzahl erfolgter Erstimpfungen. Ein weiterer kurzzeitiger Anstieg der Erstimpfungen resultierte aus der Ankündigung, dass die Kosten für Tests nur noch in Ausnahmefällen vom Staat übernommen werden. Im Zeitraum kurz vor und nach dem Wechsel von der 3G-Regelung hin zu der 2G-Regelung lässt sich demgegenüber nur mehr eine leichte Zunahme der Erstimpfungen beobachten.

Phase 5: Fokus Booster-Impfung

Da die Booster-Impfungen seit deren Einführung im Herbst 2021 den Grossteil der Impfungen ausmachen, kann auch hier von einer neuen Phase gesprochen werden. Erneut wurde die Bevölkerung in Altersgruppen unterteilt. Priorisiert wurden, wie bei den Erstimpfungen, die Bewohnerinnen und Bewohner der Alters- und Pflegeheime sowie das Personal der medizinischen Grundversorgung.

Über 80-Jährige erhielten noch Ende November ein persönliches Schreiben der Regierung mit dem Aufruf, sich an einem bestimmten Termin in einer Gemeinde für die Booster-Impfung anzumelden. Auch die 65- bis 79-Jährigen oder die Hochrisikopatienten wurden in einem Schreiben zur Booster-Impfung eingeladen. Für diese und weitere Impfungen wurde ein neues Impfzentrum im Mühleholzmarkt in Vaduz eingerichtet. Ende November verkündete die Regierung, dass alle Personen, die im Juni 2021 oder früher vollständig geimpft worden waren, bis zum Ende des Jahres eine Auffrischungsimpfung erhalten können. Alle Einwohnerinnen und Einwohner, die dieses Kriterium erfüllen, erhielten ein Schreiben mit einer Einladung. Die Anmeldung für die Booster-Impfung erfolgt über die Impfhotline des Impfzentrums (für Pfizer/BioNTech-Booster) oder über das Landesspital (Moderna-Booster).

Gesamtbetrachtung der Impfkampagne

Eine detaillierte Evaluation der Impfkampagne in Liechtenstein ist bisher nicht erfolgt.²⁷ Für vereinzelte Kritik sorgte der verzögerte Start sowohl bei der Erstimpfung im Januar 2021 als auch bei der Booster-Impfung im Herbst 2021. Gerade bei der Booster-Impfung konnte der anfängliche

²⁷ Auch international gibt es aktuell noch sehr wenige Studien, welche die Impfkampagnen einzelner Länder gesamtgesellschaftlich analysieren. Die meisten Berichte beschränken sich auf die Anfangsphase der Impfkampagne und legen zudem oftmals einen Fokus auf die Beschaffung der Impfstoffe. Für Liechtenstein nicht uninteressant ist der im Rahmen des European Observatory on Health Systems and Policies durchgeführte Vergleich der Impfkampagnen in europäischen Kleinstaaten (nicht aber Liechtenstein). Die darin präsentierten Herausforderungen und Beispiele von *good practice* decken sich weitgehend mit den Erfahrungen Liechtensteins (siehe European Observatory on Health Systems and Policies, 2021, How has the COVID-19 vaccination been rolled-out in small countries within the European Region?, <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hsrcm/analyses/hsrcm/how-has-the-covid-19-vaccination-been-rolled-out-in-small-countries-within-the-european-region>).

Rückstand aber sehr rasch aufgeholt werden. Liechtenstein profitierte hier zweifelsohne von seiner geringen Grösse, welche eine stark zentralisierte Abwicklung der Impfkampagne ermöglichte. Für Kritik sorgten ferner vereinzelt aufgetretene Probleme bei der Onlineanmeldung. Diese konnten aber jeweils rasch behoben werden. Basierend auf den im Rahmen dieser Studie gesichteten Dokumenten kann die Impfkampagne insgesamt als effizient bezeichnet werden. Einer differenzierteren Betrachtung bedarf allerdings die öffentliche Information über das Impfangebot. Diese erfolgte meist nur über die standardisierten Medienmitteilungen der Regierung. Weitere Instrumente wie z. B. Inserate, Plakate oder Postwurfsendungen wurden nur zögerlich eingesetzt. Auch wurden kaum fremdsprachige Informationsangebote geschaffen. Eine mögliche Erklärung für die eher zögerliche Informationskampagne bietet die anfänglich hohe Nachfrage nach der Impfung, weshalb eine intensiviertere Informationskampagne nicht nötig war. Schliesslich wurde bisher auf personalisierte Impftermine verzichtet.

Im Rahmen einer Evaluation wäre auch zu prüfen, ob niederschwellige Angebote wie Spontanimpfungen oder mobile Impfungen bereits zu einem früheren Zeitpunkt hätten angeboten werden sollen. Es ist aber nicht davon auszugehen, dass eine anders gestaltete Impfkampagne zu einer viel höheren Impfquote geführt hätte, da in Liechtenstein wie generell im deutschsprachigen Raum eine traditionell hohe Impfskepsis besteht (siehe Kapitel 2.5).

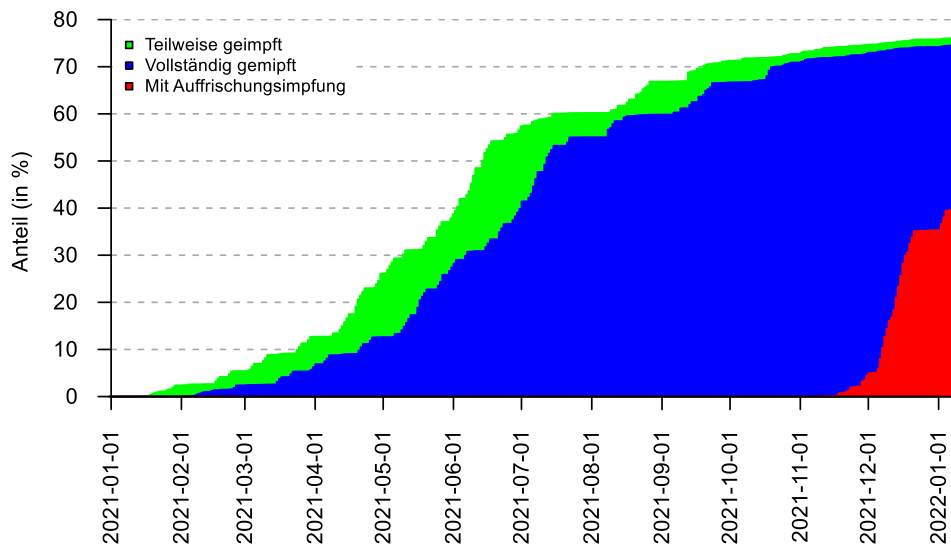
2.4 Entwicklung der Impfquote

In der Schweiz und Liechtenstein sind im Januar 2022 drei Impfstoffe im Zusammenhang mit Covid-19 zugelassen, namentlich die Impfstoffe von Moderna (Spikevax®), Pfizer/BioNTech (Comirnaty®) und Johnson & Johnson (Covid-19 Vaccine Janssen®). Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit und der Eidgenössischen Kommission für Impffragen gilt eine Person als vollständig geimpft, wenn sie entweder zwei Impfdosen von Moderna oder Pfizer/BioNTech, eine Impfdosis von Johnson & Johnson oder im Falle einer durchgemachten SARS-CoV-2-Infektion eine Impfdosis von Moderna oder Pfizer/BioNTech erhalten hat. Vier Monate nach einer vollständigen Grundimmunisierung können Personen ab 16 Jahren zudem eine Auffrischungsimpfung mit einem der beiden mRNA-Impfstoffe von Moderna und Pfizer/BioNTech erhalten.²⁸

Am 6. Januar 2021 bekamen die ersten Personen mit Wohnsitz in Liechtenstein ihre erste Dosis mit dem Impfstoff von Pfizer/BioNTech. Gegenwärtig (Stand 10. Januar 2022) sind 74.5 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner im Alter von mindestens 12 Jahren vollständig geimpft. Hinzu kommen 1.5 Prozent, die teilweise geimpft sind (Abbildung 5). Die erste Auffrischungsimpfung wurde einer in Liechtenstein wohnhaften Person am 9. November 2021 verabreicht. Bis zum 10. Januar 2022 hatten rund 39.6 Prozent der Liechtensteinerinnen und Liechtensteiner mit Mindestalter von 12 Jahren eine Auffrischungsimpfung erhalten.

²⁸ <https://www.covid19.admin.ch/de/vaccination/persons> (abgerufen: 12.1.2022). Die Frist für eine Auffrischungsimpfung betrug zunächst sechs Monate und wurde auf Empfehlung der Eidgenössischen Kommission für Impffragen EKIF vom 21. Dezember 2021 auf vier Monate verkürzt.

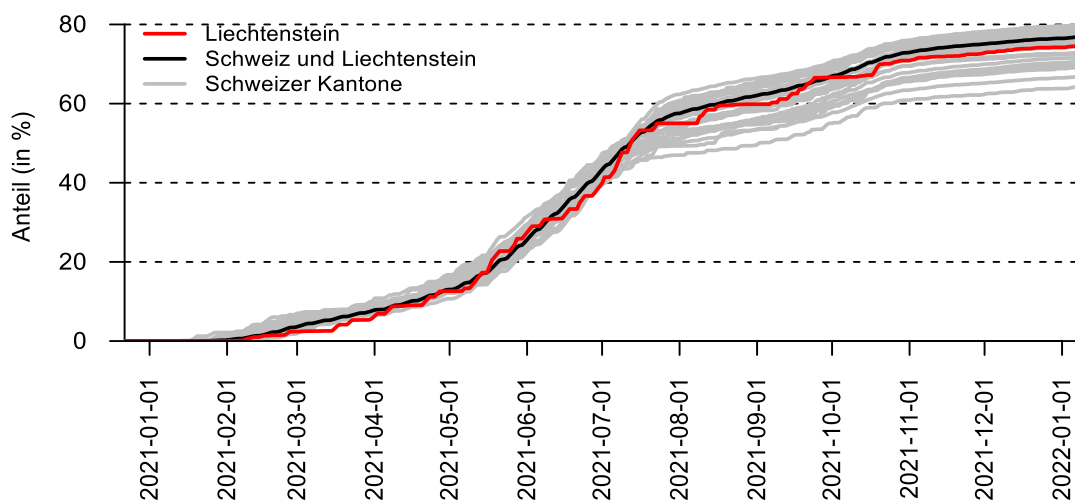
Abbildung 5: Kumulierter Anteil geimpfter Personen im Alter von 12 Jahren und älter in Liechtenstein (in Prozent)



Quelle: Bundesamt für Gesundheit (<https://www.covid19.admin.ch>, Stand 11.1.2022)

Die Anteile der vollständig geimpften Personen bewegen sich im Rahmen der Schweizer Kantone (Abbildung 6), liegen aber leicht unter dem Gesamtwert, der die Schweiz und Liechtensteins umfasst. Den höchsten Anteil vollständig geimpfter Personen mit Mindestalter von 12 Jahren weist der Kanton Basel-Stadt (80.0 Prozent) und den tiefsten Anteil der Kanton Appenzell Innerrhoden (64.2 Prozent) auf. Liechtenstein liegt zwischen den Kantonen Wallis (72.9 Prozent) und Nidwalden (74.6 Prozent). Insgesamt weisen 17 Kantone eine höhere und 9 Kantone eine tiefere Impfquote auf.

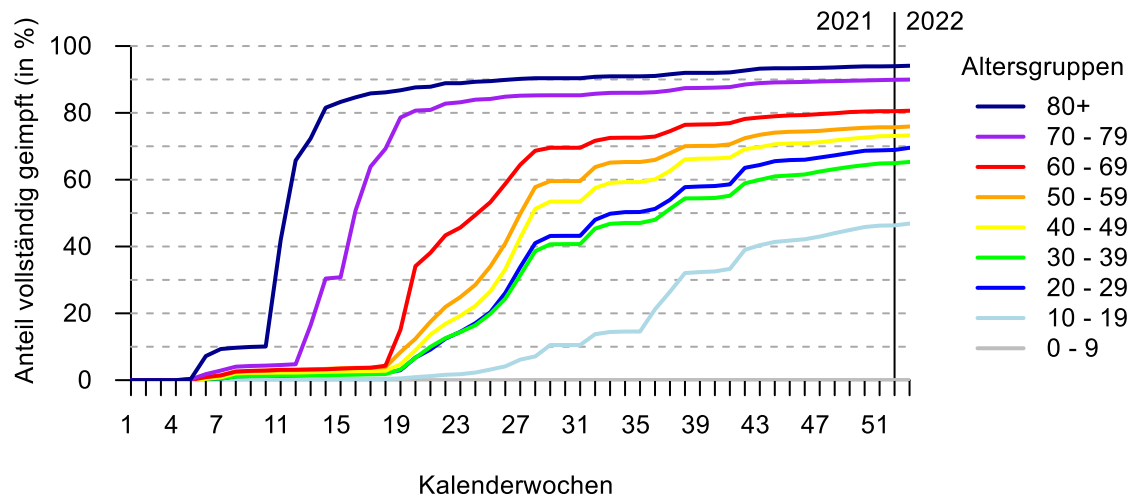
Abbildung 6: Kumulierter Anteil vollständig geimpfter Personen im Alter von 12 Jahren und älter (in Prozent) in Liechtenstein und der Schweiz



Erläuterung: Dargestellt sind die Anteile vollständig geimpfter Personen im Alter von 12 Jahren und älter (in Prozent) in den Schweizer Kantonen (grau), Liechtenstein (rot) und der Schweiz und Liechtenstein (schwarz). Quelle: Bundesamt für Gesundheit (<https://www.covid19.admin.ch>, Stand 10.1.2022).

Zunächst wurden vor allem die älteren Personengruppen geimpft (Abbildung 7). Der Anteil vollständig Geimpfter in den Altersgruppen 80+ Jahre und 70–79 Jahre liegt bei 94 respektive 90 Prozent. In der Tendenz sinkt der Anteil vollständig Geimpfter mit abnehmendem Alter. Die einzige Ausnahme sind die 20- bis 29-Jährigen, die sich etwas häufiger impfen liessen als die 30- bis 39-Jährigen (70 vs. 65 Prozent).

Abbildung 7: Kumulierter Anteil vollständig geimpfter Personen in Liechtenstein nach Altersgruppen, pro Woche (in Prozent)



Quelle: Bundesamt für Gesundheit (<https://www.covid19.admin.ch>, Stand 10.1.2022)

Am 13. September 2021 erfolgten mit 600 Impfungen am meisten Erstimpfungen an einem Tag. Auf eine ganze Woche betrachtet erfolgten am meisten Erstimpfungen in der Woche vom 7. Juni bis 13. Juni 2021 mit 2'249 Erstimpfungen. Die Zahl der wöchentlich verabreichten Erstimpfungen schwankt stark. Die Zahl der Erstimpfungen war im August 2021 besonders tief, erhöhte sich dann im Zuge der Einführung der 3G-Regelung im September nochmals und stabilisierte sich danach auf tiefem Niveau. Im Dezember 2021 erfolgten 379 Erstimpfungen und in den ersten beiden Januarwochen weitere 286 Erstimpfungen. Diese Zahlen verdeutlichen, dass die Impfquote nur mehr langsam steigt, insgesamt aber weiterhin ein Anstieg erkennbar ist.

2.5 Öffentliche Meinung und Impfung

Im September 2021 führte das Liechtenstein-Institut im Auftrag des Ministeriums für Gesellschaft und Kultur eine Umfrage zu den Gründen der liechtensteinischen Wohnbevölkerung für oder gegen eine Impfung durch.²⁹ Basierend auf dieser Umfrage werden im Folgenden die meistgenannten Gründe gegen eine Impfung dargestellt. Ferner wird die Gruppe der Impfgegnerschaft beschrieben und eine Einschätzung zur Impfbereitschaft bisher nicht geimpfter Personen gegeben.

²⁹ Milic, T., Rochat, P. & Frommelt, C., 2021, Die COVID-19-Pandemie in Liechtenstein: Ein Stimmungsbild. Ergebnisse einer Umfrage. Liechtenstein-Institut, Gamprin-Bendern.

Die Ausführungen schliessen mit einer Auflistung möglicher Gründe für die tiefe Impfbereitschaft in deutschsprachigen Staaten.

Gründe gegen eine Impfung

Welches sind zunächst die Gründe dafür, sich nicht impfen lassen zu wollen? In der besagten Studie wurde zwischen Unschlüssigen und Unwilligen unterschieden. Als Unschlüssige wurden jene bezeichnet, die zum Zeitpunkt der Befragung noch ungeimpft waren, aber eine Impfung nicht kategorisch ausschlossen. Als Unwillige wurden jene bezeichnet, für die gemäss eigenen Aussagen eine Impfung unter keinen Umständen infrage kam. Letztere verzichteten auf die Impfung primär aus gesundheitlichen Erwägungen.³⁰ Zwei Drittel hielten die damals ausschliesslich angebotenen mRNA-Vakzine für zu wenig erprobt. Zudem gab mehr als die Hälfte der Impfunwilligen an, sich vor den Nebenwirkungen der Impfung zu fürchten. Ein weiterer häufig genannter Grund gegen eine Impfung waren Zweifel an der Wirksamkeit der Impfstoffe. So wurde damals bemängelt, dass der Impfstoff entweder nicht vor Ansteckung schütze oder die Wirksamkeit zeitlich begrenzt sei bzw. ständige Auffrischungen nötig seien, was sie offenbar für eine verfehlte Strategie im Kampf gegen das Virus hielten. Vielfach wurde die Impfstrategie der Regierung grundsätzlich infrage gestellt. Viele Befragte hielten eine Durchseuchungsstrategie für die bessere Lösung. Nur eine Minderheit unter den Impfunwilligen war indessen der Meinung, dass Covid-19 keine allzu grosse Gefahr darstelle und nur ein Sechstel der Impfunwilligen stritt die Existenz von Covid-19 gänzlich ab. Sodann gab es aber auch Personen, die aufgrund einer Risikoabschätzung keine Impfnotwendigkeit für sich selbst sahen («Gehöre nicht zur Risikogruppe»). Eine kleine Minderheit der Ungeimpften ist prinzipiell gegen Impfungen jeglicher Art und eine noch kleinere Gruppe will sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen. Zuletzt gab es auch eine Gruppe, die mit ihren Antworten auf die offene Motiv-Frage den Eindruck hinterliess, dass sie sich aus Trotz bzw. Protest gegen den aus ihrer Sicht unangebrachten Druck von Politik und Medien nicht impfen lassen wollten.

Die Gründe dafür, wieso jemand mit einer Impfung zuwarten wollte, waren ähnlich wie bei den Impfunwilligen zuvor: zu wenig erprobte Impfung, Angst vor Nebenwirkungen und (vorderhand) keine Notwendigkeit für eine Impfung. Die meistgenannten Gründe für eine Impfung waren im Übrigen der individuelle Schutz vor einer schweren Erkrankung sowie das Leisten eines Beitrages zur Pandemiebekämpfung. Fast die Hälfte der Geimpften erachtet die Impfung auch als ein Gebot der Solidarität, wobei dieser Grund besonders oft von älteren Menschen gewählt wurde. Jüngere Menschen haben sich demgegenüber oft aus pragmatischen Gründen impfen lassen, sprich um wieder einfacher reisen zu können oder die Kosten für Tests zu sparen.

Wer lässt sich nicht impfen?

Die Gruppe der Impfgegnerschaft lässt sich mit den «klassischen» soziodemografischen Merkmalen kaum fassen. Impfskepsis ist bei allen Altersgruppen, Geschlechtern, Bildungsstufen, Einkom-

³⁰ Inwieweit diese Gründe berechtigt sind oder nicht, ist im Zusammenhang mit den Motivnennungen nicht von Relevanz.

mensklassen und Konfessionen etc. verbreitet – freilich nirgendwo mehrheitlich. Einer der robustesten soziodemografischen Erklärungsfaktoren für den Impfstatus ist das Alter. Junge sind signifikant weniger häufig geimpft als Ältere. Das hat vor allem mit der Risikoabschätzung zu tun, da die gesundheitlichen Folgen einer Infektion bei jungen Menschen nachweislich deutlich weniger stark sind als bei älteren Menschen.

Sodann ist die politische Haltung von gewisser Bedeutung: Im rechten Lager ist die Skepsis gegenüber der Impfung stärker verbreitet als im linken Lager. Generell gilt: Die Impfunwilligen bilden oft eine Art Kommunikationsnetzwerk oder soziales Umfeld, das aus Menschen verschiedener Couleur zusammengesetzt ist.

Einschätzungen zur Impfbereitschaft

Die Haltungen zur Impffrage dürften in der Zwischenzeit sehr gefestigt sein.³¹ Entsprechend wird sich – unter gleichbleibenden Umständen – der Impfstatus in naher Zukunft wohl kaum gross ändern. Mit der Einführung der Zertifikatspflicht wird sich mittlerweile wohl auch jene Gruppe geimpft haben, die bisher keine Notwendigkeit darin sah oder die Impfung prokrastinatorisch – sprich aus einer gewissen Bequemlichkeit und Gleichgültigkeit heraus – vor sich herschob. Kurz, wer jetzt noch ungeimpft ist, bleibt dies voraussichtlich auch und kann argumentativ von einer Impfung kaum noch überzeugt werden. Selbst bei jenen, die bei der Umfrage im Herbst 2021 noch angaben, der Impfstoff sei zu wenig erprobt, ist kein allzu grosser Meinungsumschwung zu erwarten, da zwischenzeitlich auch ein vektor-basierter Impfstoff in der Schweiz und Liechtenstein zugelassen ist. Jene, welche die Impfung für eine verfehlte Strategie hielten (und stattdessen auf eine Durchseuchung plädierten) und dabei insbesondere die nötig werdenden Auffrischungsimpfungen kritisierten, dürften sich ebenfalls kaum umstimmen lassen, sondern – im Gegenteil – gar eher bestärkt in ihrer Haltung fühlen.

Im Prinzip ist, wenn schon, eher eine steigende Skepsis gegenüber weiteren Booster-Impfungen zu erwarten. Zwar dürfte sich auch im Lager der bisher vollständig Geimpften wenig hinsichtlich ihrer Haltung zur Impffrage ändern. Die Geimpften sind gemäss der Umfrage des Liechtenstein-Instituts vom Nutzen einer Impfung ähnlich fest überzeugt wie die Ungeimpften von den negativen Folgen einer Impfung. Aber in der Umfrage gab es doch einige wenige, die sich aus Druck oder Bequemlichkeit bzw. reiner Zweckmässigkeit («Ich will wieder reisen») impfen liessen. Ihre Motivation, weitere Auffrischungsimpfungen durchzuführen, ist wohl begrenzt. Gewiss: Wer sich aus sozialem Druck impfen liess, wird dies noch viel eher tun, wenn dieser Druck nicht bloss sozialer, sondern rechtlicher Natur ist (Impfpflicht). Aber insbesondere bei den Jüngeren, für die Covid-19 ein geringeres Risiko darstellt als für Ältere, dürfte die Impfbereitschaft mit fortschreitender Pandemie eher abnehmen. Der vergleichsweise milde Verlauf der Omikron-Fälle könnte also gerade bei Jüngeren den Drang zu Booster-Impfungen mutmasslich bremsen. Abgesehen davon nimmt

³¹ Dies wird beispielsweise auch dadurch bestätigt, dass acht von zehn Schweizer Stimmenden schon ganz von Beginn weg wussten, wie sie beim Covid-19-Gesetz (Abstimmung vom 28. November 2021) entscheiden würden (Milic et al., 2022, Fokus Aargau, Studie zur eidgenössischen Volksabstimmung vom 28. November 2021, S. 6). Als der Abstimmungskampf begann, waren die Meinungen der meisten Stimmenden längst gemacht.

mit der massiven Omikron-Welle gleichzeitig die Zahl der Genesenen zu, die aufgrund ihres Genesenen-Status sodann – zumindest temporär – keine Impfung (mehr) benötigen. Auch das dürfte die Bereitschaft für eine Booster-Impfung etwas verringern.³²

Mögliche Erklärungen für eher tiefe Impfbereitschaft

Eine allseits akzeptierte Erklärung für die im internationalen Vergleich (eher) tiefe Impfquote in Liechtenstein und anderen deutschsprachigen Regionen gibt es nicht, wohl aber allerlei (mehr oder minder) plausible Erklärungsansätze:

- **Kultur:** Auffallend ist zunächst die tiefe Impfquote in deutschsprachigen Ländern Europas – zumindest im Vergleich mit anderen westeuropäischen Staaten. Mehr noch: Deutschsprachige Regionen in mehrsprachigen Ländern (wie z.B. die Schweiz, Belgien oder Italien (Südtirol)) haben meist tiefere Impfquoten als andere Regionen – wenn auch die Unterschiede zuweilen nicht allzu gross sind (z.B. zwischen der französischsprachigen Romandie und den urbanen Zentren der Deutschschweiz). Fakt ist indessen, dass es durchaus Unterschiede in der Impfquote zwischen deutschsprachigen und nicht-deutschsprachigen Staaten gibt. In diesen Regionen besteht traditionell eine hohe Akzeptanz von Alternativmedizin/ Komplementärmedizin sowie Naturheilkunde im Generellen.³³ Auch Esoterik ist im deutschsprachigen Raum weitverbreitet und kennt diverse mediale Angebote.³⁴ Die Auffassung, wonach die Heilungskräfte der Natur jener der Schulmedizin vorzuziehen sind, ist im deutschsprachigen Raum dabei stärker verbreitet als vielerorts sonst.³⁵ Letztlich bleibt dies aber ein Erklärungsversuch und nicht eine empirisch erhärtete Aussage. Zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass die tiefe Impfquote deutschsprachiger Staaten erheblich relativiert wird, sobald man auch osteuropäische Staaten oder nicht-europäische Staaten mitvergleicht – sofern für solche Staaten überhaupt verlässliche Zahlen vorliegen.
- **(Partei-)Politik:** Beliebt ist in gewissen Medien auch die «parteilpolitische» Hypothese: Rechtspopulistische Parteien (FPÖ, AfD, SVP etc.) gehören – aus welchen Gründen auch immer (Instrumentalisierung, Regierungsoption, Impfskepsis etc.) – zu den vehementesten Kritikerinnen der Impfung und ihre Anhängerschaften sind auch am ehesten ungeimpft. Das (grösste) Problem dieser Erklärung ist, dass rechtspopulistische Parteien auch in nicht-deutschsprachigen Staaten mit Mehrparteiensystem stark vertreten sind. Die MSS in Italien, die Schwedendemokraten in Schweden, die VOX in Spanien oder der FN in Frankreich haben vergleichbare oder teilweise gar deutlich höhere Wähleranteile als rechtspopulistische Par-

³² Umgekehrt macht allerdings die Ende Januar 2022 in Kraft tretende gekürzte Geltungsdauer des Impfzertifikats eine Booster-Impfung für viele Personen früher notwendig als erwartet.

³³ Gemäss der liechtensteinischen Gesundheitsbefragung von 2017 (abrufbar auf der Website des Amtes für Statistik) haben 29 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner Liechtensteins in den letzten 12 Monaten Leistungen der Komplementärmedizin in Anspruch genommen. Die Schweiz verzeichnet einen ähnlich hohen Anteil.

³⁴ Gemäss der im Rahmen des eidgenössischen Volkszählungssystems erfolgten Erhebung zur Sprache, Religion und Kultur (ESRK) (abrufbar auf der Website des Bundesamts für Statistik) geben 12 Prozent der Einwohnerinnen und Einwohner der Schweiz an, regelmässig ein oder mehrere Bücher oder Zeitschriften über Esoterik oder Spiritualität gelesen zu haben.

³⁵ Siehe zum Beispiel Naturheiler-Boom, «Querdenker» und Flickenteppich-Politik: weshalb die Impfskepsis im deutschen Sprachraum so hoch ist in der NZZ vom 1.12.2021.

teilen in der Schweiz, Österreich oder Deutschland. Verfechter der parteipolitischen Hypothese argumentieren, dass sich indessen nur im deutschsprachigen Raum die rechten Parteien mit den Impfskeptikern «verbündet» hätten. Die entscheidende Frage bleibt aber bestehen: Wieso hat sich diese Allianz zwischen Rechtspopulismus und Impfskeptizismus bloss in den deutschsprachigen Staaten/Regionen eingestellt und nicht anderswo? Die Erklärung hierfür liegt sodann wohl eher im kulturellen Kontext als in den politischen Positionen der rechtspopulistischen Parteien selbst.

- Kommunikation: (Falsche) Regierungs- oder Behörden-Kommunikation sei, so gewisse Medien, der Grund für die tiefen Impfquoten im deutschsprachigen Raum. So argumentiert beispielsweise die Schweizer Onlinezeitung «Die Republik», dass die Behörden im deutschsprachigen Raum «zu sachlich» (!) argumentiert hätten und zu wenig Druck ausgeübt bzw. zu sehr auf die Eigenverantwortung gesetzt hätten.³⁶ Die Beweislage ist auch hier dünn. Eine vergleichende, systematische Analyse der Covid-Kommunikation der staatlichen Behörden fehlt. Vielmehr stützen sich diese Erklärungen auf anekdotische Evidenz ab. Zweitens ist aber auch hier wiederum die Frage zu stellen: Warum ist bloss im deutschsprachigen Raum so kommuniziert worden? Selbst wenn man von der Richtigkeit der Kommunikationshypothese ausgeht, so dürfte die zurückhaltende Kommunikationsstrategie wohl in gewissen kulturellen Faktoren begründet sein. Regierungen tun meist das, was auch im Bereich des kulturell und sozial Akzeptablen liegt. Zuletzt geht die Kommunikationshypothese davon aus, dass die Haltung der Bevölkerung durch eine entsprechende Kommunikationsstrategie im Prinzip beliebig «lenkbar» ist. Hier sind (erhebliche) Zweifel angebracht. Eine solche Allmacht haben weder Medien im Allgemeinen noch Medienbotschaften im Besonderen.
- Primärerfahrungen: Im Gegensatz etwa zu Italien («Bergamo-Schock»), USA (New York), Spanien und Frankreich haben die deutschsprachigen Staaten und Regionen zumindest zu Beginn der Covid-Krise keine allzu traumatischen Erfahrungen mit dem Virus gemacht. In der Deutschschweiz blieben die Fallzahlen und Todesfälle in der ersten Welle vergleichsweise gering – deutlich geringer als beispielsweise im Tessin. In Deutschland verlief der erste Ausbruch («Webasto-Fall») beinahe folgen- und problemlos und so wiegten sich die deutschen Gesundheitsbehörden zu Beginn in falscher Sicherheit. Weil der initiale Schock ausblieb, habe sich bis heute eine stärkere Impfskepsis gehalten. Auch diese These überzeugt indes nicht restlos. Die skandinavischen Staaten haben trotz konstant tiefer Todesfallraten eine hohe Impfquote.

Weitere wiederholt genannte Erklärungsfaktoren sind das Vertrauen in die Politik sowie in den Staat generell oder das Sozialkapital im Allgemeinen. Allerdings bietet gerade die Vertrauens-Hypothese wenig empirische Erklärungskraft, da das Vertrauen in die Regierung in keinem OECD-Staat so hoch ist wie in der Schweiz³⁷. Auch in Liechtenstein ist das Vertrauen in die Politik hoch.

³⁶ Republik vom 15.11.2021, Darum hat die reiche Schweiz eine der niedrigsten Impfquoten Westeuropas <https://www.republik.ch/2021/11/15/darum-hat-die-schweiz-eine-der-niedrigsten-impfquoten-westeuropas>.

³⁷ OECD, Trust in government, <https://data.oecd.org/gga/trust-in-government.htm> (abgerufen: 20.1.2022). Siehe hierzu auch eine Analyse der OECD über die Bedeutung von Vertrauen für eine effiziente Abwicklung der Impfkampagne: OECD, 2021, Enhancing public trust in COVID-19 vaccination: The role of governments,

Zwar hat die oben erwähnte Umfrage gezeigt, dass das Vertrauen in die Regierung bei der Impfgegnerschaft weniger stark ist als bei Personen, die die Impfung befürworten. Das Vertrauen der Impfgegnerschaft Liechtensteins in die nationale Regierung ist aber wohl immer noch höher als das Vertrauen in die Regierung in manchem europäischen Staat mit einer höheren Impfquote. Auch das Sozialkapital im Sinne der gegenseitigen Unterstützung der Mitglieder einer Gesellschaft ist im internationalen Vergleich in den deutschsprachigen Staaten und Regionen wohl nicht geringer ausgeprägt als in anderen westeuropäischen Staaten. Letztlich dürfte die tiefe Impfquote in den deutschsprachigen Staaten also eine Kombination verschiedener Faktoren sein, die aber meist einen kulturellen Ursprung haben. Denn die Differenz zwischen deutschsprachigem und nicht-deutschsprachigem Hintergrund scheint tatsächlich überzufällig zu sein.

Einschätzung der politischen Auswirkungen einer Impfpflicht

Zunächst sei angemerkt, dass die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht im Januar 2022 eine mehrheitliche Zustimmung in der Liechtensteiner Bevölkerung finden könnte.³⁸ Auch die sehr stabilen Landtagswahlergebnisse vom Februar 2021 – inmitten der Coronapandemie – deuten darauf hin, dass die Einführung einer Impfpflicht nicht zu dramatischen Umwälzungen der politischen Landschaft führen würde. Eine Mehrheit der Bevölkerung ist mit der Krisenbewältigung zufrieden oder würde gar noch weiter gehen wollen. Gewiss, der Unmut und auch der Widerstand bei den Ungeimpften, die sich einer Impfung kategorisch widersetzen, wäre gross. Diese Gruppe macht grob geschätzt 20 bis 30 Prozent der Stimmberechtigten aus. Allerdings sind darunter auch solche Stimmberechtigte, die sich in der Vergangenheit nur selten, wenn überhaupt je politisch beteiligt haben.³⁹ Es ist deshalb fraglich, ob diese Gruppe sich bei Wahlen oder Abstimmungen zu Protestzwecken mobilisieren lässt. Generell ist von einer grossen Mehrheit Rechtsfolgebereitschaft zu erwarten, was nicht heisst, dass nicht doch einige wenige (allenfalls höchst disruptive) Fälle die Medienaufmerksamkeit auf sich ziehen könnten. Und natürlich hängt die Haltung der Stimmberechtigten gegenüber einer allgemeinen Impfpflicht von der aktuellen Pandemiesituation und der konkreten Wirksamkeit der Impfung gegen neue Varianten ab, die sich allerdings jeweils erst mit einer gewissen Verzögerung zeigt.

2.6 Impfstoffe, Wirksamkeit, Impfreaktionen und Nebenwirkungen

Sekundäre Präventionsmassnahmen und wirksame Medikamente, die schwere Verläufe oder Übertragungen des Covid-19-Virus verhindern können, stehen bisher nicht zur Verfügung. Dies

<https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/enhancing-public-trust-in-covid-19-vaccination-the-role-of-governments-eae0ec5a/> (abgerufen: 20.1.2022).

³⁸ Fast 70 Prozent der doppelt Geimpften waren im September 2021 der Ansicht, die Politik solle den Druck auf Ungeimpfte erhöhen (Milic et al., 2021, S. 18). Die Ungeimpften sahen dies komplett anders. Indes, sie machen bloss eine Minderheit in der Gesamtbevölkerung aus. Den Druck erhöhen muss indessen nicht gleichbedeutend mit der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht sein. Abgesehen davon kann sich die Haltung der Menschen überdies ändern, wenn sie sich beispielsweise im Zuge eines (hypothetischen) Abstimmungskampfes nochmals intensiv mit dieser Frage auseinandersetzen. In der Corona-Befragung war schliesslich eine hauchdünne Mehrheit (51%) für eine Impfpflicht für das *Gesundheitspersonal* (Milic et al., 2021, S. 31). Nun sind eine Impfpflicht für das Gesundheitspersonal und eine allgemeine Impfpflicht nicht das gleiche. Aber es ist nicht anzunehmen, dass die Meinungen hier derart weit auseinandergehen.

³⁹ Milic et al., 2021, S.16.

erhöht die Bedeutung der Impfung als primäre Massnahme zur Prävention gesundheitlicher Schäden und anderer Folgen von Covid-19. Entsprechendes Ziel der Impfung ist der bestmögliche Schutz der Bevölkerung vor Covid-19.

Die Entwicklung der Impfstoffe gegen Covid-19 ist schnell vorangeschritten. Nach Durchlaufen der Zulassungsprüfung durch die Aufsichtsbehörde für Arzneimittel und Medizinprodukte Swissmedic wurden Wirksamkeit, Sicherheit und Qualität dreier Impfstoffe bestätigt. Aktuell sind in der Schweiz die Impfstoffe Comirnaty, Spikevax und Covid-19 Vaccine Janssen (befristet) zugelassen. Die Zulassungsprüfung der Vakzine Vaxzevria und Nuvaxovid wurde zurückgezogen (Swissmedic 2022). In Europa wurden von der Europäischen Arzneimittelbehörde (European Medicines Agency, EMA)⁴⁰ hingegen Vaxzevria und Nuvaxovid zusätzlich (bedingt) zugelassen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die in der EU und/oder der Schweiz zugelassenen Impfstoff-Typen, die Dosierung, die angegebene Wirksamkeit⁴¹ und die Alterszulassung der jeweiligen Impfstoffe.

Tabelle 1: Übersicht über die in der EU-zugelassenen Impfstoffe

Impfstoff	Impfstoff-name	Zulassung	Impfstoff-Typ	Dosierung	Wirksamkeit	Alterszulassung
Pfizer/ BioNTech	Comirnaty®	CH: 19.12.2020 EU: 21.12.2020 (bedingte Zulassung)	mRNA-Impfstoff	2 Impfdosen	95%	Ab 5 Jahren
Moderna	Spikevax®	CH: 12.01.2021 EU: 06.01.2021	mRNA-Impfstoff	2 Impfdosen	95%	Ab 12 Jahren
Janssen	COVID-19 Vaccine Janssen®	CH: 22.03.2021 EU: 11.03.2021	vektorbasierter Impfstoff	1 Impfdosis	85%	Ab 18 Jahren
Astra-Zeneca	Vaxzevria®	EU: 29.01.2021	vektorbasierter Impfstoff	2 Impfdosen	60%	Ab 18 Jahren
Novavax	Nuvaxovid®	EU: 20.12.2021	proteinbasierter Impfstoff	2 Impfdosen	90%	Ab 18 Jahren

Quellen: Websites Swissmedic; Bundesamt für Gesundheit; European Medicines Agency; Stand Jan. 2022

Die Covid-19-Impfstrategie der Schweiz basiert primär auf mRNA-Impfstoffen. Diese Impfstofftechnologie erweist sich als allgemein sehr wirksam und sicher. So wird in der Fachliteratur eine sehr hohe Wirksamkeit gegen symptomatische SARS-CoV-2 Infektionen, gegen Hospitalisationen

⁴⁰ Die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) ist eine Behörde der Europäischen Union, die für die wissenschaftliche Bewertung, Überwachung und Kontrolle der Sicherheit von Arzneimitteln in der EU zuständig ist. Sie stellt sicher, dass alle auf dem EU-Markt erhältlichen Arzneimittel sicher, wirksam und von hoher Qualität sind (siehe Website European Medicines Agency).

⁴¹ Die Angaben zur Wirksamkeit beziehen sich auf die Virusvarianten Alpha, Beta und Gamma P2. Aktuelle Daten zu Delta zeigen, dass die Wirksamkeit bei schweren Verläufen erhalten bleibt, aber bei leichten Erkrankungen reduziert ist. Bei der Omikron-Variante ist der Impfschutz geringer als bei Delta und nimmt schneller ab, wobei noch keine ausreichende Datenlage besteht, um genauere Aussagen zu treffen (Bundesamt für Gesundheit 2021b).

und zur Verhinderung schwerer und tödlicher Verläufe belegt.⁴² Zudem führt eine Impfung zu einer deutlichen Reduktion der Virenlast bei geimpften Infizierten und reduziert dadurch Übertragungen. Eine Impfung mit Covid-19 Vaccine Janssen wird empfohlen, wenn man sich aus medizinischen Gründen nicht mit einem mRNA-Impfstoff impfen lassen kann oder man einen mRNA-Impfstoff ablehnt. Gemäss Zulassungsstudien bietet der Vektorimpfstoff Janssen einen guten Schutz vor moderaten Covid-Erkrankungen und Hospitalisationen sowie einen sehr guten Schutz vor schweren Verläufen. Noch ungeklärt ist die Datenlage, ob Janssen auch vor einer Übertragung des Virus auf andere Personen schützt und wie lange die Schutzdauer beträgt. Das Auftreten neuer Viren sowie die mit zunehmendem Fortlauf der Pandemie neugewonnenen empirischen Erkenntnisse führten mehrfach zu Anpassungen der Impfeempfehlung. So wurde z. B. die Impfeempfehlung für Auffrischimpfungen mit einem mRNA-Impfstoff von sechs auf vier Monaten nach abgeschlossener Grundimmunisierung gesenkt.

Bei der Wirkung der Impfstoffe auf den Körper wird zwischen Impfreaktionen und Nebenwirkungen unterschieden.⁴³ Impfreaktionen treten direkt nach einer erfolgten Impfung auf und dauern nur kurz an. Sie sind unbedenkliche Immunreaktionen des Körpers. Als typische Impfreaktionen des Impfstoffes von Pfizer/BioNTech werden folgende nach absteigender Wahrscheinlichkeit genannt: lokale Reaktionen um die Einstichstelle, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Muskel-/Gelenkschmerzen, Schüttelfrost und Fieber. Bei Moderna kommen noch Übelkeit/Erbrechen und Schwellung der Lymphknoten als Impfreaktionen hinzu. Bei dem Impfstoff von Janssen werden nach abnehmender Wahrscheinlichkeit folgende Impfreaktionen angegeben: Müdigkeit, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Schmerzen und Schwellung an der Einstichstelle, Fieber und Übelkeit. Die beschriebenen Impfreaktionen treten bei älteren Personen tendenziell weniger häufig auf und auch weniger schwer.

Nebenwirkungen treten, im Unterschied zu Impfreaktionen, mit drei oder mehr Tagen Abstand zur Impfung auf. Sie können sich ähnlich wie die Impfreaktionen anfühlen. Schwere Nebenwirkungen sind bei Pfizer/BioNTech, Moderna und Janssen gemäss dem heutigen Wissensstand die Ausnahme. In seltenen Fällen wurde nach der Impfung mit den mRNA-Impfstoffen über Myokarditis und Perikarditis berichtet, welche in den meisten Fällen mild verliefen. Diese Fälle traten primär bei Spikevax, innerhalb von 14 Tagen nach der Impfung auf, weshalb Personen unter 30 Jahren die Impfung mit Comirnaty empfohlen wird. Beim Impfstoff von Janssen kam bei sehr wenigen Personen Thrombose-mit-Thrombozytopenie-Syndrom vor (Häufigkeit unter 50 Jahren: 8/1'000'000; ab 50 Jahren: 1/1'000'000). Solche Nebenwirkungen treten innerhalb von Monaten

⁴² Stellvertretend für verschiedene Quellen zur Wirksamkeit der Covid-19-Impfstoffe sei an dieser Stelle auf die Website des Robert Koch Instituts verwiesen: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Wirksamkeit.html (abgerufen am 20.1.2022).

⁴³ Stellvertretend für verschiedene Quellen zur Sicherheit der Covid-19-Impfung wird auf die entsprechende Website des Robert Koch Institut verwiesen: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Sicherheit.html#:~:text=Im%20Median%20traten%20die%20lokalen,%C3%BCberwiegend%20bei%20j%C3%BCngeren%20Geimpften%20aufgetreten. (abgerufen: 20.1.2022).

nach der Impfung auf. Insgesamt wird das Risiko solcher Nebenwirkungen jedoch als sehr gering eingeschätzt.⁴⁴

Nach den aktuell zur Verfügung stehenden empirischen Erkenntnissen zu den einzelnen in Europa zugelassenen Impfstoffen treten Nebenwirkungen nur in sehr seltenen Fällen auf und stehen somit einer Impfeempfehlung nicht entgegen. Wie bereits mehrfach betont, erfolgen die Ausführungen zur Entwicklung der Pandemie, der Belastung des Gesundheitswesens und der Wirksamkeit der Impfstoffe im Rahmen dieser Studie nur cursorisch. Sie sollen lediglich den Rahmen der Debatte darstellen basierend auf Informationen der zuständigen Gesundheitsbehörden. Eine empirische Prüfung der Voraussetzung für eine Impfpflicht, hätte bei entsprechendem Bedarf separat zu erfolgen.

2.7 Covid-19-Impfung und Fallzahlen

In diesem Unterkapitel erfolgt eine deskriptive Darstellung der Anfang Januar 2022 öffentlich verfügbaren Zahlen zu den Hospitalisationen von geimpften und nicht-geimpften Personen. Die Darstellung dient der Einordnung der Pandemieentwicklung in Liechtenstein und der Schweiz.

Auch wenn die Wirkung der verfügbaren Impfstoffe als hoch beurteilt wird, garantiert kein Impfstoff einen 100-prozentigen Schutz. Seit Ende Januar 2021 sammelt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) deshalb Daten von Ärztinnen und Ärzten sowie den Spitälern zum Impfstatus im Zusammenhang mit Hospitalisationen und Todesfällen bei laborbestätigten SARS-CoV-2-Infektionen. Diese Daten werden jedoch nicht auf Ebene der Kantone und der Länder (Schweiz/Liechtenstein) ausgewiesen, sondern sind nur für die Schweiz *und* Liechtenstein zusammen verfügbar.⁴⁵ Das BAG legt Wert auf die Feststellung, dass bei der Interpretation der Fälle nach Impfstatus berücksichtigt werden muss, dass ältere und besonders gefährdete Personen früher geimpft wurden.⁴⁶

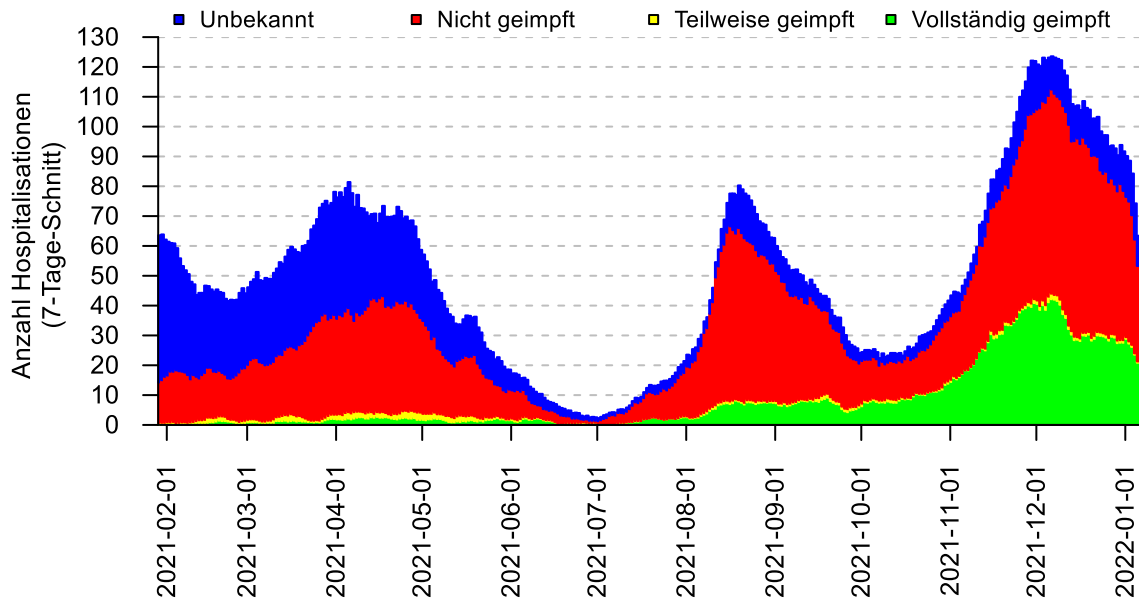
Zu Beginn der verfügbaren Datenreihe war der Impfstatus eines vergleichsweise hohen Anteils der hospitalisierten Personen mit einer laborbestätigten Covid-19-Infektion nicht bekannt (Abbildung 8). Ende Januar 2021 betrug er fast 78 Prozent und nahm über die Zeit deutlich ab.

⁴⁴ Über die Website des BAG kann zu jedem Impfstoff ein entsprechendes Factsheet heruntergeladen werden mit detaillierten Ausführungen zu den Nebenwirkungen: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/information-fuer-die-aerzteschaft/covid-19-impfung.html> (abgerufen: 20.1.2022).

⁴⁵ Das Amt für Statistik hat zwischenzeitlich eine entsprechende Sonderauswertung geführt. Aufgrund der teils geringen Fallzahlen in Liechtenstein erscheint eine separate Auswertung von Liechtenstein methodisch aber nicht als sinnvoll, weshalb hier die Daten zur Schweiz und Liechtenstein zusammen ausgewertet werden.

⁴⁶ Siehe BAG Covid-Statistik Schweiz: <https://www.covid19.admin.ch/de/vaccination/status> (abgerufen: 6.12.2021).

Abbildung 8: Anzahl laborbestätigter Hospitalisationen (7-Tage-Schnitt) in Liechtenstein und der Schweiz

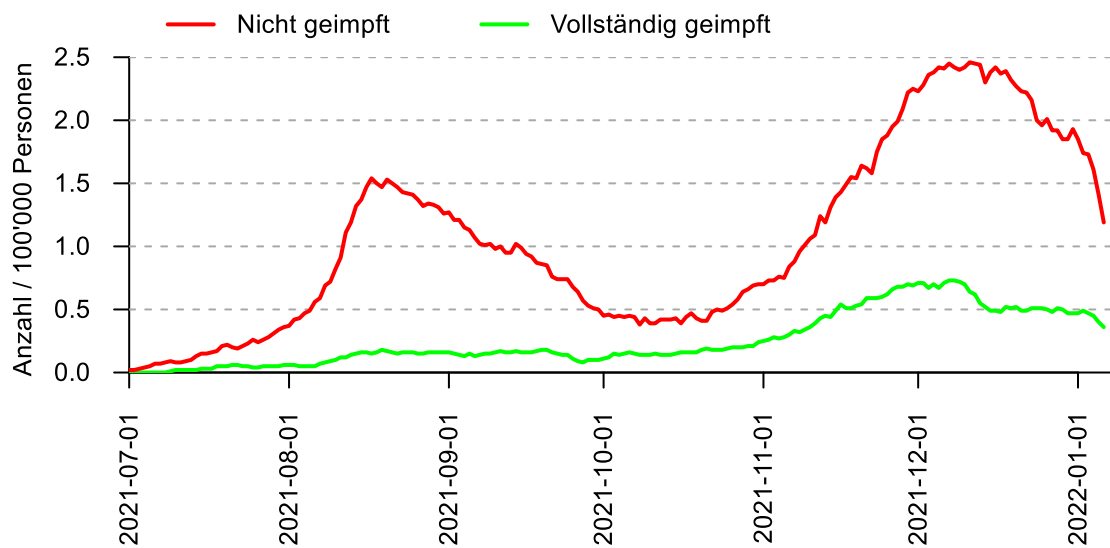


Quelle: Bundesamt für Gesundheit (<https://www.covid19.admin.ch>, Stand 10.1.2022)

Die grösste Gruppe der laborbestätigten Hospitalisationen besteht seit Anfang Juli 2021 durchgehend aus ungeimpften Personen (Abbildung 8). Ihr Anteil beläuft sich seither auf 45 bis 79 Prozent. Seit August hat aber auch der Anteil vollständig Geimpfter in den Spitälern zugenommen. Ihr Anteil beträgt seit 1. August zwischen 8 und 38 Prozent. Teilweise Geimpfte wurden insbesondere im ersten Halbjahr 2021 in die Spitäler eingeliefert.

Bei der Interpretation dieser Daten ist zu beachten, dass sich die zugrundeliegenden Populationen der Geimpften und Ungeimpften stark unterscheiden. So sind Ende 2021 bedeutend mehr Personen geimpft als ungeimpft. Wird dies berücksichtigt und die Anzahl der Hospitalisierten pro 100'000 Personen mit dem jeweiligen Impfstatus betrachtet, zeigen sich klare Unterschiede (Abbildung 9). Unter Berücksichtigung der Grösse der jeweiligen Populationen waren mehr ungeimpfte Personen mit positivem Covid-19-Befund hospitalisiert als geimpfte Personen.

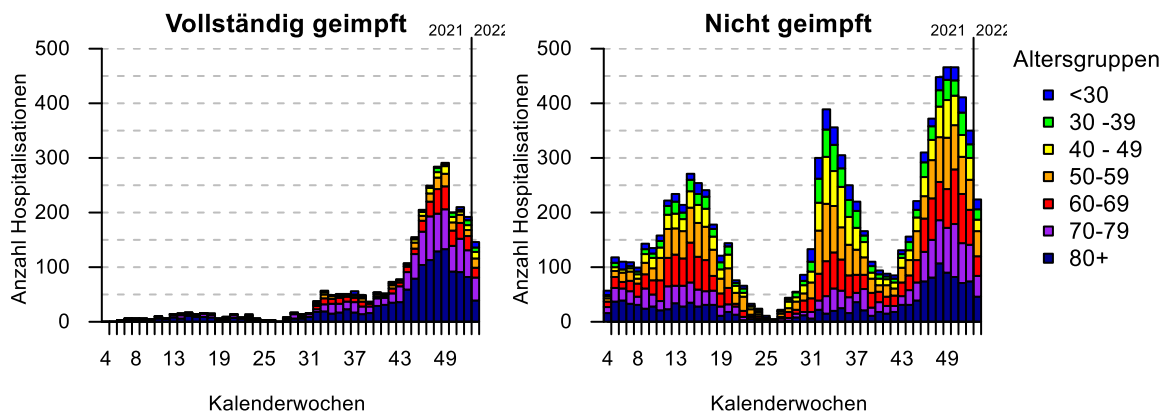
Abbildung 9: Anzahl laborbestätigter Hospitalisationen von geimpften und ungeimpften Personen (7-Tage-Schnitt) pro 100'000 in Liechtenstein und der Schweiz (Juli 2021 bis Januar 2022)



Erläuterung: Dargestellt sind die Anzahl ungeimpfter Hospitalisierter mit positivem Covid-19-Befund pro 100'000 ungeimpften Personen respektive die Anzahl geimpfter Hospitalisierter mit positivem Covid-19-Befund pro 100'000 geimpfter Personen. Quelle: Bundesamt für Gesundheit (<https://www.covid19.admin.ch>, Stand 10.1.2022).

Die vollständig Geimpften in den Spitälern gehören zu einem grossen Teil der älteren Generation an (Abbildung 10). Demgegenüber wurden nie mehr als 9 vollständig geimpfte Personen unter 30 Jahren in derselben Woche hospitalisiert. Kleiner sind die Anteile der Hospitalisierten in den beiden ältesten Altersgruppen hingegen unter den Ungeimpften. Ihr Anteil beläuft sich auf maximal 35 Prozent (Altersgruppe 80+) respektive 26 Prozent (Altersgruppe 70–79 Jahre). Mit anderen Worten finden sich unter den ungeimpften Hospitalisierten grössere Anteile junger Personen als unter den geimpften Hospitalisierten. Trotzdem bleibt der Anteil Hospitalisierter unter 30 Jahren vergleichsweise gering. Im Maximum können in einer Kalenderwoche 38 ungeimpfte Personen unter 30 Jahren mit einem positiven Covid-19-Befund in den Spitälern Liechtensteins und der Schweiz eruiert werden. Dies soll selbstverständlich nicht darüber hinwegtäuschen, dass zuweilen auch junge Personen mit schweren Krankheitsverläufen in die Spitäler eingeliefert werden müssen.

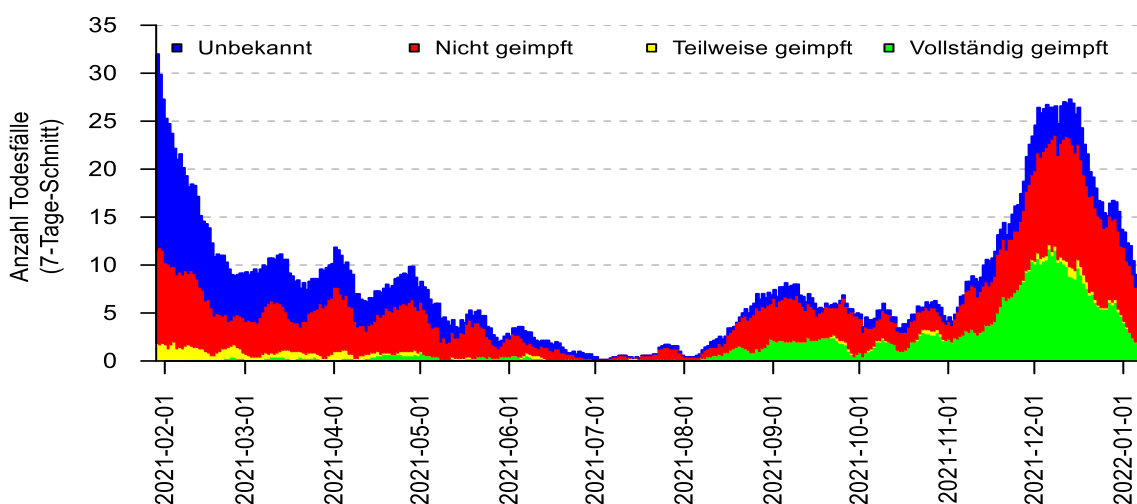
Abbildung 10: Anzahl laborbestätigter Hospitalisationen von geimpften und ungeimpften Personen in Liechtenstein und der Schweiz, pro Woche (2021)



Quelle: Bundesamt für Gesundheit (<https://www.covid19.admin.ch>, Stand 10.1.2022), eigene Berechnungen

Die Daten zu den Hospitalisationen spiegeln sich auch bei den Todesfällen (Abbildung 7). Von allen seit dem 30. Januar 2021 ausgewiesenen Todesfällen mit einem positiven Covid-19-Befund in der Schweiz und Liechtenstein waren 47 Prozent nicht, 21 Prozent vollständig und 3 Prozent teilweise geimpft (Rest: Impfstatus unbekannt). Die Anzahl vollständig geimpfter Verstorbener ist über die Zeit hinweg tendenziell angestiegen, während Todesfälle von Personen mit teilweiseem Impfschutz dank des Impffortschritts selten geworden sind. Bei diesen Daten ist jedoch, erstens, zu berücksichtigen, dass in der frühen Phase der Datenerhebung der Impfstatus vieler Verstorbener nicht bekannt war und sich viele Menschen noch gar nicht impfen lassen konnten. Das BAG erwähnt denn auch, dass die Zahlen vor Anfang Juli 2021 mit Vorsicht zu interpretieren sind.⁴⁷

Abbildung 11: Anzahl Verstorbener mit positivem Covid-19-Befund (7-Tage-Schnitt) in der Schweiz und Liechtenstein, nach Impfstatus (Februar bis Dezember 2021)

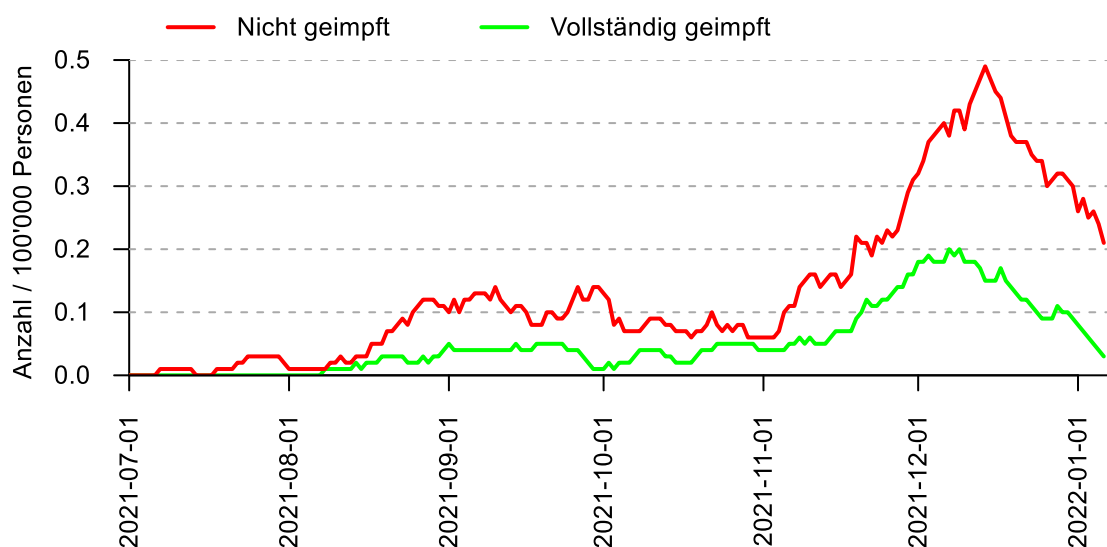


Quelle: Bundesamt für Gesundheit (<https://www.covid19.admin.ch>, Stand 10.1.2022)

⁴⁷ Siehe <https://www.covid19.admin.ch/de/vaccination/status?indicator=death> (abgerufen: 6.12.2021).

Zweitens muss bei einem Vergleich der Anzahl Todesfälle geimpfter und ungeimpfter Personen zwingend berücksichtigt werden, dass die zugrundeliegenden Populationen unterschiedlich gross sind. Wie bereits zuvor bei den Hospitalisationen ist von entscheidender Bedeutung, dass die Anzahl geimpfter Personen über die Zeit bedeutend grösser wird als die Anzahl Ungeimpfter. Die Anzahl Todesfälle ungeimpfter Personen machen auf die Gesamtpopulation der Ungeimpften also einen bedeutend grösseren Anteil aus als die Anzahl vollständig Geimpfter im Verhältnis zum Total aller vollständig Geimpfter. Dies wird in Abbildung 12 deutlich, in der die Anzahl Verstorbener nach Impfstatus pro 100'000 Personen der jeweiligen Gruppen ausgewiesen wird.

Abbildung 12: Anzahl Verstorbener mit positivem Covid-19-Befund (7-Tage-Schnitt) nach Impfstatus pro 100'000 Personen in Liechtenstein und der Schweiz (Juli bis Dezember 2021)



Erläuterung: Dargestellt sind die Anzahl ungeimpfter Verstorbener mit positivem Covid-19-Befund pro 100'000 ungeimpften Personen respektive die Anzahl geimpfter Verstorbener mit positivem Covid-19-Befund pro 100'000 geimpfter Personen. Quelle: Bundesamt für Gesundheit (<https://www.covid19.admin.ch>, Stand 10.1.2022).

Drittens spielt auch das Alter wiederum eine Rolle. Dieses korreliert stark mit dem Impfstatus, denn die Impfquote steigt mit zunehmendem Alter an. Tabelle 2 stellt deshalb die Anzahl Verstorbener mit positivem Covid-19-Befund nach Alter *und* Impfstatus für die Zeit seit Kalenderwoche 32 (9. bis 15. August 2021) dar.⁴⁸ Im Schnitt sind pro Woche 0.46 geimpfte Personen pro 100'000 Geimpfte verstorben. Die Ungeimpften kommen demgegenüber auf einen rund 2.6-Mal höheren Wert. Im Schnitt sind pro Woche 1.2 nicht geimpfte Personen pro 100'000 Ungeimpfte verstorben. In allen Altersgruppen sind die durchschnittliche und die maximale Anzahl Verstorbener pro 100'000 Personen unter den Ungeimpften klar höher als unter den Geimpften.

⁴⁸ Die Wahl dieses Zeitraums ist von der Tatsache motiviert, dass in dieser Phase zusehends Todesfälle von Personen mit doppeltem Impfschutz zu beobachten sind.

Tabelle 2: Wöchentliche Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Alter und Impfstatus, Kalenderwoche 32 bis 52, 2021

Altersgruppen	Impfstatus	Verteilung			Durchschnitt	
		Minimum	Median	Maximum	Mittelwert	Verhältnis
<60 Jahre	Geimpft	0	0	0.08	0.02	1 : 5.5
	Ungeimpft	0	0.10	0.28	0.11	
60–69 Jahre	Geimpft	0	0.12	0.85	0.19	1 : 16.6
	Ungeimpft	0	2.85	9.06	3.15	
70–79 Jahre	Geimpft	0	0.61	2.40	0.74	1 : 13.8
	Ungeimpft	0.99	6.02	29.90	10.19	
80+ Jahre	Geimpft	0.48	2.87	14.24	4.41	1 : 18.4
	Ungeimpft	9.04	34.24	243.32	80.99	
Total	Geimpft	0.06	0.31	1.40	0.46	1 : 2.6
	Ungeimpft	0.16	0.87	3.14	1.20	

Erläuterung: Dargestellt sind deskriptive Kennzahlen der wöchentlichen Anzahl Todesfälle pro 100'000 Einwohnerinnen und Einwohner der jeweiligen Alters- und Impfkategorien in Liechtenstein und der Schweiz seit der Woche 32 des Jahres 2021. In der letzten Spalte wurde das Verhältnis zwischen dem Mittelwert der Ungeimpften zum Mittelwert der Geimpften berechnet. Quelle: Bundesamt für Gesundheit (<https://www.covid19.admin.ch>, Stand 10.1.2022), eigene Berechnungen.

Die meisten Todesfälle pro Woche sind in der Gruppe der ältesten ungeimpften Personen zu finden (Tabelle 2). Im betrachteten Zeitraum sind pro Woche im Mittel (Median) gut 34 pro 100'000 ungeimpfte Personen im Alter von 80 Jahren oder älter verstorben. Die maximale wöchentliche Anzahl betrug gar 243. Diese Zahlen sind für die geimpften Seniorinnen und Senioren bedeutend kleiner. Pro 100'000 geimpfte Personen im Alter von 80 Jahren oder mehr sind in einer Woche maximal 14 Personen gestorben. Ein ähnliches Verhältnis kann auch in der Altersgruppe 60 bis 69 erkannt werden. Dass das Verhältnis der Mittelwerte zwischen ungeimpften und geimpften Verstorbenen im Total kleiner ist als in den verschiedenen Altersgruppen, lässt sich durch die Dominanz der Alterskohorte unter 60 Jahren erklären. Diese macht den mit Abstand grössten Anteil der Gesamtbevölkerung aus und weist im Schnitt klar am wenigsten geimpfte wie auch ungeimpfte Verstorbene mit laborbestätigtem Covid-19-Befund aus (Tabelle 2).

Über den gesamten Zeitraum waren fast drei Viertel der geimpften Verstorbenen mindestens 80 Jahre alt (73 Prozent) und weitere 19 Prozent waren zwischen 70 und 79 Jahre alt. Demgegenüber machten Personen unter 60 Jahren nur gerade 3 Prozent der geimpften Verstorbenen aus. In der Gruppe der ungeimpften Verstorbenen mit positivem Covid-19-Befund waren gut drei Viertel über 70 Jahre alt (55 Prozent sind 80+ und 22 Prozent zwischen 70 und 79 Jahre alt), während gut 8 Prozent jünger als 60 Jahre alt waren. Auch bei jüngeren Jahrgängen kommt es unter Ungeimpften häufiger zu Todesfällen als unter Geimpften, auch wenn die von SARS-CoV-2 ausgehende Gefahr für ältere Personen als grösser einzuschätzen ist. Abschliessend soll nochmals auf den dynamischen Pandemieverlauf verwiesen werden, weshalb die hier dargestellten Zahlen eine Momentaufnahme darstellen.

2.8 Ziel(e) der Impfkampagne

Die Impfkampagne verfolgt verschiedene Ziele, woraus sich konkrete Ziele einer Impfpflicht ableiten lassen. In der aktuellen Debatte werden insbesondere die folgenden Punkte als legitime Ziele einer allgemeinen Impfpflicht genannt:⁴⁹

- das Erreichen eines Gemeinschaftsschutzes
- die Verhinderung des Zusammenbruchs des Gesundheitssystems
- der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung vor einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus
- der Schutz von Dritten, die sich aus medizinischen Gründen nicht selbst schützen können, bzw. der Schutz besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen
- der Eigenschutz (Individualprävention) der impfpflichtigen Person
- der Schutz der freiheitlichen Struktur des Staates und der Gesellschaft durch Vermeidung der Anordnung kontaktbeschränkender Massnahmen zur Pandemiebekämpfung

Die genannten Ziele hängen stark miteinander zusammen. Für die Prüfung der Rechtmässigkeit einer Impfpflicht sind aber nicht alle Ziele gleich relevant. So ist z. B. gemäss dem Deutschen Ethikrat der Eigenschutz einer impfpflichtigen Person kein ausreichendes Ziel für die Legitimation einer Impfpflicht.⁵⁰ Auch die blosser Anhebung der Impfquote oder das Verhindern einer weiteren Infektionswelle sind demnach für sich allein genommen keine ausreichenden Ziele. Vielmehr hat eine allgemeine Impfpflicht auf den Schutz der Gesundheit und des Lebens der Bevölkerung durch Erreichen eines Gemeinschaftsschutzes abzielen (siehe auch Kapitel 6.4).

Mit der Bezeichnung «Impfziel» ist demgegenüber meist eine konkrete Impfquote gemeint. Die Impfstrategie der liechtensteinischen Regierung ist eng an jene der Schweiz gebunden. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden die strategischen Ziele des Schweizer Bundesrates stellvertretend für die Impfstrategie Liechtensteins genannt. Als wesentliche Dokumente sind der Schweizerische Impfplan 2021, das Konzeptpapier Drei-Phasen-Modell vom 12. Mai 2021 sowie die Covid-19-Impfstrategie vom 22. Juni 2021 zu nennen. Im Drei-Phasen-Modell hält der Bundesrat fest, dass es einer Durchimpfung der Schweizer Bevölkerung bedürfe, um eine Normalisierung des gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Lebens zu ermöglichen. Dafür sei es nötig, dass ein ausreichender Anteil der Bevölkerung durch eine Impfung oder erfolgte Genesung immun gegen einen bestimmten Erreger werde. Die so erfolgte Einschränkung der Ausbreitungsmöglichkeit des Erregers führe zum indirekten Schutz des noch nicht immunen Anteils der Bevölkerung. Durch Erreichung einer «Herdenimmunität» könne eine «grossflächige und unkontrollierte Ausbreitung des Erregers» verhindert werden.

Im Mai 2021 ging der Bundesrat davon aus, dass für die vollständige Rückkehr zur Normalität eine Impfquote von 75% bei besonders gefährdeten Personen und 60% bei den übrigen Erwachsenen ausreiche. Diese Impfzielvorgabe wurde im Oktober 2021 nach oben korrigiert. Ohne Einrechnung der genesenen Personen soll neu die Impfquote «bei den über 65-Jährigen bei ca. 93%

⁴⁹ Siehe auch: Torsten Gerhard, 2021, Gutachterliche Stellungnahme zu Zulässigkeit und Möglichkeiten der Ausgestaltung einer allgemeinen Impfpflicht gegen COVID 19, S. 45f.

⁵⁰ Deutscher Ethikrat, 2021, S. 6.

und bei den 18- bis 65-Jährigen bei 80% liegen». Die veränderte Zielsetzung erklärt sich mit besseren empirischen Erkenntnissen sowie dem Auftreten neuer Virusvarianten.

Im Rahmen der Covid-19-Impfstrategie vom 22. Juni 2021 halten das Bundesamt für Gesundheit und die Eidgenössische Kommission für Impffragen zudem fest, dass «die Elimination des Krankheitserregers [...] zum aktuellen Zeitpunkt nicht das Ziel der nationalen wie internationalen Impfprävention» sei. Als übergeordnete Ziele der Impfung werden stattdessen «die Verminderung der Krankheitslast insbesondere von schweren und tödlich verlaufenden Covid-19-Fällen», die «Sicherstellung der Gesundheitsversorgung» und «die Reduktion der negativen gesundheitlichen, psychischen, sozialen wie wirtschaftlichen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie» genannt.

Auch im Falle einer allgemeinen Impfpflicht wird nicht von einem Impfziel von 100 Prozent der Bevölkerung ausgegangen. So wird in den Erläuterungen zum österreichischen Gesetzesentwurf (siehe Kapitel 5) festgehalten, dass «die Angabe eines genauen Prozentwertes, mit dem eine ausreichende Reduktion des pandemischen Geschehens sichergestellt werden kann, aufgrund der sich laufend verändernden pandemischen Lage durch Virusvarianten nicht mit abschließender Sicherheit erfolgen kann». Als Ziel des Gesetzes wurde deshalb der Schutz des Gesundheitssystems vor Überlastung «insbesondere durch das Vermeiden von schweren Krankheitsverläufen, und auch die Reduktion der Gesamt-Viruslast in der Bevölkerung durch das Erreichen und Aufrechterhalten einer Durchimpfungsrate von über 90%» genannt. Daraus kann abgeleitet werden, dass die österreichische Regierung davon ausgeht, dass einerseits ein gewisser Prozentsatz von der Impfung ausgenommen ist bzw. ausgenommen werden wird und andererseits wohl auch ein gewisser Prozentsatz der Impfpflicht nicht nachkommen wird.

2.9 Zwischenfazit

Die in diesem Kapitel erfolgten Ausführungen zeigen unter anderem, i) dass die Pandemie eine Gefährdung für die öffentliche Gesundheit in Liechtenstein darstellt, ii) dass diverse sehr einschneidende Massnahmen zur Bekämpfung der Pandemie ergriffen wurden, iii) die hohe Bedeutung der Impfung für die Bekämpfung der Pandemie und damit Verminderung der Krankheitslast und Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, und iv) dass die Impfquote trotz zahlreicher Bemühungen nicht mehr stark ansteigt. Sie zeigen aber auch auf, i) dass in Liechtenstein die Massnahmen zur Bekämpfung der Pandemie insgesamt moderater ausfielen als in anderen europäischen Staaten, ii) dass die Zahl der derzeit laufend erfolgenden Erstimpfungen zwar gering ist, die Impfkampagne aber nicht gänzlich zum Stillstand gekommen ist, iii) dass die Impfung die Bevölkerung stark polarisiert und iv) dass angesichts neuer Virusvarianten die Impfempfehlung angepasst werden musste.

3 RECHTSHISTORISCHER ÜBERBLICK

Fragen nach der Rechtmässigkeit und Notwendigkeit einer Impfpflicht sind nicht neu. In der Geschichte gab es immer wieder Infektionskrankheiten, auf welche einzelne Staaten mit einer gezielten Impfstrategie reagierten. Dieses Kapitel gibt deshalb zu Beginn einen kurzen rechtshistorischen Überblick über die Impfpflicht mit Fokus auf die Staaten Liechtenstein, Schweiz sowie Österreich und Deutschland. Die Pocken sind dabei die erste Infektionskrankheit, von der sich die Menschheit durch eine Impfung zu schützen vermochte.⁵¹ Bereits wenige Jahre nach den ersten Impfversuchen durch *Edward Jenner* mit Kuhpockenviren 1796 wurde in verschiedenen europäischen Staaten ein gesetzlicher Impfwang gegen Pocken (Blattern) eingeführt.⁵² Das Kapitel schliesst mit begrifflichen Erläuterungen.

3.1 Liechtenstein

In Liechtenstein traf die Einführung der Impfpflicht gegen die Pocken 1812 wie auch andernorts teils auf den Widerstand der Bevölkerung, welche nur durch die Energie des Landvogtes *Josef Schuppler* und die Klugheit des Landarztes Dr. *Gebhard Schädler* umgesetzt werden konnte. Der Landvogt appellierte dabei an die Pflicht der Eltern, für die Gesundheit der Kinder besorgt zu sein, drohte mit dem verpflichtenden Befehl des Fürsten, schrieb vom geschuldeten Gehorsam der Untertanen gegen die Obrigkeit, versprach dem Volk die besten Folgen für die allgemeine Wohlfahrt und verwies auf die anderen Rheinbundstaaten, von denen die meisten die Impfung eingeführt hätten. Die Geistlichkeit wurde angehalten, von der Kanzel zu verkünden, es sei der fürstliche Wille, dass alle noch nicht den Pocken unterworfenen Menschen im ganzen Fürstentum geimpft würden. *Schädler* stiess allerdings in Triesenberg und Ruggell auf Widerstand, wo einige Frauen und Männer sich durch kräftige Ausfälle gegen die Obrigkeit hervortaten. Im Übrigen verlief die Durchführung der Impfungen in aller Ruhe und Ordnung. Die Pocken wurden dadurch eingedämmt und traten erst 1825 wieder auf.⁵³ Nach der liechtensteinischen Polizeiordnung von 1843⁵⁴ war jeder Ausbruch von «Menschenblattern» sogleich dem Oberamt anzuzeigen.⁵⁵

1874 verabschiedete der liechtensteinische Landtag ein Impfgesetz⁵⁶, nach welchem alle hierlands geborenen Kinder im ersten oder zweiten Lebensjahr der Schutzpockenimpfung zu unterziehen waren, wenn nicht ärztlich bescheinigte bedeutende Krankheitsumstände die Verschiebung der Impfung notwendig machten.⁵⁷ Alle auswärts geborenen Kinder, welche vor Vollendung

⁵¹ Dies sind: 1807 in Bayern, 1810 in Dänemark, 1811 in Norwegen, 1815 in Baden und Preussen und 1816 in Schweden. *Alfred Perrenoud*, Pocken, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), Version vom 27.12.2014 (<https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/007981/2014-12-27/>), abgerufen: 10.1.2022).

⁵² *Lorenz Langer*, Impfung und Impfwang zwischen persönlicher Freiheit und Schutz der öffentlichen Gesundheit, Zeitschrift für Schweizerisches Recht (ZSR) 2017, S. 87 (S. 91).

⁵³ *Georg Malin*, Die politische Geschichte des Fürstentums Liechtenstein in den Jahren 1800 – 1815, in: Jahrbuch des Historischen Vereins für das Fürstentum Liechtenstein, Bd. 53 (1953), S. 5–178, hier S. 119 f.

⁵⁴ Polizeiordnung vom 14.9.1843, LI LA Sg RV 1843 (https://e-archiv.li/files/1843_09_14_polizeiordnung.pdf), abgerufen: 10.1.2022).

⁵⁵ Ebd., § 33 Abs. 2.

⁵⁶ Impfgesetz vom 8.10.1874, LGBl. 1874 Nr. 4.

⁵⁷ Ebd., Art. 1 Bst. a.

des sechsten Lebensjahres nach Liechtenstein gebracht wurden, mussten innerhalb von sechs Monaten geimpft werden, sofern sie nicht schon geimpft waren oder sie nicht schon die «natürlichen Blattern» überstanden hatten.⁵⁸ Die gesetzlichen Vertreter, welche sich weigerten, die impfpflichtigen Kinder impfen zu lassen, wurden nach vorausgehender fruchtloser Ermahnung mit einer Geldstrafe von zwei bis zu zwanzig Gulden bestraft.⁵⁹ Abgesehen davon waren die betreffenden Kinder vom Landesphysikus zu impfen,⁶⁰ wobei die zwangsweise Impfung grundsätzlich auf Kosten der «Widersetzlichen» zu geschehen hatte.⁶¹ Dem Impfgesetz stimmten in der Landtagssitzung vom 27.7.1874 zwölf der anwesenden dreizehn Abgeordneten zu, lediglich der Abgeordnete *Ferdinand Walser* sprach sich in der Debatte gegen die Impfpflicht aus und enthielt sich bei der Abstimmung der Stimme.⁶²

Das Impfgesetz von 1874 und damit die obligatorische Pockenschutzimpfung wurde erst durch das Sanitätsgesetz von 1985⁶³ zum 1.3.1986 aufgehoben.⁶⁴ Die Gesetzesmaterialien begründeten dies damit, dass die Pockenimpfung längst nicht mehr aktuell war und der Gesetzesentwurf in Art. 11 Abs. 3 das Impfblogatorium ausschloss.⁶⁵ Für Massnahmen bei gemeingefährlichen Epidemien gelängen die Bestimmungen der schweizerischen Epidemiengesetzgebung zur Anwendung und für Sofortmassnahmen genügten die Kompetenzbestimmungen von Art. 4 Bst. d und Art. 6 Abs. 3 Bst. c der Gesetzesvorlage.⁶⁶ Ungeachtet der erwähnten Aufhebung wird das Impfgesetz von 1874 aber noch im Strafrechtsanpassungsgesetz von 1987⁶⁷ angeführt und es ist für die Übertretung nach Art. 5 des Impfgesetzes eine Busse bis zu 5000 Franken oder im Nichteinbringlichkeitsfall eine Freiheitsstrafe bis zu einem Monat vorgesehen – es handelt sich offenkundig um ein legislatives Versehen. Das Sanitätsgesetz 1985 wiederum wurde zum 1.2.2008 durch das Gesundheitsgesetz⁶⁸ aufgehoben.⁶⁹ Nach der geltenden Verordnung über die Schulgesundheitspflege⁷⁰ ist für Impfungen das Einverständnis der Eltern einzuholen.⁷¹

Formal nach wie vor in Kraft ist dagegen die Pockenimpfpflicht für Kinder nach den Art. 49 und 50 Abs. 1 des Einführungs-Gesetzes zum Zollvertrag von 1924⁷² samt der betreffenden Strafbe-

⁵⁸ Ebd., Art. 1 Bst. b.

⁵⁹ Ebd., Art. 5 Satz 1.

⁶⁰ Ebd., Art. 5 Satz 2.

⁶¹ Ebd., Art. 6 Abs. 3.

⁶² Protokoll der öffentlichen Landtagssitzung vom 27.7.1874 (https://e-archiv.li/files/LTP_1874_07_27.pdf, abgerufen: 10.1.2022).

⁶³ Gesetz vom 18.12.1985 über das Gesundheitswesen (Sanitätsgesetz), LGBl. 1986 Nr. 12.

⁶⁴ Ebd., Art. 64 Bst. b.

⁶⁵ Art. 11 Abs. 3 des Sanitätsgesetzes 1985 lautete: „Vorsorgemassnahmen, insbesondere öffentliche Impfungen, dürfen nicht zwangsweise durchgesetzt werden. Vorbehalten bleiben die besonderen Bestimmungen der Epidemiegesetzgebung.“ In der Landtagssitzung vom 18.12.1985 wurde die Gelegenheit zur Diskussion über Art. 11 der Gesetzesvorlage nicht genutzt und die Bestimmung bzw. die Vorlage in 2. Lesung bzw. in 3. Lesung einhellig angenommen. Siehe öffentliche Landtagsprotokolle 1985, S. 1174.

⁶⁶ BuA Nr. 45/1984, S. 38.

⁶⁷ Strafrechtsanpassungsgesetz (StRAG) vom 20.5.1987, LGBl. 1988 Nr. 38 (LR 311.1).

⁶⁸ Gesundheitsgesetz (GesG) vom 13.2.2007, LGBl. 2008 Nr. 30 (LR 811.01).

⁶⁹ Ebd., Art. 66 Bst. a.

⁷⁰ Verordnung vom 10.2.1981 über die Schulgesundheitspflege, LGBl. 1981 Nr. 27 (LR 419.101).

⁷¹ Ebd., Art. 6 Bst. a.

⁷² Einführungs-Gesetz vom 13.5.1924 zum Zollvertrag mit der Schweiz vom 29.3.1923 (EGZV), LGBl. 1924 Nr. 11 (LR 631.112.1).

stimmung in Art. 53 Abs. 1: «Eltern oder Elternstelle Vertretende, welche ihre Kinder oder Pflegebefohlenen hartnäckig und widersetzlich der Impfung entziehen, werden von der Regierung in eine Busse bis zu 50 Franken zu Gunsten des Armenfonds verfällt.» Vorbehalten bleibt das Verwaltungszwangsverfahren⁷³ bzw. die Zwangsimpfung, für welche Art. 128 Abs. 1 des Landesverwaltungspflegegesetzes⁷⁴ Folgendes vorsieht: «Die Duldung von Handlungen insbesondere, welche dem Verpflichteten gegenüber einer Behörde oder einer Partei obliegen, wird durch die Vornahme der zu duldenden Handlung unter dem Schutze der Vollstreckungsorgane zwangsweise bewirkt (z. B. Zwangsimpfung).» Allerdings werden die genannten seuchenrechtlichen Bestimmungen des Einführungs-Gesetzes zum Zollvertrag nicht mehr vollzogen und können als totes Recht bezeichnet werden.

3.2 Österreich und Deutschland

Keine Impfpflicht, sondern lediglich eine Impfempfehlung sah auf Geheiss von Kaiser *Franz II.* ein Dekret der österreichischen Vereinigten Hofkanzlei von 1801⁷⁵ an sämtliche Länderstellen vor:

«[...] will man doch wiederholt aufgetragen haben, dieses so heilsame und dem höchsten Landesfürsten zum Wohle seiner Unterthanen so sehr am Herzen liegende Unternehmen noch ferner zu befördern, die Aerzte und Wundärzte neuerdings aufzumuntern, und die Seelsorger und Obrigkeiten zur Verbreitung guter Grundsätze über diesen Gegenstand und Tilgung der Vorurtheile bestmöglichst anzueifern.»

Unter Kaiser *Ferdinand I.* schrieb ein Hofkanzleidekret von 1836⁷⁶ vor, dass «Ungeblatterte», welche kein Impffertifikat vorweisen konnten, kein Stipendium erlangen und in kein öffentliches unentgeltliches Erziehungsinstitut aufgenommen werden durften. Auch die Unterstützung durch Armeninstitute wurde davon abhängig gemacht, dass die Eltern Impfzeugnisse für ihre Kinder vorweisen konnten.⁷⁷ Die Zöglinge aller Waisenhäuser und staatlichen Versorgungsanstalten mussten gegen Pocken geimpft sein.⁷⁸ Über den Zweck der Pockenimpfung hiess es im Hofkanzleidekret:

«Sollte die Kuhpocken-Impfung das leisten, was durch selbe für die Menschheit bewirkt werden kann, d. i. grösstmögliche Verminderung, und endlich gänzliche Ausrottung der Kinderblattern; so muss selbe allgemein verbreitet sein. Dies kann nur geschehen, wenn [...] das Volk in Hinsicht derselben richtige Begriffe erlangt, und die Vortheile davon kennen lernt, wornach es nicht fehlen kann, dass die Kuhpocken-Impfung nicht allgemein Eingang finden sollte.»⁷⁹

Nach einem Hofkanzleidekret von 1840⁸⁰ hatten die in der neueren Zeit gemachten Erfahrungen dargetan, dass die

⁷³ Ebd., Art. 53 Abs. 4.

⁷⁴ Gesetz vom 21.4.1922 über die allgemeine Landesverwaltungspflege, LGBL 1922 Nr. 24 (LR 172.020).

⁷⁵ Wegen Einimpfung der Kuh- oder Schutzpocken, Hofkanzleidekret vom 1.7.1803, PGS 1803, Bd. Nr. 20, S. 1 f.

⁷⁶ Vorschrift über die Kuhpocken-Impfung in den k.k. Staaten, Hofkanzleidekret vom 9.7.1836, Z. 13.192, PGS 64, Bd. Nr. 105, S. 755 ff.

⁷⁷ Ebd., § 13 Bst. d.

⁷⁸ Ebd., § 13 Bst. e.

⁷⁹ Ebd., § 12.

⁸⁰ Einführung der Revaccination, zur lebenslänglichen Sicherung gegen die Menschenblattern, Hofkanzleidekret vom 30.7.1840, Z. 17.742, PGS 68, Bd. Nr. 93, S. 305 ff.

«Vaccine nicht jedermann lebenslänglich vor den Menschenblattern schütze[n]. Bey Erörterung der Frage, auf welche Weise die Disposition zur Blatternkrankheit durch die Vaccination am sichersten für die Lebenszeit getilget werden könne, wurde die Revaccination als das sicherste Mittel zum möglichsten Schutze der Geimpften bey Blattern-Epidemien anerkannt. Dieselbe wird daher bey dem Umstande, dass für diese Massregel mehrere Erfahrungen das Wort führen, bey Blattern-Epidemien allgemein angeordnet.»⁸¹

Durch zahlreiche spätere Verordnungen wurde die weitere Verbreitung der Schutzpockenimpfung in Österreich angestrebt. Ein Gesetz, nach welchem wie in Deutschland jedes Kind geimpft und nach einem bestimmten Zeitraum die Impfung wiederholt werden musste, existierte in Österreich (vorerst) nicht.⁸²

1874 wurde im deutschen Kaiserreich nach einer schweren Pockenepidemie ein Impfgesetz⁸³ verabschiedet, demzufolge alle Kinder im ersten wie im zwölften Lebensjahr gegen Pocken geimpft werden mussten. Eltern, Pflegeeltern und Vormünder, deren Kinder und Pflegebefohlenen ohne gesetzlichen Grund und trotz erfolgter amtlicher Aufforderung der Impfung (oder der ihr folgenden «Gestellung») entzogen geblieben waren, wurden mit Geldstrafen bis zu 50 Reichsmark oder mit Haft bis zu drei Tagen bestraft.⁸⁴ Ausnahmen vom Impfwang waren nur aus medizinischen Gründen vorgesehen. Um das Gesetz wurde im Reichstag heftig gerungen. Die Gegner beriefen sich auf die persönliche Freiheit und protestierten gegen die Staatsallmacht. Die Befürworter verwiesen darauf, dass der Staat die Pflicht habe, die Freiheit des Einzelnen einzuschränken, insoweit es das anerkannte Interesse der Allgemeinheit verlange.⁸⁵

Im Gefolge des «Anschlusses» Österreichs an das Deutsche Reich wurde dieses Gesetz 1939 auf die «Ostmark» ausgedehnt.⁸⁶ Auf Ende 1948 wurde in Österreich das nach Kriegsende zunächst weitergeltende deutsche Impfgesetz von 1874 aufgehoben bzw. durch ein neues Gesetz ersetzt,⁸⁷ das neuerlich einen Impfwang vorsah. Demnach war jedes Kind bis zum 31.12. des der Geburt nachfolgenden Kalenderjahres der Pockenimpfung zu unterziehen. Weiters war jedes Kind in dem Kalenderjahr zu impfen, in dem es das 12. Lebensjahr vollendete, wenn es eine öffentliche oder private Lehranstalt besuchte oder in einer Erziehungsanstalt untergebracht war. Ferner war der Impfung jede noch ungeimpfte Person vor Antritt eines pockengefährdeten Berufes oder eines Dienstes in pockengefährdeten Anstalten oder Betrieben zu unterziehen. Bei dieser Personen-

⁸¹ Ebd., S. 305.

⁸² *Wilhelm Prausnitz*, Volksseuchen (Epidemien, Infektionskrankheiten), in: Ernst Mischler, Josef Ulbrich (Hrsg.), Österreichisches Staatswörterbuch. Handbuch des gesamten österreichischen öffentlichen Rechtes², Bd. 4, Wien 1909, S. 843–847.

⁸³ Impfgesetz vom 8.4.1874, dt. RGBl. S. 31.

⁸⁴ Ebd., § 14 Abs. 2.

⁸⁵ *Langer*, Impfung (Fn. 52), S. 92.

⁸⁶ Kundmachung des Reichskommissars für die Wiedervereinigung Österreichs mit dem Deutschen Reich, wodurch die Verordnung zur Einführung reichsrechtlicher Vorschriften zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in der Ostmark vom 14.7.1939 bekanntgemacht wird, Gesetzblatt für das Land Österreich 1939/936. Beachte jedoch § 3 der genannten Verordnung betr. die Befreiung bestimmter Altersgruppen von der Impfpflicht.

⁸⁷ Bundesgesetz vom 30.6.1948 über Schutzimpfungen gegen Pocken (Blattern), BGBl. 1948/156 (§ 17 Abs. 1).

gruppe war die Impfung zudem alle fünf Jahr zu wiederholen. In einer Verordnung des Sozialministers von 1970⁸⁸ wurden die pockengefährdeten Berufe, Anstalten und Betriebe definiert.⁸⁹ Das genannte Gesetz von 1948 sah Geldstrafen bis zu 1000 Schilling oder Arrest bis zu 14 Tagen vor.⁹⁰ Nachdem der österreichische Gesetzgeber bereits für die Kalenderjahre 1977/78 und 1979/80 Ausnahmen von der Pockenimpfpflicht für Kinder vorgesehen hatte,⁹¹ wurde das Pockenimpfgesetz 1980 ersatzlos aufgehoben,⁹² als die WHO die Pocken in jenem Jahr für ausgerottet erklärte.⁹³ Von vornherein keine Impfpflicht bzw. keinen Impfwang sah der österreichische Gesetzgeber für die Schutzimpfung gegen Tuberkulose⁹⁴ und Kinderlähmung⁹⁵ vor. So hiess es etwa im Tuberkulosegesetz von 1949 ausdrücklich, dass die Anwendung der Schutzimpfung nur auf Grund freiwilliger Meldung des Impfwilligen, bei Minderjährigen und anderen nicht handlungsfähigen Personen nur nach vorheriger Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erfolgen dürfe.⁹⁶

3.3 Schweiz

Auf dem Gebiet der heutigen Schweiz schrieb Zürich 1836 die Pockenimpfung vor. Nach der Gründung des Bundesstaates 1848 folgten in den 1860er Jahren die Kantone Bern, Aargau, Basel-Stadt, St. Gallen, Thurgau und die Waadt.⁹⁷

Mit der totalrevidierten schweizerischen Bundesverfassung von 1874 wurde dem Bund ausdrücklich eine Gesetzgebungskompetenz für gemeingefährliche Epidemien eingeräumt. 1879 legte der Bundesrat der Bundesversammlung den Entwurf für ein Bundesgesetz zur Verhütung und Bekämpfung gemeingefährlicher Epidemien vor, der nach der parlamentarischen Beratung noch einen Impfwang für Kinder gegen Pocken vorsah. Bei Ausbruch der Pocken sollten auch Erwachsene zur (Re-)Vakzination gezwungen werden. Zuwiderhandlungen sollten mit Busse bis zu 1000 Franken und in schweren Fällen mit Haft bis zu sechs Monaten geahndet werden.⁹⁸ Gegen das Gesetz wurde umgehend das Referendum ergriffen und die Vorlage wurde deutlich mit 79 Prozent Nein-Stimmen abgelehnt. Lediglich im Kanton Neuenburg fand sich eine Mehrheit. Das revidierte Gesetz⁹⁹ erwähnte Impfungen überhaupt nicht mehr und trat ohne Referendum 1887 in Kraft.

⁸⁸ Verordnung des Bundesministers für soziale Verwaltung vom 23.7.1970 über pockengefährdete Berufe, Anstalten und Betriebe, BGBl. 1970/254.

⁸⁹ Als pockengefährdet waren die Impfstoffgewinnungsanstalt sowie Personen in bestimmten Abteilungen von Krankenanstalten, bestimmten Krankentransporteinheiten und bestimmten Desinfektionseinheiten anzusehen.

⁹⁰ § 16 Abs. 1 Allerdings bewirkte nach Abs. 2 die fristgerechte Nachholung des Versäumnisses Straffreiheit.

⁹¹ Bundesgesetz vom 24.3.1977 über Ausnahmen von der Impfpflicht gegen Pocken in den Kalenderjahren 1977 und 1978, BGBl. 1977/166; Bundesgesetz vom 8.11.1978 über Ausnahmen von der Impfpflicht gegen Pocken in den Kalenderjahren 1979 und 1980, BGBl. 1978/563.

⁹² Bundesgesetz 15.12.1980, mit dem das Bundesgesetz über Schutzimpfungen gegen Pocken (Blattern) aufgehoben wird, BGBl. 1980/583.

⁹³ *Perrenoud*, Pocken (Fn. 52).

⁹⁴ Bundesgesetz vom 23.2.1949 über Schutzimpfungen gegen Tuberkulose, BGBl. 1949/89.

⁹⁵ Bundesgesetz vom 28.11.1960 über öffentliche Schutzimpfungen gegen übertragbare Kinderlähmung, BGBl. 1960/244.

⁹⁶ § 2 Abs. 1.

⁹⁷ *Langer*, Impfung (Fn. 52), S. 92.

⁹⁸ *Langer*, Impfung (Fn. 52), S. 92 f.

⁹⁹ Bundesgesetz betreffend Massnahmen gegen gemeingefährliche Epidemien vom 2.7.1886.

1913 wurde die Bundeskompetenz zur Krankheitsbekämpfung ausgedehnt.¹⁰⁰ Unter dem Eindruck der Grippeepidemie von 1918/19 wurde der Bundesrat 1921 durch den neuen Art. 7 Abs. 3 des Epidemiengesetzes ermächtigt, besondere Massnahmen zu treffen, um die Verbreitung einer Epidemie im Inland zu verhindern, wenn ausserordentliche Umstände es erfordern. Gestützt auf diese Bestimmung ordnete der Bundesrat in den folgenden Jahren mehrfach landesweit Ad-hoc-Zwangsimpfungen an. So erliess der Bundesrat 1923 einen bussenbewehrten Impfwang für die Pockenimpfung,¹⁰¹ dessen Rechtmässigkeit 1924 vom Bundesgericht bejaht wurde.¹⁰²

«So erscheint die Zwangsimpfung bei ausserordentlichen Umständen als vorübergehende Massnahme im Gesetz begründet. Ob sie aber im einzelnen Falle als notwendige Massregel anzusehen sei, ist wiederum, wie die Vorinstanz mit Recht ausführt eine reine, nur von den Verwaltungsbehörden zu lösende Ermessens- und Sachverständigenfrage [...], und es geht nicht an [...], den Schulstreit der Impfanhänger und Impfgegner vor Gericht austragen zu lassen.»¹⁰³

Während des Zweiten Weltkrieges nutzte der Bundesrat Art. 7 Abs. 3 des Epidemiengesetzes erneut, um die Pockenimpfung für Säuglinge und Kinder schweizweit für obligatorisch zu erklären.¹⁰⁴

Da es sich bei der Gesetzgebungskompetenz des Bundes um eine konkurrierende Zuständigkeit handelte, blieb es den Kantonen unbenommen, selbst Impfvorschriften zu erlassen. Diese Kompetenz wurde im neuen Epidemiengesetz¹⁰⁵ von 1970 in Art. 23 explizit verankert. Vor allem in Bezug auf Polio (Kinderlähmung) und Diphtherie machten mehrere Kantone von dieser Möglichkeit Gebrauch. Eine Beschwerde, wonach die zwangsweise Diphtherieimpfung gegen das damals noch ungeschriebene Recht auf körperliche Integrität verstosse, wurde vom Bundesgericht 1973¹⁰⁶ abgewiesen.¹⁰⁷ Das Bundesgericht hielt in diesem Zusammenhang u.a. fest:

«Il est vrai que la vaccination n'a pas une efficacité absolue. Mais elle produit en règle générale des résultats positifs. En tant que mesure préventive, elle réduit le risque de contracter la diphtérie. Si un enfant contracte tout de même cette affection, le fait d'avoir été vacciné diminue sérieusement la probabilité d'en mourir. [...] La lutte contre ces épidémies de diphtérie par la vaccination préventive obligatoire constitue donc une mesure importante pour la sauvegarde de la santé publique et répond de ce point de vue à un intérêt public certain.»

Und weiter:

«[...] il faut rappeler que la vaccination contre la diphtérie est en général inoffensive et peu douloureuse. Même si elle devait laisser subsister une cicatrice insuffisamment résorbée, on ne pourrait encore parler d'atteinte grave à l'intégrité corporelle. Au demeurant, lorsqu'il y a

¹⁰⁰ Langer, *Impfung* (Fn. 52), S. 94.

¹⁰¹ Bundesratsbeschluss vom 23.4.1923, AS 39 109.

¹⁰² Kerstin N. Vokinger/Noah Rohner, *Impfobligatorium und Impfwang – eine staatsrechtliche Würdigung*, in: recht 2020, S. 257 (S. 258).

¹⁰³ BGE 50 I 334.

¹⁰⁴ Bundesratsbeschlüsse vom 12.6. und 30.4.1944, AS 60 403 und 558.

¹⁰⁵ Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 18.12.1970.

¹⁰⁶ BGE 99 Ia 747.

¹⁰⁷ Langer, *Impfung* (Fn. 52) S. 95.

une contre-indication médicale justifiée, l'autorité cantonale permet de déroger au principe de la vaccination obligatoire. Il s'agit donc d'une limitation tout à fait admissible de la liberté personnelle, laquelle n'est pas atteinte gravement dans sa substance. Il s'agit de plus d'une mesure adéquate, étant donné l'intérêt prépondérant que représente la sauvegarde de la santé publique.»¹⁰⁸

2012 erfolgte eine weitere Totalrevision des Epidemiengesetzes, wobei sich die Kompetenz zur Gesetzgebung des Bundes jetzt auf Art. 118 Abs. 2 Bst. b der Bundesverfassung stützt. In normalen Lagen können die Kantone nach Art. 22 des Epidemiengesetzes Impfbefugnisse anordnen, allerdings nur noch für gefährdete Bevölkerungsgruppen, besonders exponierte Personen sowie Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben. Dafür ist nach wie vor das Vorliegen einer erheblichen Gefahr notwendig. Sind die Voraussetzungen der besonderen Lage erfüllt, geht die Kompetenz zur Anordnung für Impfbefugnisse gemäss Art. 6 Abs. 1 iVm Abs. 2 Bst. d des Epidemiengesetzes auf den Bundesrat über; gleiches gilt für die ausserordentliche Lage nach Art. 7 des Epidemiengesetzes.¹⁰⁹

3.4 Begriffe Impfpflicht, Impfbefugnis und Impfbefugniszwang

Der Begriff Impfbefugnis wird als Schweizer Pendant zur Impfpflicht angesehen. Im Sprachgebrauch ist das Wort «Befugnis» gleichbedeutend mit «Verpflichtung», wodurch eine begriffliche Gleichsetzung als unproblematisch einzustufen ist. Im Unterschied dazu werden die Begriffe «Impfbefugniszwang» und «Impfpflicht» je nach Quelle voneinander abgegrenzt oder als Synonyme verwendet.

Die Abgrenzung der Begriffe ist vor allem vor dem Hintergrund der aufgeheizten politischen Debatte relevant. Der Duden definiert Zwang als die «Einwirkung von aussen auf jemanden unter Anwendung oder Androhung von Gewalt». Entsprechend überrascht es nicht, dass Impfgegner bevorzugt von Impfbefugniszwang sprechen und dabei die Anwendung von Gewalt bei der Durchsetzung einer Impfung suggerieren. In Teilen der rechtswissenschaftlichen Literatur ist mit Impfbefugniszwang jedoch nicht der unmittelbare physische Zwang, sondern sämtliche Verwaltungszwänge gemeint, welche die selbstbestimmte Entscheidungsfreiheit eines Individuums gegen eine Impfung übersteuern können. Sobald die Impfpflicht beispielsweise durch eine Bussenandrohung sanktioniert wird, wird sie demnach als Impfbefugniszwang qualifiziert. Diese Betrachtungsweise verwendet somit die Begriffe Impfpflicht und Impfbefugniszwang faktisch als Synonyme. Dabei wird vorausgesetzt, dass ein physischer Zwang zur Impfung in demokratischen Verfassungsstaaten ohnehin unzulässig ist.

In dieser Studie wird vor allem der Begriff der Impfpflicht verwendet. Allerdings ist auch bei der Verwendung des Begriffs Impfbefugniszwang nicht die Anwendung von unmittelbarem Zwang gemeint, sofern dies nicht explizit hervorgehoben wird.

¹⁰⁸ BGE 99 Ia 747, E. 3.b und 3.c.

¹⁰⁹ *Vokinger/Rohner*, Impfbefugnis (Fn. 102), S. 259.

4 AKTUELLE LAGE IN LIECHTENSTEIN, DER SCHWEIZ UND EUROPA

Das Kapitel gibt einen Überblick über die aktuelle Rechtslage in Liechtenstein. Im Anschluss erfolgt die Darstellung der Rechtslage in der Schweiz. Da sich Liechtenstein bei Massnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie eng an der Schweiz orientiert hat und deshalb die Entwicklungen in der Schweiz für Liechtenstein von besonderem Interesse sind, werden mit Blick auf die Schweiz auch die politischen Diskussionen kurz wiedergegeben. Das Kapitel schliesst mit einer Kurzdarstellung der Rechtslage in Europa.

4.1 Rechtslage in Liechtenstein

In Liechtenstein besteht gemäss geltendem Recht keine allgemeine Impfpflicht. Private Arbeitgeber und die öffentliche Hand dürfen aber ihren Angestellten insbesondere gestützt auf das in § 1173a Art. 7 Abs. 1 ABGB verankerte Weisungsrecht Vorgaben zum Schutz ihrer eigenen Gesundheit und zum Schutz der ihnen anvertrauten Menschen machen.¹¹⁰ Wenn dies nötig ist, z. B. weil die Arbeitnehmenden mit Kranken arbeiten oder Kinder betreuen, so stützen sich die entsprechenden Anweisungen auf arbeits- und dienstrechtliche Bestimmungen. Ebenso dürfen öffentlich und privat geführte Institutionen, in denen sehr viele Menschen oder Menschen mit einer fragilen Gesundheit zusammenkommen, verlangen, dass diese einen Impfschutz aufweisen. Solche Pflichten können insbesondere Heime und Anstalten wie Gefängnisse oder Einrichtungen zur Kinderbetreuung vorsehen. Im Zentrum der vorliegenden Studie steht jedoch eine Impfpflicht für die gesamte Bevölkerung oder zumindest für einen sehr grossen Teil der Bevölkerung (z. B. alle Erwachsenen, alle Personen über 65 Jahre), unabhängig davon, ob diese Personen beruflich, aufgrund ihrer Wohnsituation oder aus anderen Gründen besonders gefährdet sind, mit dem Coronavirus in Kontakt zu kommen.¹¹¹

Das geltende liechtensteinische Recht sieht, wie gesagt, keine Impfpflicht für die breite Bevölkerung vor. Gestützt auf den Zollvertrag mit der Schweiz (ZV)¹¹² gelangt jedoch in Liechtenstein das schweizerische Epidemienengesetz (EpG)¹¹³ zur Anwendung.¹¹⁴ Art. 22 EpG gibt den Kantonen das Recht, «Impfungen von gefährdeten Bevölkerungsgruppen, von besonders exponierten Personen und von Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben, für obligatorisch [zu] erklären, sofern eine erhebliche Gefahr besteht.» Gemäss Art. 6 ZV ist Liechtenstein den Kantonen gleichgestellt. Das

¹¹⁰ Siehe hierzu betreffend Art. 321d Abs. 1 OR z. B. *Roger Rudolph*, Pandemie und Impfblogatorium für das Gesundheitspersonal – dargestellt am Beispiel der Pandemischen Grippe H1N1 2009 («Schweinegrippe»), *Zeitschrift für Arbeitsrecht und Arbeitslosenversicherung (ARV)* 2010, S. 1 (S. 8 f.), sowie *Kurt Pärli/Jonas Eggmann*, Corona und die Arbeitswelt. Bestandsaufnahme und Würdigung der aktuellen Rechtslage, in: *Jusletter* 8. Februar 2021, Rz. 79.

¹¹¹ Eine Regelung im Zusammenhang mit der Impfung findet sich auch in der Verordnung vom 10. Februar 1981 über die Schulgesundheitspflege (LGBL. 1981 Nr. 27, LR 419.101). Demnach obliegt es dem Amtsarzt/der Amtsärztin die im Impfplan vorgeschriebenen Impfungen durchzuführen. Für die Impfung der Schülerinnen und Schüler ist das Einverständnis der Eltern einzuholen.

¹¹² Vertrag vom 29.3.1923 zwischen der Schweiz und Liechtenstein über den Anschluss des Fürstentums Liechtenstein an das schweizerische Zollgebiet, LGBL. 1923 Nr. 24 (LR 0.631.112).

¹¹³ Bundesgesetz vom 28.9.2010 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienengesetz, EpG) (SR 818.101).

¹¹⁴ Siehe die Kundmachung vom 21.12.2021, LGBL. 2021 Nr. 438 (LR 170.551.631). Die im Folgenden erwähnten Art. 22 EpG und Art. 6 EpG werden von der Geltung in Liechtenstein nicht ausgenommen.

heisst, dass Liechtenstein unmittelbar gestützt auf Art. 22 EpG Impfungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen für obligatorisch erklären darf. Nicht relevant ist für Liechtenstein demgegenüber Art. 6 Abs. 2 Bst. d EpG. Dieser sieht vor, dass der Bundesrat in einer besonderen Lage für die in Art. 22 EpG genannten Personengruppe Impfungen für obligatorisch erklären kann. Mit dieser Bestimmung erhält er Kompetenzen, über die er in normalen Situationen nicht verfügt. Sollte sich der Bundesrat in Zukunft auf Art. 6 Abs. 2 Bst. d EpG stützen und für einzelne Gruppen von Personen eine Impfpflicht vorsehen, würden diese für Liechtenstein keine Gültigkeit erlangen. Dasselbe würde für den Fall gelten, dass die Schweiz in einem Gesetz eine Impfpflicht für die gesamte Bevölkerung statuieren würde. Auch wenn es sinnvoll ist, dass sich Liechtenstein bei der Bekämpfung des Coronavirus an den Schweizer Regeln orientiert,¹¹⁵ so besteht doch keine Verpflichtung, Regeln zur Impfpflicht zu übernehmen.¹¹⁶

Das heisst: Möchte Liechtenstein ein Impfblogatorium, so müssen die zuständigen Behörden im Land aktiv werden. Würde eine Impfpflicht «nur» für einzelne kleinere Personengruppen anvisiert (eben für die in Art. 22 EpG genannten gefährdeten oder besonders exponierten Personen und/oder für Personen, die wegen ihres Berufes oder anderer Aufgaben gefährdet sind, andere Menschen gefährden oder dauernd einsatzfähig sein müssen¹¹⁷), so dient Art. 22 EpG als gesetzliche Grundlage. Für eine Impfpflicht dieser besonderen Personenkategorien würden folglich Regeln in einer Verordnung genügen.¹¹⁸ Von Seiten des Bundesrates wurde im Abstimmungskampf im Vorfeld der Abstimmung über das Covid-19-Gesetz ausgeführt, dass gestützt auf das Epidemienengesetz niemand gegen seinen Willen geimpft werden darf und medizinische Massnahmen nicht zwangsweise durchgesetzt werden dürfen.¹¹⁹ Dies wird auch in Art. 38 Abs. 3 EpV¹²⁰ wiederholt.

Wenn eine Impfpflicht für die Gesamtbevölkerung eingeführt werden soll, muss – weil sich weder im Schweizer Epidemienengesetz noch im Übrigen in Liechtenstein geltenden Recht eine gesetzliche Grundlage findet – ein neues Gesetz erlassen werden. Der Landtag muss regeln, wer zur Impfung verpflichtet ist, wie die Pflicht umgesetzt wird und welche Sanktionen gegenüber denjenigen Personen ergriffen werden, die sich trotz Pflicht nicht impfen lassen.

4.2 Diskussionen über die Impfpflicht in der Schweiz

Bei der Bekämpfung der Coronapandemie hat sich die liechtensteinische Regierung bisher stark an der Schweiz orientiert. So erfolgte beispielsweise die Zulassung der Impfstoffe über die Schweiz und auch beim Covid-Zertifikat orientiert sich Liechtenstein stark an der Schweiz. Die enge Anlehnung ist einerseits eine Folge des Zollvertrags und der damit verbundenen Geltung des

¹¹⁵ So auch StGH 2021/082, Erw. 3.5.

¹¹⁶ *Patricia M. Schiess Rütimann*, Der Zollvertrag und die Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus, in: Jusletter 4. Mai 2020, Rz. 33-36, abrufbar unter: <https://www.liechtenstein-institut.li/publikationen/schiess-ruetimann-patricia-m-2020-der-zollvertrag-und-die-massnahmen-zur-bekaempfung-des-coronavirus>.

¹¹⁷ Das Gesundheitspersonal gehört zu diesen Personengruppen: *Sarah Hack-Leoni/Petra Koller*, «Impfzwang» in der Pflege – eine Übersicht, *Pflegerecht* 2017, S. 233 ff. (S. 234).

¹¹⁸ Der Bundesrat sagte in seiner Botschaft zum EpG vom 3.12.2010 ausdrücklich, dass sich eine gestützt auf Art. 22 EpG erlassene Impfpflicht nur auf «bestimmte Personenkreise» erstrecken darf.

¹¹⁹ Siehe z. B. BBl 2011 S. 385 und 390.

¹²⁰ Verordnung vom 29.4.2015 über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Epidemienverordnung, EpV) (SR 818.101.1).

Schweizer Epidemiengesetzes in Liechtenstein. Sie kann aber auch generell als Ausdruck der engen (gesundheits-)politischen Zusammenarbeit zwischen den beiden Staaten betrachtet werden. Die enge Anlehnung an die Coronapolitik der Schweiz ist aber auch im ureigenen Interesse Liechtensteins, da Liechtenstein als Kleinststaat nur über beschränkte Ressourcen verfügt und mangels entsprechender Kapazitäten im Landesspital auch bei der Behandlung von mit dem Covid-19-Virus infizierten Personen auf die Zusammenarbeit mit Schweizer Gesundheitseinrichtungen angewiesen ist. Zumindest die politische Beurteilung der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht in Liechtenstein wird deshalb sehr stark von den entsprechenden Entwicklungen in der Schweiz abhängen.

Epidemiengesetz von 2013

Während Österreich in Kürze eine allgemeine Covid-19-Impfpflicht einführen wird, gibt es mit Blick auf die Schweiz derzeit wenig Anzeichen für die Einführung einer solchen. In der Schweiz scheiterte bereits im Jahr 1882 die Erlassung eines Epidemiengesetzes, das den Zwang zur Pockenimpfung beinhaltete. Bei der Niederlage obsiegten Argumente gegen eine Impfung, die bis heute Verwendung finden. Auch gegen den Erlass des heute geltenden Epidemiengesetzes wurde das Referendum ergriffen. Die Abstimmung fand im September 2013 statt. Die politische Debatte im Vorfeld der Abstimmung drehte sich vor allem um denjenigen Teilbereich des Gesetzes, welcher ein Impfblogatorium regeln. Trotz verbreiteter Skepsis fiel die Zustimmung zum Epidemiengesetz mit einem Ja-Stimmenanteil von 60 Prozent schliesslich verhältnismässig deutlich aus. Einzig in den vier Kantonen Uri, Schwyz, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden lehnte eine Mehrheit der Stimmbewölkerung das neue Gesetz ab.

Haltung politischer Parteien zur Impfpflicht

Die Impfpflicht gilt nach wie vor als ein Tabuthema in der Schweiz, weshalb die meisten Parteien auf einen klaren Positionsbezug verzichten. Klar gegen eine Covid-19-Impfpflicht positioniert sich die Schweizerische Volkspartei (SVP) mit dem Verweis auf das Recht der körperlichen Unversehrtheit. FDP-Präsident Thierry Burkart erachtet das Impfblogatorium wiederum aus praktischen Gründen als nicht umsetzbar. Der gleichen Argumentationsstruktur folgend ist laut Nationalrat Philipp Matthias Bregy, Fraktionschef der Mitte, die Impfpflicht der «völlig falsche Weg», welcher bei Parlament und Volk nicht umsetzbar wäre.¹²¹ SP-Co-Präsident Cédric Wermuth sagte zunächst, dass ein Impfblogatorium kurzfristig wenig bringe. Später forderte er allerdings «eine offene Debatte über Massnahmen wie 2-G oder eine Impfpflicht» und schliesst eine Impfpflicht nicht mehr kategorisch aus.¹²²

Auch der Bundesrat hat bisher nicht klar Stellung für oder gegen eine Impfpflicht bezogen. Gesundheitsminister Alain Berset betont die Freiwilligkeit der Impfung: «Wir haben immer gesagt: Bei uns ist die Impfung ein freiwilliger Akt, und das wollen wir respektieren».¹²³ Bundesrat Ignazio Cassis schliesst eine Impfpflicht zwar nicht explizit aus, erachtete sie Mitte Dezember 2021

¹²¹ NZZ vom 3.12.2021, Im Namen der Mehrheit ist nicht alles erlaubt. Eine Impfpflicht wäre deshalb falsch.

¹²² Tagesanzeiger vom 4.12.2021, SP-Chef rüttelt an den Tabus 2-G und Impfpflicht.

¹²³ srf.ch vom 5.1.2022, Kommt eine Impfpflicht auch in der Schweiz, Herr Berset?

aber als nicht zu rechtfertigen, unverhältnismässig und als massiven Eingriff in die persönliche Freiheit. Für ihn würde eine Impfpflicht erst im Falle stark steigender Todeszahlen als Ultima Ratio im Raum stehen.¹²⁴ Angesichts der in der Schweiz traditionell hohen Impfskepsis, der im europäischen Vergleich eher tiefen Impfquote sowie der im Vergleich zu den Nachbarstaaten der Schweiz eher milden Massnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie überrascht die Zurückhaltung in der Frage der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht in der Schweiz nicht. Ein Richtungswechsel ist kaum zu erwarten.

Haltung ausgewählter Akteure

Die Freiwilligkeit der Impfung wird ebenfalls in der aktuellen und offiziellen Covid-19-Impfstrategie der Schweiz betont. Darin klären das Bundesamt für Gesundheit und die Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) zunächst auf, dass die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht auf dem Verordnungsweg grundsätzlich ausgeschlossen ist. Gemäss Epidemien-gesetz können Bund und Kantone lediglich bei «gefährdeten Bevölkerungsgruppen und bestimmten Personen unter engen Voraussetzungen» ein Impfblogatorium einführen. Gemäss diesen Ausführungen affirmiert der Bund, dass er von einer solchen Impfpflicht dennoch absehe. Alle Personen sollen laut Impfstrategie eine gut informierte und persönliche Impfscheidung treffen können. Weiter sei es für eine hohe Impfsakzeptanz wichtig, dass die Impfung für alle Zielgruppen freiwillig ist.¹²⁵ Christoph Berger, Präsident der EKIF, bekräftigt dies und ergänzt, dass durch eine Impfpflicht zudem viel Vertrauen in den Staat verloren ginge und eine solche grosse langfristige Schäden hinsichtlich des gesellschaftlichen Zusammenhalts und des politischen Vertrauens nach sich ziehen würde. Er führt weiter aus: «Die Ekif ist der Meinung, dass eine solche Impfpflicht nicht infrage kommt – ausser es wurden zuvor schon alle anderen Massnahmen bis hin zum Lockdown erfolglos ausgeschöpft».¹²⁶

Zur selben Konklusion kommt die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK)¹²⁷. Sie spricht zwar von einer moralischen Verantwortung, sich impfen zu lassen, ist jedoch gegen die Einführung einer Impfpflicht. Geltendes Recht sowie ethische und pragmatische Überlegungen würden gegen ein allgemeines Impfblogatorium sprechen. Ein Impfblogatorium stelle einen schweren Eingriff in das Grundrecht der körperlichen Integrität und damit der persönlichen Freiheit dar. Jede Person besitze das Recht, eigene Gesundheitsrisiken einzugehen, und das Recht auf personale Selbstbestimmung. Auch das rechtlich zulässige Impfblogatorium für bestimmte Bevölkerungsgruppen und insbesondere für das Gesundheitspersonal ist laut NEK ethisch unverhältnismässig und wird abgelehnt. Eine solche Impfpflicht würde lediglich den Personal-mangel

¹²⁴ swissinfo.ch vom 16.12.2021, Cassis schliesst Impfpflicht wegen Corona nicht kategorisch aus.

¹²⁵ Bundesamt für Gesundheit und Eidgenössische Kommission für Impffragen 2021: S. 15.

¹²⁶ NZZ vom 4.12.2021, Die Schweiz ringt um die Impfpflicht. Nun zeichnet sich eine Volksabstimmung über ein Verbot ab.

¹²⁷ Die NEK ist ein unabhängiges Expertengremium und hat den Auftrag, «über den medizinischen Forschungsstand zu informieren, die sozialen Möglichkeiten und ethischen Probleme der Biotechnologien im humanmedizinischen Bereich zu erkennen und zu einer umfassenden ethischen Urteilsbildung beizutragen». Ihre Funktion ist es, die Politik in diesen Themenbereichen zu beraten (Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin 2021a).

im Gesundheitswesen verschärfen. Alternativ solle lieber ohne Zwang Überzeugungsarbeit geleistet werden¹²⁸.

Weitere Akteure und öffentliche Meinung

Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) «unterstützt die Position des BAG und der EKIF, wonach Impfungen für alle Zielgruppen freiwillig sein sollen, also auch für das Gesundheitspersonal».¹²⁹ Die Impfung sei eine persönliche Entscheidung und Abwägung. Laut SBK sei ein Impfblogatorium für das Gesundheitspersonal kontraproduktiv und ethisch fragwürdig. Ein solches Impfblogatorium würde die bereits überstrapazierten Gesundheitsfachpersonen zusätzlich belasten, mit der Folge, dass noch mehr Pflegende aus dem Beruf getrieben würden.

Die Frage nach einer Impfpflicht polarisiert auch die Bevölkerung. Gemäss einer Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Sotomo sprechen sich 57 Prozent im Oktober 2021 für eine Impfpflicht im Gesundheitswesen aus.¹³⁰ Eine knappe Mehrheit von 52 Prozent spricht sich gar für eine Impfpflicht für Lehrpersonen aus. Eine frühere Umfrage von LeeWas im April 2020 fragt nach der Befürwortung einer Impfpflicht und differenziert die Antwort nach demografischen Merkmalen.¹³¹ So befürworten 51 Prozent der Schweizerinnen und Schweizer klar eine Impfpflicht und 24 Prozent eher. Männer und über 65-Jährige befürworten eine Impfpflicht stärker als Frauen und unter 65-Jährige. Ferner wird eine Impfpflicht eher von Personen mit einem hohen Bildungsniveau unterstützt. Sympathisanten der Grünen Partei der Schweiz (GPS) oder der Schweizerischen Volkspartei (SVP) sind eher gegen ein Impfblogatorium. Die genannten Umfragen sind als Momentaufnahme zu verstehen, die Befragten hatten noch keine effektiven Kenntnisse über die Möglichkeiten zur konkreten Ausgestaltung einer solchen Impfpflicht. Angesichts der Tatsache, dass die Impfquote in der Schweiz gemessen an der Wohnbevölkerung bei über 60 Prozent liegt und bei den Stimmberechtigten noch deutlich höher, könnte die Einführung einer allgemeinen Covid-19-Impfpflicht dennoch durchaus mehrheitsfähig sein.

Am 16. Dezember 2021 wurde eine «Stopp Impfpflicht»-Initiative von der Freiheitlichen Bewegung Schweiz (FBS) eingereicht. Die Volksinitiative «Für Freiheit und körperliche Unversehrtheit» ist gegen eine mögliche Impfpflicht und verlangt eine entsprechende Abänderung der Bundesverfassung. So sollen «Eingriffe in die körperliche oder geistige Unversehrtheit einer Person deren Zustimmung bedürfen». Auch sollen Personen aufgrund der Ablehnung einer Impfung weder bestraft werden noch dürfen ihnen soziale oder berufliche Nachteile erwachsen.¹³² Die Volksinitiative hat gemäss Informationen der Initianten bereits genügend Unterschriften gesammelt,

¹²⁸ Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK), Die Covid-19-Impfung, Ethische Erwägungen zu Grundsatzfragen und spezifischen Anwendungsbereichen, Stellungnahme Nr. 37, Bern, 11. Februar 2021, abrufbar unter: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK-stellungnahme_CovidImpfung_DE.pdf.

¹²⁹ Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), 2021, Der SBK empfiehlt die Covid-Impfung, lehnt ein Obligatorium jedoch ab. Medienmitteilung vom 22. Juli 2021.

¹³⁰ Sotomo, 2021, SRG Corona-Umfrage. <https://sotomo.ch/site/wp-content/uploads/2021/10/9.-SRG-SSR-Corona-Umfrage-Sotomo.pdf>.

¹³¹ LeeWas, 2020, Bericht zur Corona-Umfrage der Tamedia Zeitungen und 20 Minuten. https://leewas.ch/wp-content/uploads/2020/04/LeeWas_Bericht_Corona.pdf

¹³² Swissinfo vom 29.9.2021, Initianten: Genug Unterschriften für Initiative gegen Impfpflicht.

welche jedoch noch in Auszählung sind. Mit einer Volksabstimmung über die Initiative ist aber wohl frühestens im Jahr 2023 zu rechnen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Debatte über die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht in der Schweiz im Vergleich zu ihren Nachbarstaaten nicht sehr weit fortgeschritten ist, was die traditionelle Impfskepsis in der Schweiz bestätigt. Entsprechend ist nicht davon auszugehen, dass eine solche Impfpflicht in naher Zukunft tatsächlich Realität wird. Bereits die Ausnutzung des im Epidemien-gesetz vorgesehenen Spielraums zu einer besonderen Impfpflicht für bestimmte Personengruppen ist derzeit nicht absehbar.

4.3 Regelungen in Europa

In verschiedenen Berichten internationaler Medien wird derzeit der Frage nachgegangen, in welchen Staaten welche Formen von Impfpflichten bestehen. Die nachfolgende Darstellung ist der Versuch einer Synthese aus diesen sich teils widersprechenden Medienberichten mit Stand 15. Januar 2022. Eine allgemeine Pflicht zur Impfung gegen Covid-19 wurde demnach aktuell weltweit lediglich in sieben Staaten angekündigt oder eingeführt. Innerhalb der Europäischen Union (EU) hat nur Österreich die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht geplant. In einigen Staaten ist eine altersbezogene Impfpflicht vorgesehen. So gilt in Italien seit dem 8. Januar 2022 für alle über 50-Jährigen eine Impfpflicht sowie in Griechenland ab dem 17. Januar 2022 für alle über 60-Jährigen. In Tschechien war eine solche Impfpflicht ab dem Frühjahr 2022 geplant, wurde inzwischen jedoch wieder verworfen. In diesen drei Ländern gilt überdies noch eine berufsbezogene Impfpflicht im Gesundheitsbereich. Weiter verbreitet sind hingegen berufsbezogene Impfpflichten, meist mit Bezug zum Gesundheitswesen (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Impfpflichten in europäischen Staaten

Art der Impfverpflichtung	Staaten
Keine Verpflichtung zur Covid-19-Impfung	Estland, Irland, Luxemburg, Portugal, Spanien, Zypern, Island, Norwegen, Liechtenstein, Schweiz, Schweden, Bulgarien, Niederlande, Rumänien, Malta
Berufsbezogene Impfpflicht Covid-19 (*angekündigt)	Frankreich, Lettland, Belgien, Slowenien, Italien, Griechenland, Tschechien, Deutschland, Ungarn, Slowakei, Kroatien, Dänemark, Litauen, Polen*, Finnland*
Altersbezogene Impfpflicht Covid-19 (*angekündigt)	Italien, Griechenland, Tschechien*
Allgemeine Impfpflicht Covid-19 (*angekündigt)	Österreich*
Andere Impfpflicht	Belgien, Bulgarien, Kroatien, Frankreich, Deutschland, Ungarn, Island, Italien, Malta, Polen, Slowakei, Slowenien

Anmerkung: Die Zusammenstellung stützt sich auf verschiedene Medienberichte (u. a. euronews; mdr.de und tageschau.de) sowie die Website wikipedia.org. Die Angaben wurden nicht speziell geprüft und sind deshalb mit Vorsicht zu geniessen.

Wie bereits im Kapitel 3 dargestellt, kam die Frage nach einer Impfpflicht nicht erst mit dem Covid-19-Virus auf. Obwohl verschiedene Staaten Impfpflichten gegen andere Krankheiten kennen, werden in der Fachliteratur nur wenige Urteile ausgewiesen, welche sich mit der Verhältnismässigkeit von Impfpflichten auseinandersetzen (siehe auch Kapitel 5.2 und 6).¹³³ Das bekannteste Urteil in diesem Zusammenhang erfolgte im Fall *Vavříčka*¹³⁴, in welchem der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) entschied, dass eine in Tschechien vorgesehene Impfpflicht für Kinder mit Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) (Achtung des Privatlebens und damit der körperlichen Unversehrtheit) grundsätzlich vereinbar ist. Das Urteil wurde in der Folge zur Begründung der allgemeinen Impfpflicht in Österreich herangezogen (siehe Kapitel 5.2).

In der politischen Debatte immer wieder aufgeworfen wird die Frage nach einer EU-weit gültigen Impfpflicht und inwieweit eine solche auch für das EWR-Mitglied Liechtenstein relevant wäre. In Gesundheitsfragen gibt es zwischen der EU und den Mitgliedstaaten nur in wenigen, in Art. 4 Abs. 1 iVm Art. 168 Abs. 4 AEUV abschliessend aufgezählten Bereichen eine geteilte Zuständigkeit. Für die Krankheitsprophylaxe einschliesslich Impfungen besteht eine bloss koordinierende und unterstützende Kompetenz der EU. Jegliche Harmonisierung der nationalen Rechtsvorschriften ist nach Art. 168 Abs. 5 AEUV ausdrücklich ausgeschlossen.¹³⁵ Deshalb hat die EU keine Gesetzgebungskompetenz für das Infektionsschutzrecht. Andere primärrechtliche Bestimmungen dürfen nicht als Rechtsgrundlage herangezogen werden, um den Harmonisierungsausschluss nach Art. 168 Abs. 5 AEUV zu umgehen.¹³⁶ Aufgrund der mangelnden unionalen Kompetenz erklärte sich der Europäische Gerichtshof 2014 in der Rechtssache C-459/13 in einem Vorlageverfahren zu einer Impfpflicht in der Slowakei denn auch für offensichtlich unzuständig.¹³⁷ Aufgrund dessen ist die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht auf der Ebene der EU derzeit ausgeschlossen und somit auch die Frage nach der EWR-Relevanz hinfällig.

4.4 Zwischenfazit

Die Analyse der aktuellen Rechtslage in Liechtenstein zeigt, dass eine Impfpflicht in Liechtenstein eine eigenständige gesetzliche Regelung benötigen würde. Dies gilt grundsätzlich auch für den Fall, dass die Schweiz eine allgemeine Impfpflicht einführen würde. Ein solcher Schritt ist derzeit aber nicht absehbar, da sich die meisten politischen Parteien, aber auch zentrale Akteure wie die

¹³³ Gemäss dem von der Europäischen Kommission unterstützten VENICE-Project (Vaccine European New Integrated Collaboration Effort) verfügten im Jahr 2010 13 der damals 30 EWR-Staaten zumindest über eine verpflichtende Impfung im Rahmen der nationalen Impfstrategie, wobei das Nichteinhalten der Impfpflicht ganz unterschiedlich sanktioniert wird. Haverkate M, D’Ancona F, Giambi C, Johansen K, Lopalco PL, Cozza V, Appelgren E, on behalf of the VENICE project gatekeepers and contact points. Mandatory and recommended vaccination in the EU, Iceland and Norway: results of the VENICE 2010 survey on the ways of implementing national vaccination programmes. Euro Surveill. 2012;17(22):pii=20183. Siehe auch: *Langer*, Impfung (Fn. 52) oder *Gerhard*, Impfpflicht, S. 33–42 (Fn. 52).

¹³⁴ EGMR (Grosse Kammer) *Vavříčka und andere v. Tschechische Republik*, Nr. 47621/13 (und fünf weitere), Urteil vom 8.4.2021, <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-209039>.

¹³⁵ *Langer*, Impfung (Fn. 52), S. 98.

¹³⁶ *Thorsten Kingreen*, Art. 168 AEUV Rz 15, in: Christian Callies/Matthias Ruffert (Hrsg.), EUV/AEUV. Das Verfassungsrecht der Europäischen Union mit Europäischer Grundrechtecharta⁶, München 2022.

¹³⁷ *Langer*, Impfung (Fn. 52), S. 98.

Nationale Ethikkommission und die Kommission für Impffragen bisher gegen die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht in der Schweiz ausgesprochen haben. Zwar ist auch in der EU eine allgemeine Impfpflicht bisher die grosse Ausnahme. Es lässt sich aber dennoch festhalten, dass die politischen Vorbehalte gegen eine Impfpflicht in der Schweiz wohl deutlich grösser sind als in den meisten EU-Staaten.

5 IMPFPFLICHT IN ÖSTERREICH

Als bisher einziger EU-Staat plant Österreich die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht. Ein erster Entwurf der Gesetzesvorlage wurde in Form eines Ministerialentwurfs Anfang Dezember 2021 in die Vernehmlassung gegeben. Unter der Berücksichtigung der eingegangenen Stellungnahmen wurde der Entwurf überarbeitet und am 17. Januar als Gesetzesvorlage veröffentlicht. Damit startete der parlamentarische Prozess, welcher eine Behandlung im Gesundheitsausschuss des Nationalrates, die Abstimmung im Plenum des Nationalrates, das parlamentarische Verfahren im Bundesrat sowie Unterschriften durch den Bundespräsidenten und den Bundeskanzler beinhaltet. In der bereits erfolgten Abstimmung im Nationalrat (20. Januar 2022) erhielt die Vorlage eine grosse Mehrheit. Dies soll aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Vorlage bei manchen Abgeordneten und auch in Teilen der Bevölkerung auf grossen Widerstand stösst. Im Folgenden werden der sehr detaillierte Ministerialentwurf und die für den Gesetzesentwurf erfolgten Änderungen beschrieben.

5.1 Der Inhalt des Ministerialentwurfes

Am 9. Dezember 2021 übermittelte das österreichische Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz dem Nationalrat den Entwurf eines Bundesgesetzes über die Impfpflicht gegen Covid-19 (Ministerialentwurf¹³⁸),¹³⁹ dessen Ziel die Steigerung der Durchimpfungsrate zur Verhinderung der weiteren Verbreitung des Coronavirus ist.¹⁴⁰

Nach § 1 Abs. 1 des Entwurfes haben sich Personen, die im Bundesgebiet einen Wohnsitz haben oder über eine Wohnsitzbestätigung¹⁴¹ verfügen und das 18. Lebensjahr vollendet haben, der Schutzimpfung gegen Covid-19 zu unterziehen. Darüber hinaus haben sich gemäss § 1 Abs. 2 auch Personen zwischen dem 14. und dem 18. Lebensjahr impfen zu lassen, sofern die erforderliche Entscheidungsfähigkeit nach § 173 ABGB¹⁴² vorliegt. In § 6 Abs. 1 des Entwurfes wird festgelegt, dass der für das Gesundheitswesen zuständige Minister erstmals am 15. Februar 2022 und dann in Abständen von drei Monaten jene Personen, hinsichtlich derer die Erfüllung der Impfpflicht nicht erhoben werden kann, zu ermitteln hat und diese darüber informieren muss, dass die Impfung fristgerecht nachzuholen ist (Erinnerungsschreiben).¹⁴³

Keine Impfpflicht besteht gemäss § 3 Abs. 1 für Schwangere (Ziff. 1), für Personen, die nicht ohne Gefahr für Leib und Leben geimpft werden können, sofern diese Gefahr nicht durch die Wahl des Impfstoffes durch den Impfpflichtigen begegnet werden kann (Ziff. 2), und für Personen, die eine bestätigte Infektion mit SARS-CoV-2 überstanden haben, für die Dauer von 180 Tagen ab dem Tag der Probeentnahme (Ziff. 3). Den Erläuterungen zum Ministerialentwurf zufolge liegt die Ausnahme nach § 3 Abs. 1 Ziff. 2 insbesondere vor, wenn Allergien gegen Inhaltsstoffe von Impfungen

¹³⁸ 164/ME XXVII. GP, abrufbar unter: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/ME/ME_00164/index.shtml.

¹³⁹ Zum überarbeiteten Gesetzesentwurf vom 17.1.2022 siehe nachfolgend.

¹⁴⁰ Erläuterungen – 164/ME XXVII. GP, S.1.

¹⁴¹ Die Wohnsitzbestätigung des § 19a des Meldegesetzes zielt auf unterstandslose Personen ab.

¹⁴² Nach § 173 Abs. 1 ABGB (idF BGBl. I 2017/59) kann das entscheidungsfähige Kind nur selbst Einwilligungen in medizinische Behandlungen erteilen. Bei mündigen Minderjährigen wird das Vorliegen dieser Entscheidungsfähigkeit vermutet.

¹⁴³ Erläuterungen – 164/ME XXVII. GP, S.10.

bestehen. Zudem gibt es Krankheitsbilder, die zur Folge haben, dass Personen vorübergehend oder dauerhaft nicht impfbar sind, z. B. bei schwerer Immunsuppression, beim akuten Schub einer Autoimmunerkrankung oder aufgrund von akuten Infektionskrankheiten. In den Erläuterungen wird ausserdem ausdrücklich klargestellt, dass der Ausnahmegrund der Gefährdung von Leben und Gesundheit auch die psychische Gesundheit mitumfasst.¹⁴⁴ Die Ausnahmegründe des § 3 Abs. 1 Ziff. 1 und 2 sind durch eine ärztliche Bestätigung eines Vertragsarztes oder eine Vertrags-Gruppenpraxis für Allgemeinmedizin, für ein internistisches Sonderfach, für Psychiatrie, für Haut- und Geschlechtskrankheiten, für Gynäkologie oder für Kinder- und Jugendheilkunde oder durch eine amtsärztliche Bestätigung nachzuweisen (§ 3 Abs. 3).

Die Schutzimpfung darf nach § 1 Abs. 3 des Entwurfes nicht durch die Ausübung unmittelbarer Befehls- und Zwangsgewalt durchgesetzt werden. Die Durchführung einer Schutzimpfung gegen Covid-19 kann auch nicht im Wege einer Beugestrafe erzwungen werden.¹⁴⁵ Wer jedoch am Impfstichtag und in weiterer Folge in Abständen von je drei Monaten der Verpflichtung zur Erst-, Zweit-, Dritt- oder einer weiteren Impfung nicht nachkommt, begeht nach § 7 Abs. 1 des Entwurfes eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe von bis zu 3600 Euro zu bestrafen. Wenn der Impfpflicht nachweislich nachgekommen wird, ist das Verfahren einzustellen (§ 7 Abs. 4). Gemäss § 8 Abs. 1 des Entwurfes kann die Bezirksverwaltungsbehörde in einem vereinfachten – von § 47 des Verwaltungsstrafgesetzes abweichenden – Verfahren durch Strafverfügung jeweils eine Geldstrafe bis zu 600 Euro festsetzen, um die mit der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht verbundenen Verfahren rasch und effizient bewältigen zu können.¹⁴⁶ Eine Umwandlung der Geldstrafe in eine Freiheitsstrafe findet auch im Falle der Uneinbringlichkeit nicht statt (§ 7 Abs. I.1 letzter Satz, § 8 Abs. 1 letzter Satz). In § 7 Abs. 5 wird die Ausstellung von ärztlichen Gutachten, die unter Missachtung des Standes der Wissenschaft erstellt worden sind, unter Strafe gestellt. Hierdurch soll die Ausstellung von Gefälligkeitsgutachten verhindert werden.¹⁴⁷

Als eine Besonderheit kann § 11 des Entwurfes gelten, wonach Verordnungen gemäss § 3 Abs. 6¹⁴⁸ und § 4 Abs. 7¹⁴⁹ des Einvernehmens mit dem Hauptausschuss des Nationalrates bedürfen (vgl. Art. 55 Abs. 4 des Bundes-Verfassungsgesetzes). Das Bundesgesetz soll im Übrigen mit Ablauf des 31.1.2024 ausser Kraft treten (§ 12 Abs. 1). Die zeitlich begrenzte Geltung soll insbesondere dem mit diesem Gesetz verbundenen Grundrechtseingriff Rechnung tragen.¹⁵⁰

¹⁴⁴ Erläuterungen – 164/ME XXVII. GP, S. 5 f.

¹⁴⁵ Erläuterungen – 164/ME XXVII. GP, S. 4.

¹⁴⁶ Erläuterungen – 164/ME XXVII. GP, S. 11.

¹⁴⁷ Erläuterungen – 164/ME XXVII. GP, S. 11.

¹⁴⁸ Bei den Ausnahmen von der Impfpflicht kann der Gesundheitsminister im Falle einer Änderung der Rechtslage hinsichtlich der Zulassung von Impfstoffen oder einer Änderung des Standes der Wissenschaft, insbesondere hinsichtlich der Weiterverbreitung durch bestimmte Personengruppen, abweichende Regelungen erlassen, sofern dies zum Schutz der öffentlichen Gesundheit erforderlich ist. Dabei können neue Ausnahmen geschaffen und – eingeschränkt – bestehende Ausnahmen gestrichen oder im Hinblick auf Voraussetzungen oder Dauer geändert werden.

¹⁴⁹ Im Fall einer Änderung der Rechtslage hinsichtlich der zentral zugelassenen Impfstoffe oder einer Änderung des Standes der Wissenschaft hinsichtlich der Impfindervalle, der anerkannten Impfstoffe oder der erforderlichen Anzahl der Impfungen kann der Gesundheitsminister abweichende Regelungen erlassen, sofern dies zum Schutz der öffentlichen Gesundheit erforderlich ist. Durch Verordnung des Gesundheitsministers können auch Vorgaben hinsichtlich der Kombination von Impfstoffen festgelegt werden.

¹⁵⁰ Erläuterungen – 164/ME XXVII. GP, S. 12.

Was allfällige Nebenwirkungen der Impfstoffe gegen Covid-19 betrifft, unterliegen Schäden unabhängig davon, ob im konkreten Fall Rechtswidrigkeit und Verschulden gegeben sind, der Haftung des Bundes nach § 1b des Impfschadengesetzes, BGBl. 1973/371 idF BGBl. 1991/278, iVm § 1 Ziff. 1 der Verordnung über empfohlene Impfungen, BGBl. II 2006/526 idF BGBl. II 2020/577.¹⁵¹

Die Einreise aus dem Ausland kann weiterhin nach § 25 des österreichischen Epidemiegesetzes, BGBl. 1950/186 idF BGBl. I 2021/183, beschränkt werden (siehe die COVID-19-Einreiseverordnung 2021, BGBl. II 2021/276 idF BGBl. II 2021/589). Hierdurch können Personen, die sich nicht dauerhaft in Österreich aufhalten, wie etwa Berufspendler und Tagespendler, ebenfalls geeigneten Schutzmassnahmen unterworfen werden, um die Verbreitung von SARS-CoV-2 zu unterbinden.¹⁵²

5.2 Die Grundrechtsfrage aus der Sicht des österreichischen Sozial- und Gesundheitsministeriums

Den Erläuterungen zum Ministerialentwurf ist zu entnehmen, dass die gesetzliche Festlegung einer Impfpflicht primär an Art. 8 EMRK – also dem Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens – zu messen sei.¹⁵³ Der Schutzzweck des Art. 8 Abs. 1 EMRK gewährleiste auch den Schutz der physischen und psychischen Integrität des Einzelnen und erfasse daher auch die freie Entscheidung, ob man sich einer medizinischen Behandlung unterziehen wolle oder nicht. Das verfassungsgesetzlich gewährleistete Recht auf Achtung des Privatlebens sei jedoch nicht absolut geschützt, sondern sei aufgrund des Gesetzesvorbehaltes in Art. 8 Abs. 2 EMRK einer Einschränkung zum Schutz anderer Rechtsgüter zugänglich. In diesem Sinne erachte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) Eingriffe in Art. 8 EMRK aufgrund einer Impfpflicht unter bestimmten Voraussetzungen als gerechtfertigt und habe in der Rechtssachen *Solomakhin*¹⁵⁴ und *Vavříčka*¹⁵⁵ die Grundrechtskonformität einer verhältnismässig ausgestalteten Impfpflicht ausgesprochen.

Eingriffe in Art. 8 EMRK seien gerechtfertigt, wenn sie gesetzlich vorgesehen und in einer demokratischen Gesellschaft zur Erreichung eines der in Art. 8 Abs. 2 EMRK genannten Ziele notwendig seien. Die Notwendigkeit sei anzunehmen, wenn einem dringenden sozialen Bedürfnis entsprochen werde, wobei jedenfalls auf die Schwere der Krankheit, die Infektiosität und die Gefahr für die Öffentlichkeit abzustellen sei. Der bisherige Verlauf der Pandemie habe die Gefahren für die Öffentlichkeit einschliesslich bereits mehrfach drohender Überlastungen des Gesundheitssystems deutlich vor Augen geführt. Die vorgeschriebene Impfpflicht diene legitimen Zielen des Art. 8 Abs. 2 EMRK, nämlich dem Schutz der Gesundheit und dem Schutz der Rechte anderer. Mit einer möglichst hohen Durchimpfungsrate würden Personen geschützt, die eine Impfung aus medizinischen Gründen nicht in Anspruch nehmen könnten. Dem Schutz der öffentlichen Gesundheit diene

¹⁵¹ Vgl. Erläuterungen – 164/ME XXVII. GP, S. 3.

¹⁵² Vgl. Erläuterungen – 164/ME XXVII. GP, S. 3.

¹⁵³ Zu den folgenden Ausführungen siehe: Erläuterungen – 164/ME XXVII. GP, S. 1 ff.

¹⁵⁴ EGMR *Solomakhin v. Ukraine*, Nr. 24429/03, Urteil vom 15.3.2012, <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-109565>.

¹⁵⁵ EGMR (Grosse Kammer) *Vavříčka und andere v. Tschechische Republik*, Nr. 47621/13 (und fünf weitere), Urteil vom 8.4.2021, <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-209039>.

das Gesetz insofern, als geimpfte Personen einem deutlich geringeren Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs ausgesetzt seien und die Letalität drastisch reduziert werde. Dies und die aufgrund einer hohen Durchimpfungsrate insgesamt verringerte Verbreitung von Covid-19 diene dem Schutz der Gesundheitsinfrastruktur, den der Verfassungsgerichtshof in seiner mit Erkenntnis vom 14. Juli 2020, V 411/2020, beginnenden Judikatur als legitimes Schutzziel anerkannt habe.

Für die Beurteilung der Frage, ob eine Impfpflicht zur Erreichung des Ziels des Gesundheitsschutzes und des Schutzes der Rechte anderer geeignet sei, sei ausschlaggebend, inwiefern sich eine solche auf die Bekämpfung der jeweiligen Krankheit beim Einzelnen und bei der Gesamtbevölkerung bzw. auf den Schutz vulnerabler Gruppen auswirke. Impfungen trügen auf der Ebene der öffentlichen Gesundheit wesentlich zum Rückgang der Sterblichkeit bei. Der durch die Impfungen hervorgerufene Schutz umfasse nicht nur den Individual-, sondern auch den Kollektivschutz, da auch die Übertragung von Krankheitserregern von Geimpften auf Ungeimpfte verringert werde. Dieser Gemeinschaftsschutz könne zur Reduktion des Infektionsgeschehens von SARS-CoV-2 massgeblich beitragen.

Im Rahmen der Prüfung der Erforderlichkeit der Massnahme sei zentral, ob dasselbe Ergebnis durch gelindere Mittel wie Aufklärungsmassnahmen erreicht werden könne. So erachte es der EGMR im Fall *Vavříčka* als massgeblich, ob blosser Empfehlungen ausreichen würden, um einen angemessenen Schutz der Bevölkerung gegen Infektionskrankheiten zu gewährleisten. Wie das aktuelle Infektionsgeschehen zeige, seien die erreichten Durchimpfungsraten nicht ausreichend, um die Infektionslage nachhaltig zu stabilisieren. Angesichts der derzeitigen Impfraten und der langsamen Steigerung der Durchimpfungsrate seit Juli 2021 sei das baldige Erreichen der notwendigen Durchimpfungsrate für eine Kehrtwende unter Weiterführung derzeit bestehender Massnahmen zur Steigerung der Impfbereitschaft wenig wahrscheinlich. Ziel des Gesetzes sei die Reduktion der Viruszirkulation durch Erreichen und Aufrechterhalten einer Durchimpfungsrate von über 90 Prozent.

Im Zuge der Prüfung der Angemessenheit müsse eine Abwägung privater und öffentlicher Interessen vorgenommen werden. Dem EGMR komme es dabei auf einen fairen Ausgleich zwischen den Interessen des Einzelnen und den Belangen der Gemeinschaft an, wobei dem Staat ein Ermessensspielraum zukomme. In diesem Zusammenhang habe der EGMR im Fall *Vavříčka* auf das Gebot der gesellschaftlichen Solidarität gegenüber besonders verwundbaren und nur durch eine Herdenimmunität zu schützenden Personen hingewiesen.

In den jeweiligen Zulassungsstudien seien die Sicherheit und die Effektivität der EU-weit zugelassenen Impfstoffe, vor allem gegen schwere Covid-19-Erkrankungen, gezeigt worden. Die Daten seien seitens der Zulassungsbehörden detailliert geprüft worden. In Österreich erhobene Daten zeigten dasselbe Bild. Dies unterstreiche die Relevanz der Verabreichung einer ersten Impfserie bestehend aus mindestens zwei Impfungen gefolgt von mindestens einer weiteren Impfung. Sowohl die Angemessenheit als auch die die Geeignetheit gelinderer Mittel seien aber an der jeweiligen epidemiologischen Situation zu messen, sodass im Vorfeld der in Aussicht genommenen Beschlussfassung des Bundesgesetzes eine erneute Beurteilung der Lage stattzufinden habe.

5.3 Ausgewählte Stellungnahmen aus dem Begutachtungsverfahren

Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens zum Ministerialentwurf, das am 10. Januar 2022 endete, gingen über 106'000 [!] Stellungnahmen beim Nationalrat ein.¹⁵⁶ Hier sei nur auf einige ausgewählte institutionelle Stellungnahmen eingegangen:

Die Vereinigung österreichischer Richterinnen und Richter befasst sich in ihrer Stellungnahme¹⁵⁷ insbesondere mit den verfassungsrechtlichen Aspekten des Gesetzesvorhabens. Es wird u.a. kritisiert, dass den Erläuterungen zum Ministerialentwurf zur grundrechtlichen Kernfrage der Verhältnismässigkeit nur eine oberflächliche Auseinandersetzung mit möglichen gelinderen Mitteln wie etwa eine beschränkte Impfpflicht für gefährdete Altersgruppen, sonstige Risikogruppen, Personen mit besonderen Vorerkrankungen oder individuellen Risikofaktoren und/oder bestimmten Berufsgruppen wie Krankenhaus- und Pflegepersonal zu entnehmen sei. Es sei klarzustellen, warum die Impfpflicht wirklich Ultima Ratio sei, um das erklärte Ziel, nämlich den Schutz der öffentlichen Gesundheit, zu erreichen. Im Rahmen der Erforderlichkeitsprüfung finde sich lediglich der Hinweis auf die Durchführung konkret aufgezählter Aufklärungsmassnahmen als gelinderes Mittel. Zur angestrebten Reduktion des Infektionsgeschehens seien keine konkreten Ziele definiert. Das Ende der Impfpflicht sei somit trotz Befristung weder definierbar noch absehbar. Das Ergebnis der grundrechtlichen Verhältnismässigkeitsprüfung sei aber ständig zu überprüfen und vor dem Hintergrund neuer epidemiologischer Entwicklungen zu rechtfertigen. Würden die Impfstoffe durch Virusmutationen weitgehend, auch gegen schwere Verläufe, unwirksam, oder wäre das Virus in seinem krankmachenden Effekt deutlich abgeschwächt, so könnte das Ergebnis der Verhältnismässigkeitsprüfung auch gegen eine Impfpflicht sprechen. Ferner wird moniert, dass die Erläuterungen auf den aktuellen medizinischen Wissensstand nur sehr cursorisch eingehen würden. Selbstredend könne die grundrechtliche Abklärung immer nur auf dem jeweils aktuellen und gesicherten Stand des medizinischen Wissens aufbauen und müsse sich auf diesen verlassen. Allerdings sollten die wissenschaftlichen Grundlagen nachvollziehbar offengelegt werden.

Der Österreichische Rechtsanwaltskammertag begrüsst in seiner Stellungnahme¹⁵⁸, dass die Impfung nicht im Weg der unmittelbaren behördlichen Befehls- und Zwangsgewalt durchgesetzt werden soll. Die gewaltsame Durchsetzung der Impfung wäre ein direkter Verstoss gegen Art. 3 EMRK und aus der Sicht des Rechtsanwaltskammertages absolut unzulässig. Zudem wird begrüsst, dass das Gesetz mit Ablauf des 31.1.2024 ausser Kraft treten soll. Dessen ungeachtet sei eine inhaltliche Festlegung erforderlich, ab welcher Durchimpfungsrate die Impfpflicht nicht mehr erforderlich wäre. Zu fordern sei eine entsprechende gesetzliche Festlegung oder zumindest Bestimmbarkeit der erforderlichen Durchimpfungsrate, widrigenfalls davon auszugehen sei, dass die gesetzliche Regelung nicht den vom EGMR aufgestellten Kriterien der Transparenz und Nachvollziehbarkeit entspreche. Dem Gesetzgeber sei im Rahmen des erforderlichen Ermessensspielraumes zuzugestehen, dass es Umstände geben könne, wonach Massnahmen gesetzt werden müssten, auch wenn

¹⁵⁶ https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVII/ME/ME_00164/index.shtml#tab-Stellungnahmen (abgerufen: 12.1.2022).

¹⁵⁷ Stellungnahme der Vereinigung österreichischer Richterinnen und Richter vom 10.1.2022, 104638/SN-164/ME.

¹⁵⁸ Stellungnahme des Österreichischen Rechtsanwaltskammertages vom 10.1.2022, 102849/SN-164/ME.

deren Auswirkungen noch nicht verlässlich beurteilt werden könnten. Im Fall der Virusmutation «Omikron» könne eine derartige Situation vorliegen. Ganz besondere Bedeutung komme daher in einer solchen Situation der transparenten Veröffentlichung des Datenmaterials und der Expertenmeinungen sowie einem breiten öffentlichen Diskurs zu. Der Rechtsanwaltskammertag hinterfragt, ob bei den verwaltungsstrafrechtlichen Sanktionen, die bei vier Stichtagen pro Jahr insgesamt 14'400 Euro betragen könnten, noch von einer masshaltenden Sanktion im Sinne der Entscheidung des EGMR im Fall *Vavříčka* gesprochen werden könne. Moniert wird auch, dass der Entwurf keine Festlegungen über die Auswirkungen der Verletzung der Impfpflicht in anderen Rechtsbereichen enthalte. Denkbar wären Auswirkungen, dass bei Krankheitsverläufen, die ohne die Verletzung der Impfpflicht nicht eingetreten wären, eine Regressverpflichtung gegenüber dem Krankenversicherungsträger für die aufgelaufenen Behandlungskosten entstehen würde. Nach Auffassung des Rechtsanwaltskammertages sollte der Gesetzgeber diese Fragestellungen nicht der Auslegung und der Rechtsprechung überlassen, sondern klare Regelungen schaffen. Schliesslich hält der Rechtsanwaltskammertag fest, dass für die Unterscheidung in Vertragsärzte und Nicht-Vertragsärzte bei der Bescheinigung eines Ausnahmetatbestandes keine Notwendigkeit bestehe und diese Unterscheidung sachlich auch nicht gerechtfertigt sei. In Österreich bestehe das Recht auf freie Arztwahl nach § 47a Abs. 3 letzter Satz des Ärztegesetzes. Abschliessend wird angemerkt, dass die Einführung einer Impfpflicht grundsätzlich zulässig sei, der gegenwärtige Entwurf jedoch in verschiedenen Punkten überdacht und nachgeschärft werden sollte. Im Hinblick auf die aktuellen Diskussionen rund um die technische Durchsetzbarkeit vertritt der Rechtsanwaltskammertag die Meinung, dass eine solche Massnahme mit dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens jedenfalls auch faktisch durchführbar sein müsse.

Eine ganz andere Problematik reisst das Präsidium des Verwaltungsgerichtshofes in seiner Stellungnahme¹⁵⁹ an. Da im übermittelten Entwurf für die Jahre 2022 bis 2024 von insgesamt 144'000 zusätzlichen Gerichtsverfahren ausgegangen werde,¹⁶⁰ resultiere daraus ein zusätzlicher Anfall von Revisionsverfahren im Ausmass von rund 13'000 Fällen beim Verwaltungsgerichtshof, deren Verfahrenskosten budgetär abzudecken wären.

5.4 Der überarbeitete Gesetzesentwurf

Der Ministerialentwurf vom 9. Dezember 2021 wurde vom österreichischen Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz im Gefolge des Begutachtungsverfahrens in zahlreichen Punkten überarbeitet oder ergänzt. Es soll gemäss dem Gesetzesentwurf vom 17. Januar 2022 grundsätzlich bei der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht in Österreich bleiben, von der nun allerdings Personen zwischen dem 14. und dem 18. Lebensjahr nicht mehr erfasst sind.¹⁶¹ Wenngleich hohe Durchimpfungsraten in allen Altersgruppen ab fünf Jahren aus medizinischer Sicht empfohlen seien, liege doch im Zusammenhang mit der Omikron-Variante der Fokus

¹⁵⁹ Stellungnahme des Präsidiums des Verwaltungsgerichtshofes vom 5.1.2022, 76069/SN-164/ME.

¹⁶⁰ Vgl. dazu im Einzelnen: Vorblatt und wirkungsorientierte Folgenabschätzung, 164/ME XXVII. GP.

¹⁶¹ <https://www.sozialministerium.at/Corona-Schutzimpfung/Impfpflicht/Gesetzesentwurf.html>, abgerufen: 17.1.2022.

der Impfpflicht in erster Linie auf der Vermeidung von Hospitalisierungen, schweren Krankheitsverläufen und Todesfällen, welche in dieser Altersgruppe zahlenmässig sehr gering seien. Aus diesem Grund werde von einer Impfpflicht für diese Altersgruppe abgesehen.¹⁶²

Nach § 4 Abs. 1 des Gesetzesentwurfes erfüllt die Impfpflicht, wer nach dem 15. März 2022 über einen gültigen Impfstatus verfügt. In § 1 Abs. 2 des Entwurfes wird ausdrücklich klargestellt, dass die Impfung nicht durch unmittelbaren Zwang durchgesetzt werden darf. Die Erläuternden Bemerkungen zur Vorlage führen dazu aus, dass die Durchführung einer Schutzimpfung gegen Covid-19 weder durch die Ausübung unmittelbarer Befehls- und Zwangsgewalt noch durch die Anwendung unmittelbaren Zwanges gemäss § 7 des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes erzwungen werden könne. Die Erfüllung der Impfpflicht werde im Übrigen – anders als die Vollstreckung der nach diesem Gesetz verhängten Geldstrafen – nicht im Wege des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes vollstreckt, insbesondere auch nicht im Wege einer Beugestrafe.¹⁶³

Ausgenommen von der Impfpflicht sind insbesondere Personen, bei denen eine Impfung aus medizinischen Gründen nicht indiziert ist. Bei § 3 Abs. 1 Ziff. 2 Bst a des Entwurfes müsse es sich um eine konkrete, individuelle Gefährdung handeln, die in den Eigenschaften der betroffenen Person wurzle, die abstrakte Gefahr einer Schädigung reiche nicht aus. Damit wird den Erläuterungen zufolge klargestellt, dass die allgemeinen und die jeder Impfung inhärenten Risiken einer Impfung von diesem Ausnahmegrund erfasst werden.¹⁶⁴ Der Ausnahmegrund werde durch den Gesetzestext nicht auf die körperliche Gesundheit eingeschränkt. Aber die Frage, ob auch die psychische Gesundheit zu berücksichtigen sei, sei eine ausschliesslich fachliche Frage nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft, die auf Verordnungsstufe geregelt werde.¹⁶⁵ Im Entwurf findet sich nunmehr auch eine eigene Ausnahmebestimmungen für sogenannte Non-Responder (§ 3 Abs. 1 Ziff. 2 Bst. b und c). Es handelt sich dabei um Personen, bei denen aus medizinischen Gründen eine Immunantwort nicht zu erwarten ist oder die Impfung kein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis aufweist, weil sie nach mehrmaliger Impfung keine oder nicht ausreichende Antikörper gebildet haben.¹⁶⁶ § 3 Abs. 4 des Entwurfes sieht eine dahingehende Mitwirkungspflicht des Patienten für die Ausstellung einer Bestätigung durch Amtsärzte oder Epidemieärzte vor, dass die zur Beurteilung eines Ausnahmegrundes erforderlichen Unterlagen von diesem beizubringen sind. Im Rahmen der Ausstellung der Bestätigung gemäss § 3 Abs. 3 erfolge eine Plausibilitätskontrolle, aber kein neuer Befund. Damit sei die freie Arztwahl im niedergelassenen Bereich als erste Anlaufstelle sichergestellt. Die Neueinholung von Bestätigungen sei nicht erforderlich, vielmehr sollten die bestehenden Befunde und Gutachten vorgelegt werden können. § 3 Abs. 4 letzter Satz des Entwurfes sieht eine Sonderregelung für Schwangere vor.¹⁶⁷

Neu ist in § 7 des Entwurfes ein Datenqualitätsmanagement zur Entgegennahme von Informationen und Beschwerden im Zusammenhang mit Fehlern im zentralen Impfregeister und im Register

¹⁶² Ebd., S. 15.

¹⁶³ Ebd., S. 15.

¹⁶⁴ Ebd., S. 16.

¹⁶⁵ Ebd., S. 17.

¹⁶⁶ Ebd., S. 16.

¹⁶⁷ Ebd., S. 17.

anzeigepflichtiger Krankheiten (EMS) vorgesehen. Die im zentralen Impfregister gespeicherten Daten bilden die Grundlage für die Beurteilung, ob eine Person ihrer Impfverpflichtung nachgekommen ist oder nicht. Erfahrungen aus dem bisherigen Pilotbetrieb des eImpfpasses hätten gezeigt, dass bei der Dokumentation von Impfungen im zentralen Impfregister Fehler passieren könnten. Nicht alle Fehler könnten dabei durch eine Plausibilitätsprüfung bei der Erfassung von Impfungen abgefangen werden.¹⁶⁸

Der vorliegende Entwurf sieht ein automationsunterstütztes Verfahren zum Zweck der Ermittlung der impfpflichtigen Personen zu bestimmten Stichtagen vor. Diese erfolgt einerseits zur Versendung von Erinnerungsschreiben (Erinnerungsstichtage), andererseits zeitlich nachgelagert zum Zweck der Durchführung eines Verwaltungsstrafverfahrens (Impfstichtage). Die Festlegung dieser Stichtage hängt von der technischen Verfügbarkeit des automatisierten Datenabgleichs ab. Da dieser Zeitpunkt noch nicht feststeht, sieht § 9 des Entwurfes eine entsprechende Verordnungsermächtigung der Bundesregierung vor. Bis dahin erfolgt die Kontrolle der Einhaltung der Impfpflicht durch die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes. In den Erläuterungen wird eigens festgehalten, dass der Versand oder der Erhalt eines Erinnerungsschreibens keine Voraussetzung für die Strafbarkeit darstelle.¹⁶⁹

Nach § 10 ist verwaltungsbehördlich strafbar, wer die Impfpflicht nicht erfüllt. Die Nichterfüllung der Impfpflicht ist den Erläuterungen zufolge als Dauerdelikt ausgestaltet, sodass nach der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes eine Bestrafung für unterschiedliche Zeiträume ohne Verstoss gegen das Doppelbestrafungsverbot möglich sei. Um der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) im Fall *Vavříčka* zu entsprechen, sei die Zahl der zulässigen Bestrafungen beschränkt. Neben der Beschränkung des automatisierten Verfahrens auf bestimmte Stichtage sehe § 11 Abs. 1 für Verfahren, die nicht aufgrund eines Datenabgleichs gemäss § 6 geführt werden, vor, dass diese höchstens vier Mal pro Kalenderjahr zu einer Bestrafung führen dürften.¹⁷⁰ Gemäss § 10 Abs. 2 ist bei der Bemessung der Geldstrafe auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse und allfällige Sorgepflichten des Beschuldigten Bedacht zu nehmen, wodurch der Norminhalt des § 19 Abs. 2 des Verwaltungsstrafgesetzes wiederholt wird. Nach dem Strafaufhebungsgrund der tätigen Reue in § 10 Abs. 3 entfällt die Strafbarkeit, wenn die Impfpflicht innerhalb von zwei Wochen nach Zustellung einer Impfstrafverfügung oder für den Fall, dass die Bezirksverwaltungsbehörde nicht mittels Impfstrafverfügung vorgeht, nach einer Aufforderung gemäss § 40 Abs. 2 des Verwaltungsstrafgesetzes nachweislich nachgeholt wird. Kein eigener Tatbestand wird für das Fälschen von Nachweisen statuiert, da derartige Handlungen unter § 293 StGB fallen. Impfpärzte, die entgegen der ärztrechtlichen Verpflichtung zur gewissenhaften ärztlichen Beratung oder Behandlung handeln, können unbeschadet der disziplinarrechtlichen Folgen strafrechtlich belangt werden.¹⁷¹ In Bezug auf Sachverhalte, die sich vor dem vorgesehenen Ausserkrafttreten des Gesetzes mit Ablauf des 31.1.2024 ereignet hätten, seien die Verwaltungsstrafverfahren nach diesem Gesetz weiterzuführen. Das Günstigkeitsprinzip gemäss

¹⁶⁸ Ebd., S. 25.

¹⁶⁹ Ebd., S. 26.

¹⁷⁰ Ebd., S. 26.

¹⁷¹ Ebd., S. 27.

§ 1 Abs. 2 des Verwaltungsstrafgesetzes gelte in diesen Fällen nicht, da das Unwerturteil aufrecht bleibe.¹⁷²

§ 11 des Entwurfes trifft spezielle Verfahrensregelungen. Die Einführung eines vereinfachten Verfahrens stelle nicht nur eine Massnahme zur Entlastung der Verwaltungsbehörden dar, sondern sei unerlässlich, um eine effektive Vollziehung der im Zusammenhang mit der Impfpflicht stehenden Strafverfahren und damit die Erfüllung des Gesetzeszweckes, der im Schutz der öffentlichen Gesundheit durch Erreichung einer hohen Durchimpfungsrate bestehe, zu gewährleisten. Sonderbestimmungen sollen gemäss § 13 des Entwurfes auch für das Verfahren vor den Verwaltungsgerichten geschaffen werden. Angesichts der zu erwartenden Versuche, die Verwaltungsgerichtsbarkeit durch Massenverfahren zu unterlaufen, seien die vorgesehenen Abweichungen geradezu geboten. Dies solle insbesondere durch die Verlängerung der Verjährungsfrist sichergestellt werden, um der zu erwartenden vorübergehenden höheren Belastung der Verwaltungsgerichte Rechnung zu tragen. Der vorgesehene § 13 Abs. 1 ermächtige das Verwaltungsgericht, unter gewissen Voraussetzungen von der Durchführung einer öffentlichen mündlichen Verhandlung abzusehen. Der Entfall der Verhandlung sei in diesen Fällen auch dann möglich, wenn der Beschwerdeführer die Durchführung der Verhandlung beantrage.¹⁷³ Ein spezieller Strafeinstellungsgrund soll in § 13 Abs. 3 des Entwurfes verankert werden: Sind seit dem Einlangen einer rechtzeitig eingebrachten und zulässigen Beschwerde des Beschuldigten gegen ein Straferkenntnis bei der Behörde 24 Monate vergangen, so tritt es von Gesetzes wegen ausser Kraft und das Verfahren ist einzustellen.

Neu ist auch das in § 19 des Gesetzesentwurfes vorgesehene begleitende Monitoring der Impfpflicht durch eine beim Bundeskanzleramt einzurichtende Kommission aus juristischen und medizinischen Experten mit periodischen Berichten an den Nationalrat, den Gesundheitsminister und die Bundesregierung.

5.5 Zwischenfazit

Österreich nimmt mit der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht eine Sonderstellung unter den europäischen Staaten ein. Inwieweit es damit ein Vorbild für Liechtenstein sein kann, ist eine politische Frage. Ausser Frage steht, dass angesichts der starken Anlehnung des liechtensteini-schen Rechts an österreichisches Recht in den Bereichen Verfahrens- und Strafrecht die österreichische Regelung im Falle einer Einführung einer allgemeinen Impfpflicht in Liechtenstein als Vorlage dienen könnte. Umso wichtiger ist es, zu beobachten, wie die Umsetzung der Gesetzesvorlage verläuft und inwieweit das Gesetz seine Ziele erreicht.

¹⁷² Ebd., S. 29.

¹⁷³ Ebd., S. 28.

6 GRUNDRECHTLICHE FRAGESTELLUNGEN IM ZUSAMMENHANG MIT EINER ALLGEMEINEN IMPFPFLICHT

Seit dem Ausbruch der Coronapandemie waren zu deren Bekämpfung wiederholt gewisse Einschränkungen der Grundrechte nötig. Auch die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht würde einen Eingriff in die Grundrechte darstellen und bedürfte deshalb einer besonderen Prüfung.

6.1 Die tangierten Grundrechte

Es steht ausser Frage, dass eine zwangsweise Impfung den Schutzbereich zumindest des Rechts auf körperliche und geistige Integrität, auf Privatsphäre und Familienleben sowie der Glaubens- und Gewissensfreiheit tangiert. Bei Impfvorschriften, die sich auf bestimmte Berufsgruppen beschränken, könnte zusätzlich die Handels- und Gewerbefreiheit betroffen sein.¹⁷⁴ Die folgenden Ausführungen legen den Fokus auf Art. 8 und 9 EMRK, weil dies die Grundrechte sind, auf die der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) seine Rechtsprechung zur Impfpflicht stützt.¹⁷⁵ Die folgenden Ausführungen stellen die völkerrechtlichen Aspekte in den Vordergrund, weil die Gesetzgebung Liechtensteins die Vorgaben der EMRK und der weiteren von Liechtenstein ratifizierten menschenrechtlichen Abkommen zu respektieren hat.

Primär tangiert von der Einführung einer Impfpflicht wäre Art. 8 EMRK. Das Recht auf Schutz des Privat- und Familienlebens erstreckt sich auch auf medizinische Behandlungen. Eine medizinische Behandlung ohne Einverständnis des Betroffenen ist nur unter den Voraussetzungen des Art. 8 Abs. 2 EMRK zulässig, selbst wenn die Behandlung *lege artis* durchgeführt wird. Der Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten wird auch von den Liechtensteiner Gerichten betont.¹⁷⁶ Bereits die gerichtliche Anordnung einer ärztlichen Untersuchung, insbesondere einer psychologischen oder psychiatrischen Untersuchung, zur Feststellung der Schuld- oder Prozessfähigkeit stellt gemäss EGMR einen Eingriff in Art. 8 EMRK dar, der nach Abs. 2 gerechtfertigt sein muss, um einen gerechten Ausgleich zwischen den Rechten des Einzelnen und den Interessen der Rechtspflege herzustellen. Auch der Zwang zu einem Drogentest kann aus Gründen der öffentlichen Sicherheit gerechtfertigt sein. Die zwangsweise Abnahme von Blut- oder Speichelproben ist ebenfalls ein Eingriff in das Recht gemäss Art. 8 Abs. 1 EMRK und nur unter den Voraussetzungen des Abs. 2 zulässig, auch wenn es sich nur um einen geringfügigen Eingriff handelt.¹⁷⁷ Staatlicher Zwang wird bereits dann angenommen, wenn die medizinische Behandlung ohne die freie, informierte und ausdrückliche Zustimmung des Betroffenen erfolgt. Auch die staatlich angeordnete Zwangsernährung oder die Verabreichung von Diamorphin an ein schwerstkrankes, behindertes Kind gegen den ausdrücklichen Willen der Mutter stellt einen Eingriff in die physische Integrität

¹⁷⁴ Vgl. *Langer*, Impfung (Fn. 52), S. 102.

¹⁷⁵ Mit Blick auf die liechtensteinische Verfassung ist insbesondere Art. 32 Abs. 1 und die darin verankerte Freiheit der Person zu erwähnen (siehe hierzu *Marzell Beck*; *Andreas Kley*, Freiheit der Person, Hausrecht sowie Brief- und Schriftengeheimnis. In: Andreas Kley und Klaus A. Vallender (Hg.): Grundrechtspraxis in Liechtenstein. Schaan: Verlag der Liechtensteinischen Akademischen Gesellschaft (LPS, Bd. 52), S. 131–146.

¹⁷⁶ Siehe OGH 08 CG.2010.136, Urteil vom 3.5.2013, wiedergegeben auch im Sachverhalt von StGH 2013/094.

¹⁷⁷ *Jens Meyer-Ladewig*; *Martin Nettesheim*, In: Jens Meyer-Ladewig/Martin Nettesheim/Stefan von Raumer (Hrsg.), EMRK. Europäische Menschenrechtskonvention. Handkommentar⁴, Baden-Baden 2017, Art. 8 Rz 13 und 15.

dar, ferner die verpflichtende Untersuchung auf Tuberkulose bei Kindern.¹⁷⁸ Allerdings gilt es in Erinnerung zu rufen, dass es bei einer Impfung nicht um eine Heilbehandlung geht, die – nicht nur gemäss liechtensteinischem Recht¹⁷⁹ – abgelehnt werden darf, sondern um einen Akt, mit dem nicht nur (und nicht einmal in erster Linie) die Erkrankung der geimpften Person verhindert werden soll, sondern die Weiterverbreitung des Virus und damit die Ansteckung von anderen Menschen. Gestützt auf Art. 18n Abs. 1 Bst. a Sozialhilfegesetz¹⁸⁰ dürfen gegenüber Menschen mit einer psychischen Störung medizinische Massnahmen auch ohne deren Zustimmung vorgenommen werden, «wenn das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet ist». Auch wenn die Situation von Menschen, die sich nicht freiwillig impfen lassen, nicht eins zu eins vergleichbar ist mit den Ausnahmesituationen, in denen das SHG eine Zwangsbehandlung zulässt, so zeigt dies doch, dass unter bestimmten Voraussetzungen bereits unter geltendem Recht massiv in die körperliche Integrität eines Menschen eingegriffen werden darf.

Die Europäische Kommission für Menschenrechte wertete 1998 in der Rechtssache *Carlo Boffa* den Impfzwang für Kinder gegen Hepatitis B in San Marino als einen – allerdings gerechtfertigten – Eingriff in Art. 8 Abs. 1 EMRK:

«The Commission has already found that a requirement to undergo medical treatment or a vaccination, on pain of a penalty, may amount to interference with the right to respect for private life [...]. It remains to be examined whether such an interference is compatible with paragraph 2 of Article 8 of the Convention. In this regard, the Commission must establish whether the interference permitted under the San Marinese legislation in issue is inspired by one or more of the legitimate aims referred to in paragraph 2 and is necessary in a democratic society. The Commission considers that, as regards the aim of the contested legislation, the interference is based on the need to protect the health of the public and of the persons concerned, and so is justified. It must now be examined whether the interference in the applicant's private life is «necessary in a democratic society». According to the case-law of the Court, the notion of necessity implies that the interference corresponds to a pressing social need and, in particular, that it is proportionate to the legitimate aim pursued. However, the domestic authorities enjoy a certain margin of appreciation, the extent of which depends, not only on the aim of, but also on the form taken by, the interference [...]. The Commission notes, first, that the applicant has not demonstrated a probability that, in the particular case of his child, the relevant vaccine would cause serious problems. Further, the Commission considers that a vaccination campaign such as exists in most countries, which obliges the individual to defer to the general interest and not to endanger the health of others where his own life is not in danger, does not go beyond the margin of appreciation left to the State [...]. Having regard to these factors, the Commission considers that the interference of which the applicant complains is proportionate to the aim pursued and may be deemed necessary in a democratic society for the protection

¹⁷⁸ Christoph Grabenwarter/Katharina Pabel, Europäische Menschenrechtskonvention. Ein Studienbuch⁷, München 2021, S. 311.

¹⁷⁹ Siehe insbesondere Art. 4 Patientenverfügungsgesetz (PatVG) vom 13.4.2011, LGBL. 2011 Nr. 209 (LR 212.331).

¹⁸⁰ Sozialhilfegesetz (SHG) vom 15.11.1984, LGBL. 1985 Nr. 17 (LR 851.0).

of health as referred to in paragraph 2 of Article 8 of the Convention. It follows that this complaint is manifestly ill-founded and must be rejected under Article 27 para 2 of the Convention.»¹⁸¹

In ähnlicher Weise äusserte sich der EGMR 2012 in der Rechtssache *Sergey D. Solomakhin* zu einer offenbar ohne ausdrückliche Zustimmung des Betroffenen erfolgten Diphtherieimpfung und verneinte eine Verletzung von Art. 8 EMRK:

«In the Court's opinion the interference with the applicant's physical integrity could be said to be justified by the public health considerations and necessity to control the spreading of infectious diseases in the region. Furthermore, according to the domestic court's findings, the medical staff had checked his suitability for vaccination prior to carrying out the vaccination, which suggest that necessary precautions had been taken to ensure that the medical intervention would not be to the applicant's detriment to the extent that would upset the balance of interests between the applicant's personal integrity and the public interest of protection health of the population. [...]. In view of the above considerations, the Court finds no violation of Article 8 of the Convention in the present case.»¹⁸²

In der richtungsweisenden Rechtssache *Vavříčka* gegen Tschechien¹⁸³ entschied der EGMR 2021, dass die Verhängung von Geldbussen gegen die Eltern ungeimpfter Kinder zulässig sei. In Tschechien gilt eine gesetzliche Impfpflicht gegen neun Kinderkrankheiten wie Masern, Röteln und Mumps. Die Grosse Kammer des EGMR erachtete die Impfpflicht zwar als einen Eingriff in das Recht auf Privatleben nach Art. 8 EMRK, die tschechische Regelung, deren Ziel es sei, Kinder vor Krankheiten und einem ernsthaften gesundheitlichen Risiko zu schützen, sei aber insgesamt angemessen. Der österreichische Ministerialentwurf vom 9. Dezember 2021 stützt sich in seiner Argumentation zur Konventionsmässigkeit einer Covid-19-Impfpflicht massgeblich auf die Urteile in den Rechtssachen *Solomakhin* und *Vavříčka*.¹⁸⁴

Im Fall *Vavříčka* verneinte der EGMR zudem eine Verletzung von Art. 9 EMRK,¹⁸⁵ welcher die Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit garantiert. Es wurde an die Entscheidung der Europäischen Kommission für Menschenrechte im Fall *Boffa*¹⁸⁶ erinnert, wonach die in Art. 9 EMRK geschützte «Ausübung» nicht alle Handlungen umfasst, die durch die religiöse Überzeugung bedingt sind, zumal die Impfvorschriften für alle gleichermassen und unabhängig von Religion oder persönlicher Überzeugung gelten. Diese Argumentation vermag freilich nicht restlos zu überzeugen. Gerade das Beispiel der von den Zeugen Jehovas verweigerten Bluttransfusionen zeigt, dass die Haltung zu medizinischen Behandlungen von religiösen Überzeugungen determiniert sein kann. Mehrere protestantische Gruppierungen lehnen Impfungen ab, weil für Heilungen nur auf Gott

¹⁸¹ EGMR *Carlo Boffa* und 13 andere v. San Marino, Nr. 26536/95, EKMR, 15.1998, S. 34 f.

¹⁸² EGMR *Solomakhin* v. Ukraine, Nr. 24429/03, Urteil vom 24.9.2012, Rz. 36 und 39.

¹⁸³ Case of *Vavříčka* (Fn. 155), Rz. 330 ff. Vgl. auch die Pressemitteilung des EGMR vom 8.4.2021, abrufbar unter: <https://hudoc.echr.coe.int/eng-press#%22fulltext%22:%22vaccination%22>].

¹⁸⁴ 164/ME XXVII. GP, Erläuterungen, S. 1 ff.

¹⁸⁵ Case of *Vavříčka* (Fn. 155), Rz. 330 ff.

¹⁸⁶ Siehe Fn. 181.

vertraut werden sollte, und manche Katholiken lehnen Impfstoffe ab, die unter Verwendung fötaler Gewebe hergestellt werden.¹⁸⁷ Ferner lehnen manche orthodoxe Juden Impfungen aus religiösen Gründen ab. Gesetzliche Ausnahmen aus Gewissens- oder Religionsgründen könnten daher im Kontext eines Impfblogatoriums angezeigt sein,¹⁸⁸ wobei eine Interessenabwägung vorzunehmen wäre, wie StGH 2014/039 am Beispiel verschiedener Aspekte der allgemeinen Schulpflicht illustriert.

6.2 Zur Zulässigkeit von Grundrechtsbeschränkungen

Die spezifischen Vorgaben in Art. 8 Abs. 2 und Art. 9 Abs. 2 EMRK regeln die Voraussetzungen für Einschränkungen des Rechts auf körperliche und geistige Integrität, auf Privatsphäre und auf Glaubens- und Gewissensfreiheit. Die Rechtsprechung zu diesen zwei Absätzen ist sehr ähnlich. Der EGMR verwendet in seiner ständigen Judikatur die Formel: Der Eingriff in das Recht verstösst gegen die EMRK, es sei denn, er ist «gesetzlich vorgesehen», verfolgt eines oder mehrere der in Abs. 2 genannten berechtigten Ziele und ist «in einer demokratischen Gesellschaft notwendig», um diese Ziele zu erreichen.¹⁸⁹ Notwendig ist zunächst, dass der Eingriff eine ausreichende gesetzliche Grundlage im staatlichen Recht hat, wobei der Begriff des Gesetzes in Art. 8 Abs. 2 EMRK im materiellen Sinn zu verstehen ist.¹⁹⁰ Ferner wird ein legitimer Eingriffszweck bzw. ein legitimes öffentliches Interesse verlangt, ausserdem muss der Eingriff verhältnismässig sein. Die Verhältnismässigkeit lässt sich weiter in die Eignung und die Erforderlichkeit einer staatlichen Massnahme sowie in deren Zumutbarkeit (Verhältnismässigkeit im engeren Sinne) unterteilen.¹⁹¹

6.3 Eine genügende gesetzliche Grundlage

Da für die Impfpflicht ein Gesetz im formellen Sinn geschaffen werden soll, stellen sich hinsichtlich dieses Erfordernisses keine Probleme. Insbesondere der Kreis der Personen, die zur Impfung verpflichtet sind, und die Sanktionen, die gegenüber Impfpflichtigen, fehlbaren Ärzten, die Gefälligkeitsgutachten ausstellen etc., zur Anwendung gelangen, sind im Gesetz und nicht lediglich in einer Verordnung festzuhalten.

6.4 Das öffentliche Interesse und die Rechte Dritter

In der schweizerischen, französischen und der sonstigen Judikatur der europäischen Staaten¹⁹² wurde bisher stets die Ansicht vertreten, dass eine Impfpflicht mit der öffentlichen Gesundheit nicht nur ein öffentliches Interesse schütze, sondern auch verhältnismässig sei. Daraus darf aber nicht abgeleitet werden, dass jeglicher Impfwang durch ein öffentliches Interesse gedeckt ist. Es muss vielmehr stets nach den Umständen der einzelnen Konstellation differenziert werden. Die

¹⁸⁷ Langer, Impfung (Fn. 5252), S. 100 f.

¹⁸⁸ Vgl. Case of *Vavříčka* (Fn. 155), Rz. 334, unter Verweis auf das tschechische Verfassungsgericht. Eine Gewissensklausel kannte bereits das englische Impfgesetz von 1898. Vgl. Langer, Impfung (Fn. 52), S. 91 f.

¹⁸⁹ Meyer-Ladewig/Nettesheim, EMRK (Fn. 177), Art. 8 Rz 101.

¹⁹⁰ Meyer-Ladewig/Nettesheim, EMRK (Fn. 177), Art. 8 Rz 102.

¹⁹¹ Langer, Impfung (Fn. 52), S. 102 f.

¹⁹² Z. B. BGE 99 Ia 747; Verwaltungsgericht St. Gallen, GVP 2006 Nr. 1; Conseil Constitutionnel, no. 2015-458 QPC. Vgl. auch die rechtsvergleichende Darstellung der einschlägigen verfassungsrechtlichen Judikatur in Ungarn, Nordmazedonien, Italien, Moldawien, Serbien, Slowakei, Slowenien und dem Vereinigten Königreich durch den EGMR in der Rechtssache *Vavříčka* (Fn. 155), Rz. 98-128.

genannten Grundrechte derjenigen Personen, die sich nicht freiwillig impfen lassen, können – wie alle Grundrechte – nicht nur zum Schutz öffentlicher Interessen eingeschränkt werden, sondern auch wegen geschützter Interessen Dritter.¹⁹³ Es ist hierbei daran zu erinnern, dass der Staat die Verantwortung trägt für die Respektierung der Grundrechte aller Menschen, die sich in seinem Hoheitsgebiet aufhalten. Dies erfordert ein permanentes Abwägen der verschiedenen Grundrechte der unterschiedlichen Personengruppen und Individuen. Dabei wird das Ziel verfolgt, möglichst allen Interessen Rechnung zu tragen und sie soweit als möglich zu einem Ausgleich zu bringen. Speziell an der Impfpflicht ist, dass sich sowohl diejenigen Personen, die keine Impfung wünschen, auf ihre körperliche Unversehrtheit berufen (sie möchten ihrem Körper insbesondere keinen Impfstoff zufügen und/oder fürchten negative Folgen einer Impfung für ihre Gesundheit), als auch für die Impfpflicht mit der Gesundheit argumentiert wird. So wird argumentiert, dass sich das nur in beschränkter Menge vorhandene medizinische Personal und die Pflegenden nicht mit Covid-19 anstecken sollen und nicht vor Erschöpfung zusammenbrechen sollen. Zugleich wird argumentiert, dass eine Ansteckung mit dem Virus für verschiedene besonders verletzliche Menschen fatale Folgen haben kann und eine Überlastung der Spitäler auch für all diejenigen Menschen eine Gefährdung, wenn nicht gar Schädigung der Gesundheit darstellt, die wegen der durch die Covid-19-Patienten belegten Betten nicht adäquat versorgt werden können oder auf eine Behandlung warten müssen.¹⁹⁴

Ein öffentliches Interesse an einer Impfpflicht gilt aus völkerrechtlicher Sicht zunächst für Impfungen im Kindesalter. Oberste Maxime des Kindschaftsrechts ist das Kindeswohl, wie schon aus § 137 Abs. 1 erster Satz ABGB¹⁹⁵ hervorgeht. Dieses bemisst sich grundsätzlich nach objektiven Kriterien. Art. 24 Abs. 1 der UN-Kinderrechtskonvention vom 20.11.1989¹⁹⁶ anerkennt das Recht des Kindes «auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit» und fordert die Reduktion der Kindersterblichkeit und die Bekämpfung von Krankheiten. Dass Kinder und Jugendliche psychisch und körperlich gesund aufwachsen sollen, hält auch Art. 2 Bst. b des Kinder- und Jugendgesetzes fest.¹⁹⁷ Die *Travaux préparatoires* zur UN-Kinderrechtskonvention und der Kommentar des Kinderrechtskomitees zeigen, dass in diesem Zusammenhang Impfungen eine Rolle spielen.¹⁹⁸ Das Kinderrechtskomitee legt dabei ein besonderes Gewicht auf die Impfung gegen Humane Papillomaviren für Mädchen.¹⁹⁹ Tatsächlich bejahte das deutsche Bundesverwaltungsgericht 1959 im Lichte des auf die Pockenschutzimpfungen von Kindern ausgerichteten Impfgesetzes von 1874, dass aus dem Recht auf Leben auch ein Anspruch auf Impfung folge:

¹⁹³ Langer, Impfung (Fn. 52), S. 103 f.

¹⁹⁴ Patricia M. Schiess Rütimann, Der Schutz von Gesundheit und Gesundheitswesen. Die Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus gemäss liechtensteinischem Recht. in: Jusletter 15. Februar 2021, Rz. 13 ff. und Rz. 25 ff., abrufbar unter: https://www.liechtenstein-institut.li/application/files/6716/1355/7964/Schiess_Ruetimann_Schutz_der_Gesundheit_Jusletter_2021-02-15.pdf, allerdings nicht direkt auf die Impfpflicht bezogen, sondern allgemein auf Massnahmen zum Schutz vor Infektionen.

¹⁹⁵ IdF LGBl. 2014 Nr. 199.

¹⁹⁶ LGBl. 1996 Nr. 163 (LR 0.107.1).

¹⁹⁷ Kinder- und Jugendgesetz (KVJ) vom 10.12.2008, LGBl. 2009 Nr. 29 (LR 852.0).

¹⁹⁸ Langer, Impfung (Fn. 52), S. 104 f.

¹⁹⁹ CRC/C/GC/15, General Comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24), S. 11.

«Das Impfgesetz spricht zwar nur von Impfpflichtigen. Das Berufungsgericht hat jedoch mit Recht darauf hingewiesen, dass die Bestimmungen des Impfgesetzes nicht allein nach den zurzeit seines Erlasses geltenden Anschauungen zu beurteilen sind, sondern dass das Verhältnis von Staat und Bürger in der heutigen Rechtsordnung massgebend ist. Hat der Staat als Teil der Daseinsvorsorge die Aufgabe des Seuchenschutzes übernommen, dann muss dem einzelnen nicht nur gegen Schäden, die er bei der Durchführung der Seuchengesetzgebung erleidet, sondern auch gegen die Versagung dieses Schutzes Rechtsschutz gewährt werden. [...] Das negative Abwehrrecht wird in diesem Zusammenhang zu einem positiven Recht, vor der Ansteckung bewahrt zu werden.»²⁰⁰

Für Menschen aller Altersgruppen können Impfungen unter das Recht eines jeden auf das «erreichbare Höchstmass an körperlicher und geistiger Gesundheit» gemäss Art. 12 Abs. 1 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 16.12.1966²⁰¹ (sog. genannter UNO-Pakt I) fallen. Die von den Vertragsstaaten zu unternehmenden Schritte zur vollen Verwirklichung dieses Rechts nach Art. 12 Abs. 2 Bst. c UNO-Pakt 1 umfassen insbesondere die Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung epidemischer und endemischer Krankheiten. Das betreffende Komitee bezeichnet in diesem Zusammenhang u.a. Impfprogramme als prioritäre Verpflichtung der Vertragsstaaten: «The Committee also confirms that the following are obligations of comparable priority: [...] to provide immunization against the major infectious diseases occurring in the community.»²⁰² Die *Travaux préparatoires* legen nahe, dass ein Impfwang zu diesem Zweck nicht undenkbar ist, da der Vorschlag, Zwangsmassnahmen in Art. 12 UNO-Pakt I auszuschliessen, abgelehnt wurde.²⁰³ In Ergänzung dazu ist an die Empfehlung 1317 der Parlamentarischen Versammlung des Europarates vom 19.3.1997 zu erinnern, in der es in Ziff. 6.1 heisst:

«The Assembly therefore recommends that the Committee of Ministers invite member states: [...] to devise or reactivate comprehensive public vaccination programmes as the most effective and economical means of preventing infectious diseases, and to arrange for efficient epidemiological surveillance.»²⁰⁴

Der im Mai 2012 von der WHO verabschiedete «Global Vaccine Action Plan» empfiehlt eine nationale Durchimpfungsrate von mindestens 90 Prozent für alle Impfungen, die zu nationalen Impfprogrammen gehören, und trifft folgende allgemeine Feststellungen über die Nützlichkeit von Impfungen:

«Overwhelming evidence demonstrates the benefits of immunization as one of the most successful and cost-effective health interventions known. Over the past several decades, immunization has achieved many things, including the eradication of smallpox, an accomplishment

²⁰⁰ BVerwGE 9, 78, 14.7.1959, Rz 22. Bemerkenswert sind auch die Ausführungen des Bundesverwaltungsgerichtes zur Impfpflicht: «Die Vereinbarkeit des Impfwanges mit dem Grundgesetz ist zu bejahen. Die Impfung stellt zwar einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar. Er fällt jedoch unter den Gesetzesvorbehalt des Art. 2 Abs. 2 Satz 3 GG [Grundgesetz]. Der Wesensgehalt des Grundrechts der körperlichen Unversehrtheit wird nicht durch einen Eingriff angetastet dessen Zielsetzung gerade die Erhaltung der Unversehrtheit ist. Auch im Parlamentarischen Rat war man sich bei der Schaffung dieses Grundrechts darüber einig, dass der Impfwang ihm nicht widerspricht [...]» Ebd., Rz 21.

²⁰¹ LGBl. 1999 Nr. 57 (LR 0.103.1).

²⁰² CESCR, General Comment No. 14 (2000): The right of the highest attainable standard of health (art. 12), Rz 44 Bst. c.

²⁰³ Langer, Impfung (Fn. 52), S. 105.

²⁰⁴ <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=15351&abgerufen:15.1.2022>.

that has been called one of humanity's greatest triumphs. Vaccines have saved countless lives, lowered the global incidence of polio by 99 percent and reduced illness, disability and death from diphtheria, tetanus, whooping cough, measles, Haemophilus influenzae type b disease, and epidemic meningococcal A meningitis.»²⁰⁵

Davon abgesehen können aus dem Recht auf Leben gemäss Art. 2 EMRK (bzw. Art. 27ter Abs. 1 der liechtensteinischen Verfassung) grundsätzlich staatliche Schutzpflichten gegenüber besonders schutzbedürftigen Personen abgeleitet werden. Zu diesen zählen insbesondere Patienten in Krankenhäusern, Bewohner von Alters- und Behindertenheimen sowie Gefangene und andere Personen, die sich in staatlichem Gewahrsam befinden.²⁰⁶ Besonders verletzlich sind auch all diejenigen Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht geimpft werden können oder bei denen eine Impfung nicht den gewünschten Erfolg zeigt, deren Schutz aber durch eine mit einer Impfpflicht verbundenen hohe Durchimpfungsrate der Bevölkerung gewährleistet werden kann.²⁰⁷ Dieser Aspekt ist bei Beurteilung der in Art. 8 Abs. 2 bzw. Art. 9 Abs. 2 EMRK genannten Zwecke für Grundrechtsbeschränkungen mit zu berücksichtigen. Angesprochen ist damit die Solidarität gegenüber besonders vulnerablen Gruppen.

Nicht ausser Acht gelassen werden dürfen die Besonderheiten einer Pandemie. Die übergeordneten Ziele, «die Verbreitung des Coronavirus (Covid-19) zu verhindern und Übertragungsketten zu unterbrechen» sowie eine «ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Pflege und wichtigen medizinischen Gütern» zu garantieren,²⁰⁸ sind beständig. Mit neuen Varianten des Virus können jedoch relativ rasch neue Aspekte in den Vordergrund rücken. Handelt es sich um eine aggressive Variante, die zu sehr schweren Krankheitsverläufen führt, so steht stärker der Schutz der gesundheitlich schwachen Bevölkerungsgruppen im Vordergrund. Wird eine sehr ansteckende Variante dominant, die droht, sehr viele Menschen gleichzeitig ans Bett zu fesseln (und sei es auch nur mit verhältnismässig leichten Symptomen), so steht stärker das öffentliche Interesse an der Aufrechterhaltung des Funktionierens des Gesundheitswesens und der übrigen Versorgung im Vordergrund.

6.5 Die Verhältnismässigkeitsprüfung

Unter dem Stichwort der Verhältnismässigkeit werden drei verschiedene Voraussetzungen abgeprüft. Die Massnahmen, mit welchen Grundrechte eingeschränkt werden, müssen geeignet sein, das angestrebte Ziel (also den Schutz der ins Feld geführten öffentlichen Interessen und/oder die angeführten Interessen Dritter) zu erreichen. Sind sie hierzu untauglich, handelt es sich um unverhältnismässige Massnahmen. Überdies müssen die Massnahmen erforderlich sein. Dies bedeutet: Gibt es Massnahmen, mit denen das Ziel ebenso gut erreicht werden kann, die weniger stark in die Grundrechte der Betroffenen eingreifen, so sind die getroffenen Massnahmen ebenfalls un-

²⁰⁵ <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/global-vaccine-action-plan>, abgerufen: 15.1.2022.

²⁰⁶ Vgl. *Grabenwarter/Pabel*, EMRK (Fn. 178), S. 185.

²⁰⁷ Vgl. StGH 2021/082, Erw. 5.2.2 und 5.2.3.

²⁰⁸ So Art. 1 Abs. 2 Verordnung vom 25.6.2020 über Massnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus (Covid-19) (Covid-19-Verordnung), LGBL 2020 Nr. 206 (LR 818.101.24).

verhältnismässig. Als Drittes müssen die Einschränkungen das Erfordernis der Zumutbarkeit erfüllen. Hierbei wird eine Interessenabwägung zwischen den anvisierten öffentlichen Interessen und/oder den Interessen Dritter gegenüber den betroffenen privaten Interessen vorgenommen.

Der erste Aspekt der Verhältnismässigkeit verlangt, dass ein Eingriff in Grundrechte geeignet ist, die erwünschte Ziele, hier den Schutz der öffentlichen Gesundheit und der besonders vulnerablen Gruppen, zu erreichen. Unter Berufung auf die Meinung medizinischer Experten haben die Gerichte die Wirksamkeit von Impfungen stets bejaht.²⁰⁹ Auch *Vokinger* und *Rohner* anerkennen die Eignung eines Impfblogatoriums als befristete Massnahme zur Erhöhung der Anzahl der Geimpften in der Bevölkerung.²¹⁰ Wie aber der österreichische Rechtsanwaltskammertag in seiner Stellungnahme zum österreichischen Gesetzesentwurf zur Impfpflicht gegen Covid-19 festgehalten hat, kommt dabei der transparenten Veröffentlichung des zugrundeliegenden Datenmaterials und der Expertenmeinungen (im Rahmen der Gesetzesmaterialien) eine ganz besondere Bedeutung zu.²¹¹

Auch für die Beantwortung der Frage, ob keine milderen, gleichwertigen Alternativen zu einem Impfblogatorium bestehen, muss sich der Gesetzgeber auf die Erkenntnisse und Einschätzungen von Experten stützen. Die Beurteilung muss neu vorgenommen werden, wenn neue wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen oder wenn sich die Verhältnisse ändern, z. B. wenn wirksame, gut verträgliche und erschwingliche Medikamente vorliegen, mit denen schwere Krankheitsverläufe bei den besonders gefährdeten Menschen verhindert werden können. Es geht jedoch – so hat das Schweizerische Bundesgericht unlängst in einem Fall betreffend Masern entschieden²¹² – nicht an, dass eine ungeimpfte Person ihr gegenüber verhängte Massnahmen ablehnt mit der Begründung, andere Menschen, die sich nicht impfen lassen können, hätten die Möglichkeit, sich durch die Einnahme eines Medikamentes vor der Ansteckung mit Masern zu schützen.

Die Rechtsprechung hat mildere Massnahmen als Alternative wiederum gestützt auf den jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft bei früherer Gelegenheit in der Regel verneint.²¹³ So führte das Verwaltungsgericht St. Gallen 2006 zur Erforderlichkeit einer Hepatitis-B-Impfung für eine Spitalsangestellte aus:

«Durch eine aktive Schutzimpfung verringert sich das Risiko der Übertragung des Hepatitis B-Virus durch Körperflüssigkeiten eindeutig. [...] Fraglich ist dagegen, ob es nicht eine mildere Massnahme gibt, welche das Risiko einer Infizierung in gleicher Weise verringert. [...] Das Risiko einer Infizierung mit dem Hepatitis B-Virus ist je nach Aufgabenbereich im Spital unterschiedlich. Als Sitznachtwächterin ist die Beschwerdeführerin zweifellos einer geringeren Infektionsgefahr ausgesetzt als z. B. ein Arzt oder eine Krankenschwester; ebenfalls geringer (im Vergleich zu anderen Einsatzbereichen im Spital) wäre im Falle einer Infizierung der Beschwerdeführerin die von ihr ausgehende Ansteckungsgefahr für die Patienten. Auch würden

²⁰⁹ *Langer*, Impfung (Fn. 52), S. 105 ff.

²¹⁰ *Vokinger/Rohner*, Impfblogatorium (Fn. 102), S. 268.

²¹¹ Stellungnahme des Österreichischen Rechtsanwaltskammertages vom 10.1.2022, 102849/SN-164/ME, S. 10.

²¹² BGer 2C_395/2019, Urteil vom 8.6.2020, A gegen Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen, E. 3.3 und E. 3.4.

²¹³ *Langer*, Impfung (Fn. 52), S. 108.

regelmässige Untersuchungen auf Antikörper das Risiko einer Weiterverbreitung des Hepatitis B-Virus mindern. Ein Restrisiko müsste aber dennoch in Kauf genommen werden, da die Impfung die einzige Massnahme ist, welche präventiv und zuverlässig vor einer Infizierung schützt. Dazu kommt, dass eine akute Infektion oft unbemerkt verläuft bzw. für den Infizierten nicht erkennbar ist, weshalb nur die Impfung einen hinreichenden Schutz gegen eine Übertragung des Hepatitis B-Virus bietet.»²¹⁴

Nach *Langer* gilt es aber auch hier, die spezifischen Umstände der jeweiligen Gerichtsentscheidungen zu berücksichtigen. Ein Impfblogatorium darf in sachlicher, räumlicher, zeitlicher und persönlicher Hinsicht jedenfalls nicht über das zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und der Rechte anderer Menschen erforderliche Ausmass hinausgehen. Die Erforderlichkeit ergibt sich dabei aus der Pathogenität und der Infektiosität des Erregers sowie der Effektivität, den potentiellen Nebenwirkungen und den Kosten einer Impfung. Unter Anwendung dieser Variablen kann eine Abstufung möglicher Massnahmen vorgenommen werden. Bei einigen Infektionskrankheiten kann der Staat auf jegliches Tätigwerden verzichten, bei anderen sich auf die Information und Beratung beschränken. Da Empfehlungen häufig nicht die gewünschte Wirkung erzielen, ist nicht auszuschliessen, dass bei der epidemischen Verbreitung einer bekannten oder neuen Krankheit keine mildere Massnahme als ein Impfblogatorium möglich ist.²¹⁵

Damit verbleibt als dritter Schritt die Prüfung der Verhältnismässigkeit im engeren Sinne. Kann dem Einzelnen zugemutet werden, angesichts des Schadens, den er möglicherweise erleiden könnte, sich im Interesse der Gesamtheit einer Impfung zu unterziehen? Bei der Prüfung der Zumutbarkeit werden öffentliche und betroffene private Interessen gegeneinander abgewogen. Auch hier kommt es wieder auf die Umstände der jeweiligen Infektionskrankheit an. Das öffentliche Interesse an der Erreichung der Herdenimmunität gegen eine hochinfektiöse Krankheit durch eine hohe Durchimpfungsrate ist jedenfalls aufs engste mit der Idee der gesellschaftlichen Solidarität verknüpft. Menschen mit Allergien oder mit Immundefekten sowie Immunsupprimierte sowie ältere Menschen können teils nicht geimpft werden, sind aber besonders anfällig für Infektionen, die in diesen Fällen auch einen schweren Verlauf nehmen können. Erst wenn ein genügend grosser Prozentsatz der Bevölkerung geimpft ist, sind auch die Nichtgeimpften geschützt.²¹⁶ Auch wenn dargelegt werden kann, dass eine rasche Durchimpfung die Ausbreitung des Virus und die Bildung von immer neuen Mutationen verhindern kann, spricht dies für die Zumutbarkeit. Je schneller nämlich die Ausbreitung einer Krankheit gestoppt werden kann, desto rascher können sich vulnerable Menschen wieder frei in der Öffentlichkeit bewegen und können andere Massnahmen, mit denen Kontaktbeschränkungen angestrebt werden, aufgehoben werden. Überdies geht es auch um die Solidarität mit Staaten, deren Gesundheitssystem schwächer aufgestellt ist: Gelangen Infektionskrankheiten gar nicht erst bis zu ihnen, wird ihnen viel Leid erspart.

²¹⁴ Verwaltungsgericht St. Gallen GVP 2006 Nr. 1, S. 7 f.

²¹⁵ *Langer*, Impfung (Fn. 52), S. 108 f.

²¹⁶ *Langer*, Impfung (Fn. 52), S. 109 f.

Im Fall *Vavříčka* nimmt der EGMR wiederholt Bezug auf die gesellschaftliche Solidarität und der belgische EGMR-Richter betont in einem Sondervotum dies noch zusätzlich: Zwar stünden in einer Gesellschaft allen Individuen grundlegende Rechte zu, aber diese lebten nicht isoliert, sondern als Mitglieder der Gesellschaft, und dieses Zusammenleben erfordere ein Mindestmass an gegenseitiger Solidarität.²¹⁷ In diesem Zusammenhang ist auch die Resolution 1845 der Parlamentarischen Versammlung des Europarates vom 25.11.2011 ins Gedächtnis zu rufen, in welcher es in Ziff. 1 und 8.1.2 unmissverständlich heisst:

«Rights, duties and responsibilities cannot be dissociated from each other. Living as members of society inevitably entails duties and responsibilities as well as rights. [...] The Assembly: [...] hereby identifies the following set of fundamental responsibilities: [...] all individuals have specific fundamental responsibilities to respect and protect human life [...].»²¹⁸

Daher kommt der bloss subjektiven Überzeugung von Impfgegnern eine nur untergeordnete Bedeutung zu, wenn diese ohne wissenschaftlich relevante Nachweise behaupten, die konkrete Impfung sei gefährlich oder nutzlos.²¹⁹ Den berechtigten privaten Interessen einzelner Personen an einer Nichtimpfung kann dagegen durch die Schaffung entsprechender, an objektive Kriterien geknüpfter Ausnahmetatbestände Rechnung getragen werden, wie dies etwa im österreichischen Ministerialentwurf zur Impfpflicht gegen Covid-19 versucht wird.²²⁰ Es versteht sich zudem von selbst, dass sich die gesellschaftliche Solidarität auch auf jene Personen erstrecken muss, die einen Impfschaden erleiden.²²¹

6.6 Die Sonderfrage der Impfschäden

Die Europäische Kommission für Menschenrechte hat sich in einem das Vereinigte Königreich betreffenden Fall mit der Problematik von Impfschäden befasst. Sie wies eine sich auf Art. 2 EMRK berufende Beschwerde ab, weil die Behörden die nötigen Sicherungsmassnahmen getroffen hatten und wegen des mit den Massnahmen verfolgten Zweckes, nämlich lebensgefährliche Krankheiten zu verhüten.²²² Dessen ungeachtet steht ausser Frage, dass auch *lege artis* verabreichte Impfungen zu ganz erheblichen Gesundheitsschäden führen können.²²³ Die Zumutbarkeit eines gesetzlichen Impfblogatoriums für die Bürgerinnen und Bürger eines Staates hängt daher ganz wesentlich davon ab, dass die Betroffenen rasch und wirksam unterstützt werden und eine Entschädigung erhalten.

In der Regel sehen die Impfgesetze selbst eine Haftpflicht des Staates bei Impfschäden vor. Entsprechende Regelungen bestehen etwa in Deutschland in den §§ 60 ff. Infektionsschutzgesetz

²¹⁷ NZZ vom 19.4.2021, Gastkommentar. Epidemiologischer Zwischenruf aus Strassburg: Impfpflicht ist menschenrechtskonform (Lorenz Langer).

²¹⁸ <http://www.assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=18047&lang=en>, abgerufen: 15.1.2022.

²¹⁹ *Vokinger/Rohner*, Impfblogatorium (Fn. 102), S. 270.

²²⁰ 164/ME XXVII. GP, siehe § 3 Abs. 1 Ziff. 1 und 2.

²²¹ *Langer*, Impfung (Fn. 52), S. 110.

²²² *Jens Meyer-Ladewig/Bertold Huber*, (Fn. 177), Art. 2 Rz 8.

²²³ *Langer*, Impfung (Fn. 52), S. 105.

oder in Frankreich in Art. L3111-9 Code de la santé publique.²²⁴ Das österreichische Impfschadengesetz²²⁵ und die dazu erlassene Verordnung²²⁶ wurden bereits erwähnt. In der Schweiz regeln die Art. 64 ff. des Epidemiengesetzes die Entschädigung und die Genugtuung bei Schäden durch behördlich angeordnete oder behördlich empfohlene Impfungen.

Aufgrund des Zollvertrages mit der Schweiz vom 29. März 1923²²⁷ und gemäss der Kundmachung der liechtensteinischen Regierung vom 21. Dezember 2021²²⁸ finden die Art. 64–69 des schweizerischen Epidemiengesetzes mit der Massgabe in Liechtenstein Anwendung, dass das Land Liechtenstein die Kosten der Entschädigung oder Genugtuung für Impfschäden trägt, wenn die Impfung durch eine liechtensteinische Behörde angeordnet oder empfohlen wurde. Die Kundmachung hält weiters fest, dass die liechtensteinische Regierung zuständig ist für die Entscheidung über die Ausrichtung einer Entschädigung oder Genugtuung und dass sich das Beschwerdeverfahren nach dem liechtensteinischen Verwaltungsverfahren richtet. Je besser Personen mit Schädigungen durch eine Impfung mittels Leistungen der Krankenversicherung oder einer anderen Sozialversicherung unterstützt werden, desto weniger kommt diese Schadenersatzpflicht zum Tragen. Art. 64 Abs. 2 EpG sieht nämlich vor, dass eine Entschädigung nur dann geleistet werden muss, wenn der Schaden nicht anderweitig gedeckt ist.

Bei einer Verankerung der Impfpflicht auf Gesetzesstufe wäre es für Liechtenstein ratsam abzuklären, welche Leistungen bereits durch das KVG gedeckt sind, plus eine eigene gesetzliche Regelung für Impfschäden zu erlassen, etwa nach dem Vorbild des österreichischen Impfschadengesetzes oder des deutschen Infektionsschutzgesetzes.

6.7 Zwischenfazit

Die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht wird aktuell unter Rechtswissenschaftlerinnen und Rechtswissenschaftlern intensiv diskutiert. Im deutschsprachigen Raum zeigt sich dabei eine klare Tendenz dazu, eine allgemeine Impfpflicht als verfassungsrechtlich zulässig zu erachten.²²⁹ Hierfür spricht auch die Rechtsprechung des EGMR zu früheren Impfpflichten. Auch mit Blick auf Liechtenstein kommen wir zum Schluss, dass eine Impfpflicht mit der öffentlichen Gesundheit nicht nur ein öffentliches Interesse schützt, sondern unter den entsprechenden empirischen Voraussetzungen und mit der Implementierung bloss moderater Sanktionsmittel verhältnismässig ausgestaltet werden kann. Daraus lässt sich jedoch weder eine rechtliche Verpflichtung noch eine politische Empfehlung für die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ableiten.

²²⁴ Langer, Impfung (Fn. 52), S. 89.

²²⁵ BGBl. 1973/371 idgF.

²²⁶ BGBl. II. 2006/526 idgF.

²²⁷ LGBl. 1923 Nr. 24 (LR 0.631.112).

²²⁸ Kundmachung vom 21.12.2021 der Abänderung der Anlage I zum Zollvertrag im Zusammenhang mit der Covid-19-Gesetzgebung und Epidemiengesetzgebung, LGBl. 2021 Nr. 438 (LR 170.551.631).

²²⁹ Für eine Kritik an dieser Position siehe z. B. Ute Sacksofsky, Allgemeine Impfpflicht – ein kleiner Piks, ein großes-verfassungsrechtliches Problem, verfassungsblog.de 21. Januar 2022.

7 COVID-19-IMPFPFLICHT IN LIECHTENSTEIN

In diesem Kapitel werden das Verfahren zur Einführung einer allgemeinen Impfpflicht in Liechtenstein sowie die zentralen Eckpunkte einer solchen Gesetzesvorlage beschrieben. Letztere orientieren sich eng am österreichischen Gesetzesentwurf vom 17. Januar 2022.

7.1 Verfahren zur Einführung einer Impfpflicht

Die Einführung einer allgemeinen Covid-19-Impfpflicht müsste durch den Landtag im Rahmen des normalen Gesetzgebungsverfahrens erfolgen. Hierzu zählt eine öffentliche Vernehmlassung, in welcher alle relevanten Akteure den von der Regierung erarbeiteten Gesetzesentwurf kommentieren können. Bezüglich der Dauer der Vernehmlassung gibt es keine Vorgaben. Eine Vernehmlassungsfrist von weniger als zehn Tagen erscheint jedoch wenig praktikabel. Anknüpfend an die Vernehmlassung erstellt das zuständige Ministerium einen Bericht und Antrag an den Landtag. Sofern eine Mehrheit des Landtages das Eintreten auf die Gesetzesvorlage beschliesst, erfolgt die erste und zweite Lesung im Landtag. Danach wird über jeden einzelnen Artikel abgestimmt und zum Schluss über die gesamte Gesetzesvorlage.

Um das Verfahren zu beschleunigen, kann eine einfache Mehrheit des Landtages beschliessen, dass beide Lesungen und die Schlussabstimmung in derselben Arbeitssitzung erfolgen. Ebenso kann der Landtag eine Gesetzesvorlage für dringlich erklären, womit diese nicht zum Referendum ausgeschrieben werden würde, sondern unter der Voraussetzung der Sanktion des Landesfürsten an dem vom Landtag festgelegten Tag in Kraft treten würde.²³⁰ Der Landtag kann im Sinne eines sogenannten Landtagsbegehrens aber auch von sich aus eine Volksabstimmung veranlassen.

Gegen ein nicht als dringlich erklärtes Gesetz können wenigstens 1000 Stimmberechtigte innert 30 Tagen nach Kundmachung des Gesetzes ein Begehren um eine Volksabstimmung stellen. Die Regierung hat dann spätestens innert 14 Tagen eine Volksabstimmung anzuordnen, die innerhalb von drei Monaten durchzuführen ist. Diese Fristen gelten auch, wenn die Abstimmung gestützt auf ein Landtagsbegehren durchzuführen ist. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Ausarbeitung und Verabschiedung eines Gesetzes für eine allgemeine Impfpflicht mehrere Monate in Anspruch nehmen würde.

7.2 Verhältnis zur Schweiz

Liechtenstein wäre auch dann zuständig zum Erlass eines Impfpflichtgesetzes, wenn die Schweiz eine allgemeine Impfpflicht einführen würde. Zwar ist es grundsätzlich denkbar, dass von Schweizer Seite der Wunsch geäussert würde, ein entsprechendes Bundesgesetz in die Anlage zum Zollvertrag aufzunehmen und so für Liechtenstein anwendbar zu erklären. Allerdings könnte sich die liechtensteinische Regierung dagegen aussprechen. Es besteht nämlich keine Notwendigkeit, ein solches Schweizer Impfpflichtgesetz in Liechtenstein zur Anwendung zu bringen, da eine allgemeine

²³⁰ Auch in der Schweiz kann ein Bundesgesetz, dessen Inkrafttreten keinen Aufschub duldet, durch die Mehrheit der Mitglieder jedes Rates für dringlich erklärt werden und sofort in Kraft gesetzt werden. Im Unterschied zu Liechtenstein ist es aber möglich, das Referendum gegen ein solches Gesetz zu ergreifen. Dieses kommt allerdings erst nachträglich zum Zug. Dringlich erklärte Bundesgesetze sind darüber hinaus zu befristen.

Impfpflicht nicht in den Geltungsbereich des Zollvertrags fällt. Liechtenstein kann seine Verpflichtungen gegenüber der Schweiz betreffend die Bekämpfung von Epidemien auch ohne eine allgemeine Impfpflicht erfüllen. Daraus folgt, dass, rechtlich betrachtet, Liechtenstein die Entscheidung über eine allgemeine Impfpflicht unabhängig von der Schweiz treffen kann.

Inwieweit ein Alleingang jedoch politisch opportun wäre, ist eine andere Frage. So hat sich Liechtenstein bei den Massnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie bisher stark an der Schweiz orientiert, weshalb eine von der Schweiz abweichende Strategie – insbesondere in einer so sensiblen Frage wie der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht – wohl einer besonderen politischen Rechtfertigung bedürfte. Zudem stellt sich die Frage, ob bei einer einseitigen Einführung einer allgemeinen Impfpflicht durch Liechtenstein aufgrund der offenen Grenzen und den fast 15'000 Zupendlern aus der Schweiz der mit einer Impfpflicht intendierte Gemeinschaftsschutz tatsächlich erreicht werden kann.

7.3 Eckpunkte eines Impfgesetzes

Im Folgenden werden gestützt auf den am 17. Januar 2022 vorgelegten österreichischen Gesetzesentwurf mögliche Eckpunkte eines liechtensteinischen Gesetzes skizziert. Neben den nachstehend aufgeführten Regelungen ist zu beachten, dass die Schaffung einer solchen Gesetzesvorlage auch die Bereitstellung der nötigen Mittel zur Umsetzung einer allgemeinen Impfpflicht voraussetzt. Dabei ist insbesondere mit einem erhöhten Personalaufwand zur Ermittlung des Impfstatus, der Kontaktierung und Information von bisher ungeimpften Personen, der Ausstellung und Prüfung von Ausnahmen von der Impfpflicht sowie bei der Behandlung von Beschwerden gegen die Sanktion einer nicht erfüllten Impfaufforderung zu rechnen.

7.3.1 Ziel und Zweck der Gesetzesvorlage

Als Zweck der Gesetzesvorlage ist der Schutz der öffentlichen Gesundheit zu verankern. In den Erläuterungen zur Gesetzesvorlage soll darüber hinaus ein konkretes Impfziel – also beispielsweise eine Impfquote von 90 Prozent der impfberechtigten Bevölkerung – definiert werden und dargelegt werden, wie diese berechnet wird.

7.3.2 Geltungsbereich und Begriffsbestimmungen

Im Gesetz ist genau zu definieren, wer der Impfpflicht unterliegt. Analog zu Österreich empfiehlt es sich, die Impfpflicht auf Personen zu beschränken, welche das 18. Lebensjahr vollendet haben. Sollte die Pflicht auch für jüngere Personen gelten, ist im Einklang mit den bestehenden gesetzlichen Vorschriften aus dem Kinder- und Jugendgesetz sowie dem ABGB zu definieren, ab welchem Alter Jugendliche eine Impfung auch gegen den Willen ihrer Eltern verlangen dürfen.

Ebenso sind zentrale Begriffe wie Wohnsitz, Impfstichtag etc. zu bestimmen. Mit Blick auf den Wohnsitz ist davon auszugehen, dass sich eine Impfpflicht auf alle Wohnsitzformen erstreckt – also z. B. auch Personen erfasst sind, welche in Liechtenstein Wochenaufenthalter sind.

Eine Impfung muss glaubhaft nachgewiesen werden. Wer behauptet, bereits geimpft zu sein, ohne dass die entsprechenden Unterlagen bereits durch die liechtensteinischen Behörden erfasst sind,

muss per Gesetz dazu verpflichtet werden, die entsprechenden Belege vorzuweisen und der zuständigen liechtensteinischen Behörde das Recht erteilen, die erforderlichen Auskünfte im In- und Ausland einzuholen.

7.3.3 Grenzgänger

Ende 2020 zählte Liechtenstein 22'511 Zupendlerinnen und Zupendler. Daraus folgt, dass sich untermals in Liechtenstein deutlich mehr Personen aufhalten als die knapp 39'000 Einwohnerinnen und Einwohner. Das Risiko einer Verbreitung von Covid-19 durch Zupendlerinnen und Zupendler ist dabei nicht anderes einzuschätzen wie jenes der Einwohnerinnen und Einwohner. Angesichts dieser hohen Zahl kann ein Schutz der Gesamtgesundheit eigentlich nur erreicht werden, wenn davon ausgegangen werden kann, dass auch die Zupendlerinnen und Zupendler geimpft sind. Eine Ausdehnung der Impfpflicht auf Grenzgänger wirft allerdings schwierige rechtliche Fragen auf (Stichwort: Freizügigkeit gestützt auf den Zollanschlussvertrag und den EWR). Entsprechend ist die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht wohl nur zweckmässig, wenn eine solche zumindest in Österreich und der Schweiz gilt, wo die grosse Mehrheit der Zupendelnden ihren Wohnsitz hat.

7.3.4 Sanktion bei Nichteinhaltung der Impfpflicht

Bei Nichtbefolgen der Impfpflicht darf kein physischer Zwang ausgeübt werden. Als Sanktion sind lediglich periodisch verhängte (Verwaltungs-)Strafen in Form von Geldbussen vorzusehen. Die vorgesehenen Strafen haben verhältnismässig zu sein.

Die Umwandlung in eine Ersatzfreiheitsstrafe im Falle der Uneinbringlichkeit der Bussen ist im österreichischen Gesetzesentwurf ausgeschlossen. Der liechtensteinische Gesetzgeber könnte eine andere Regelung treffen. Die tätige Reue bei nachträglicher Erfüllung der Impfpflicht kann als Strafaufhebungsgrund verankert werden.

Die Sanktion erfolgt auf der Basis von Impfstichtagen. Die Anzahl dieser Impfstichtage ist durch den Gesetzgeber zu definieren. In Österreich sollen es vier Stichtage pro Jahr sein.

Im Gesetz kann eine Zweckwidmung der durch die Sanktion eingenommenen Gelder festgehalten werden. In Österreich fließen die nach dem Bundesgesetz verhängten Geldstrafen dem jeweiligen Landesgesundheitsfond zu.

7.3.5 Ausnahmen von der Impfpflicht

Im Gesetz ist genau zu regeln, wer von der Pflicht zur Impfung ausgenommen ist, wie der Nachweis einer solchen Ausnahme zu erfolgen hat und wie lange diese Bestand hat. Mögliche Ausnahmen sind Schwangerschaft, medizinische Gründe sowie – zumindest temporär – eine erfolgte Genesung. Im Sinne einer Härtefallregelung ist auch die Schaffung einer Gewissensklausel denkbar für Menschen, welche die Impfung gestützt auf eine gefestigte religiöse Überzeugung ablehnen.

Es ist zu regeln, wer eine Bescheinigung, welche zu einer Ausnahme von der Impfpflicht berechtigt, ausstellen kann und wie eine solche überprüft werden kann. Während in Österreich die freie Arztwahl besteht, könnten in Liechtenstein im Sinne einer konsistenten Umsetzung vom Staat bestellte Gutachter mit der Aufgabe betraut werden. Hierfür spricht, dass es sich bei der Prüfung, ob

eine Person die Voraussetzungen für eine Impfung erfüllt und ob sie vom Gesetz genannte Gründe gegen eine Impfung vorweisen kann, um eine Begutachtung handelt, und nicht um eine auf eine längere Behandlung angelegte Therapie, die ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient voraussetzt. Im Falle einer freien Arztwahl ist zu prüfen, ob fehlbare Ärzte etc. bereits gestützt auf geltendes Recht in genügendem Umfang disziplinarisch zur Rechenschaft gezogen werden können für ein Fehlverhalten. Falls nötig, sind weitere Strafbestimmungen in das Impfpflichtgesetz aufzunehmen.

7.3.6 Ermittlung impfpflichtige Personen, Datenschutz und Verfahren

Es ist zu definieren, wo die Informationen über den Impfstatus gespeichert werden und wie impfsäumige Personen identifiziert werden. Für den Datenaustausch ist eine gesetzliche Grundlage zu schaffen. Es müssen Daten über die Impfung respektive über die noch nicht erfolgte Impfung an die Behörde, die für die Aufforderung zur Impfung zuständig ist, und an die mit der Strafverfolgung betrauten Behörden geliefert werden dürfen.

Insbesondere bei Personen, die geltend machen, dass sie sich im Ausland haben impfen lassen, müssen sich die liechtensteinischen Behörden direkt an die zuständigen ausländischen Behörden wenden dürfen.

Bezüglich Impfschäden und der adäquaten Behandlung von Betroffenen sollte ein Austausch über die Landesgrenzen hinaus ermöglicht werden, damit allfällige Gefahren rasch erkannt werden und die erfolgversprechendsten Therapien angewandt werden können.

Es ist zu definieren, wie die noch nicht geimpften Personen bei der Einführung der allgemeinen Impfpflicht nochmals zur Impfung aufgefordert werden sowie ob und wann mit Blick auf einen anstehenden Impfstichtag ein Erinnerungsschreiben versendet wird.

Auch ist zumindest in den Materialien festzulegen, welche Formen der Beratung bezüglich Impfung angeboten werden. Überdies sollten Informationen darüber, wo im Land Impfungen mit welchem Impfstoff angeboten werden und ob Kosten für die Impfung anfallen, leicht zugänglich sein.

7.3.7 Periodische Berichterstattung der Regierung an den Landtag

Die Regierung hat dem Landtag und damit der Öffentlichkeit periodisch über das Infektionsgeschehen und den Impffortgang zu berichten. Die Erforderlichkeit, Geeignetheit und Zumutbarkeit der Massnahmen sind nach dem jeweiligen Erkenntnisstand der Wissenschaft regelmässig zu überprüfen, und das der Entscheidung zugrundeliegende Datenmaterial ist offenzulegen.

Für die Einführung und Beibehaltung der Impfpflicht dürfen auch Tatsachen aus dem Ausland Berücksichtigung finden, insbesondere die Auslastung von Spitälern im Ausland, mit denen Vereinbarungen über die Aufnahme von Covid-19-Patienten bestehen.

Insbesondere bei medizinischen Kennzahlen (Gefährlichkeit von Virusvarianten, Wirksamkeit verschiedener Impfstoffe) muss es sich nicht um Daten handeln, die in Liechtenstein generiert worden sind. Die liechtensteinischen Behörden dürfen ihre Entscheide auf Daten, Risikoanalysen, Meinungen von Expertengremien etc. aus dem Ausland stützen.

Für Daten, welche Liechtensteiner Behörden von ausländischen Behörden nur unter Zusicherung von Verschwiegenheit erhalten, muss eine besondere Lösung bezüglich der Pflicht zur Offenlegung gefunden werden.

7.3.8 Regelung für Impfschäden

Es ist auf Gesetzesstufe eine Regelung zu treffen für den Umgang mit Impfschäden. Als Vorbild können das deutsche Infektionsschutzgesetz (§§ 60 ff.) oder das österreichische Impfschadengesetz dienen. Sauber zu regeln sind insbesondere die Zuständigkeiten und das Verfahren für die Geltendmachung der Entschädigungsansprüche.

Zusätzlich ist abzuklären, welche Impfschäden durch die geltenden Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und übrige sozialversicherungsrechtliche Erlasse abgedeckt sind und ob allenfalls weitergehende Massnahmen zu treffen sind.

Allenfalls sollte im Land Know-how aufgebaut werden für die Behandlung von Geschädigten und das Sammeln und Bereitstellen der notwendigen Daten (z. B. für Meldungen über negative Folgen von Impfungen, Hinweise auf geeignete Therapien). Es ist sicherzustellen, dass die Unterstützung der Geschädigten auch dann weiterhin garantiert ist, wenn die Impfpflicht aufgehoben ist und allenfalls auch das Gesetz über die Impfpflicht ausser Kraft getreten ist.

Bevor die liechtensteinische Regelung in Kraft tritt, ist eine Absprache mit der Schweiz zu treffen bezüglich der Nichtanwendbarkeit der Art. 64 ff. des schweizerischen Epidemiegengesetzes in Liechtenstein.

Es empfiehlt sich die Bereinigung der seuchenrechtlichen Bestimmungen im Einführungs-Gesetz zum Zollvertrag sowie im Landesverwaltungspflegegesetz.

7.3.9 Befristung

Der österreichische Gesetzesentwurf sieht eine Befristung des Gesetzes vor (31. Januar 2024). Eine solche Befristung ist grundsätzlich nicht nötig, da ein Gesetz jederzeit aufgehoben werden kann. Die Befristung ist wohl vor allem deshalb eingeführt worden, um die Ausnahmestellung der mit der Gesetzesvorlage verbundenen Massnahme zu unterstreichen.

7.4 Zwischenfazit

Die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht in Liechtenstein benötigt eine gewisse Vorlaufzeit. Aus demokratiepolitischer Sicht erscheint es wichtig, dass eine solche Gesetzesvorlage das ordentliche Gesetzgebungsverfahren durchläuft und die Möglichkeit einer Volksabstimmung besteht. Darüber hinaus sollte der zeitliche Aufwand zur Vorbereitung einer effizienten Umsetzung einer gesetzlich verankerten allgemeinen Impfpflicht nicht unterschätzt werden. Die Gesetzesvorlage selbst könnte sich aus heutiger Sicht weitgehend am österreichischen Gesetzesentwurf orientieren. Hervorzuheben ist dabei, dass der österreichische Gesetzesentwurf im Falle eines Verstosses gegen die Impfpflicht mit periodisch verhängten (Verwaltungs-)Strafen in Form von Geldbussen ein moderates und damit verhältnismässiges Mittel der Sanktion vorsieht.

8 ARGUMENTE FÜR UND GEGEN EINE IMPFPFLICHT

Neben der verfassungsrechtlichen Prüfung einer allgemeinen Impfpflicht und den Überlegungen zu deren konkreten Umsetzung sind auch ethische Argumente von hoher Relevanz. Dies verdeutlicht das grosse Interesse, welche den Stellungnahmen und Gutachten nationaler Ethikkommissionen in der Schweiz, Österreich und Deutschland entgegengebracht wurde. Die Position der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) der Schweiz wurde bereits in Kapitel 4.2 abgebildet.²³¹ Nachstehend sollen nun die Stellungnahmen des Deutschen Ethikrats²³² und der österreichischen Bioethikkommission²³³ kurz wiedergeben werden. Daran anknüpfend werden Argumente für und gegen eine Impfpflicht zusammengetragen.

8.1 Ethikkommissionen Deutschland und Österreich

Nach Abwägung der Argumente befürwortet der Deutsche Ethikrat eine Impfpflicht und betont, dass «hohe Impfquoten entscheidend sind, um in eine kontrollierte endemische Situation zu kommen»²³⁴. Diese Empfehlung gilt jedoch erst nach Erfüllung einer Vielzahl flankierender Massnahmen. Mit 20 von 24 Stimmen empfiehlt er eine «Ausweitung der gesetzlichen Impfpflicht über die bestehende einrichtungsbezogene Impfpflicht hinaus».²³⁵ Dabei gehen die Meinungen zum Umfang einer solchen Ausweitung auseinander. Sieben Mitglieder befürworteten eine nach dem «jeweiligen Risiko differenzierte Impfpflicht»²³⁶, die sich auf besonders vulnerable Personen (Ältere und Vorerkrankte) beschränkt. Eine solche sei ausreichend, um eine Überlastung des Gesundheitswesens zu verhindern. Hingegen befinden 13 Mitglieder des Ethikrats diese Ausweitung für nicht ausreichend und plädieren für eine allgemeine Impfpflicht, die «alle in Deutschland lebenden impfbaren Erwachsenen über 18 Jahren»²³⁷ trifft. Um das «Ziel einer nachhaltigen, dauerhaft tragfähigen und gerechten Beherrschung der Pandemie»²³⁸ zu erreichen, brauche es den Einbezug der jungen Bevölkerung in die Impfpflicht. Die allgemeine Impfpflicht garantiere auch den Schutz derer, die sich nicht impfen lassen können. Zudem würde eine allgemeine Impfpflicht Long Covid und Post Covid reduzieren und das Risiko neuer Virusvarianten senken.²³⁹

²³¹ Die NEK betrachtet in ihrer Stellungnahme vom 11. Februar 2021 sowohl eine allgemeine als auch eine besondere Impfpflicht als unverhältnismässig und nicht rechtfertigbar. Eine Pflicht wird somit abgelehnt. Stattdessen hält die NEK fest, bestehen starke moralische Gründe für eine Impfung. An der Position der NEK hat sich bis Dezember 2021 nichts geändert, wie ihre Präsidentin Andrea Büchler gegenüber Medien bestätigte (siehe: Srf.ch, Tagesgespräch vom 13.12.2021, Andrea Büchler: Was die Ethik zur Impfpflicht sagt).

²³² Der Deutsche Ethikrat hat den gesetzlichen Auftrag, «ethische, gesellschaftliche, naturwissenschaftliche, medizinische und rechtliche Fragen» und die individuellen und gesellschaftlichen Folgen solcher Forschung und Entwicklung zu bearbeiten. Er erarbeitet Stellungnahmen und Empfehlungen zuhanden der Bundesregierung und des Deutschen Bundestags.

²³³ Die Bioethikkommission berät den österreichischen Bundeskanzler in gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen und rechtlichen Fragen, die sich auf dem Gebiet der Humanmedizin und Humanbiologie aus ethischer Sicht ergeben.

²³⁴ Deutscher Ethikrat, 2021, S. 17.

²³⁵ Ebd., S. 17

²³⁶ Ebd., S. 17

²³⁷ Ebd., S. 18

²³⁸ Ebd., S. 18

²³⁹ Ebd.

Die österreichische Bioethikkommission empfiehlt im Mai 2021 eine gesetzliche Impfpflicht für das Gesundheitspersonal. Die Impfung gegen Covid-19 solle für die Dauer der Pandemie als Berufsvoraussetzung für diese Berufsgruppen gelten: «Für Gesundheits- und Pflegepersonal und ähnliche Berufsgruppen mit intensiven Körperkontakt zu Menschen verschiedenster Vulnerabilität (Friseurinnen und Friseure, Masseurinnen und Masseur, udgl.) sollte zumindest für die Dauer der Pandemie die COVID-19-Impfung als Erfordernis für die Berufsausübung gelten».²⁴⁰ Die Unterlassung einer Covid-19-Impfung sollte als Schutzpflichtverletzung angesehen werden, welche rechtliche Konsequenzen haben kann. Diese Massnahme ist laut Bioethikkommission in der aktuellen Situation geeignet, erforderlich und verhältnismässig.²⁴¹

Eine allgemeine Impfpflicht sah die Kommission zum damaligen Zeitpunkt hingegen als nicht geboten an, da sie nicht geeignet sei, die Durchimpfungsrate zu erhöhen.²⁴² Zudem sei eine allgemeine Verpflichtung aufgrund der fehlenden langjährigen Erfahrung mit der Covid-19-Impfung nicht verhältnismässig.²⁴³ Bei der Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Covid-19-Impfpflicht im Januar 2022 kommt sie jedoch zum Schluss, dass eine allgemeine Impfpflicht mit einigen geforderten Änderungen und Klarstellungen in der «derzeitigen Situation als eine wichtige und verhältnismässige Massnahme zur Bekämpfung und Überwindung der Pandemie»²⁴⁴ darstellt. Die Meinungsänderung resultiert aus der veränderten Datenlage und der Wirksamkeit der Impfung auch bei neuen Varianten. Eine allgemeine Impfpflicht «trägt dazu bei, das Gesundheitssystem nachhaltig zu entlasten und die wiederholt notwendigen Einschränkungen in die Freiheit aller in Zukunft zu begrenzen».²⁴⁵

8.2 Ethische Grundsätze

Die ethische Diskussion im Zusammenhang mit einer Impfpflicht wird nachfolgend basierend auf den Stellungnahmen der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK), der Bioethikkommission und des Deutschen Ethikrats wiedergegeben. Bei der NEK (2021) werden sogenannte ethische Grundsatzfragen behandelt, darunter fallen die Verhältnismässigkeit der Massnahmen, Gleichbehandlung, Solidarität und die globale Dimension der Coronapandemie. Diese sind relevant, wenn es um die Betrachtung der «Diskussion um die Covid-19-Impfung, ihre Verteilung und ihre Aus- bzw. Wechselwirkungen im Blick auf andere Massnahmen der Pandemiebekämpfung» geht.²⁴⁶ Ersichtlich wird, dass der Fokus der ethischen Betrachtung nicht ausschliesslich auf der Impfpflicht lag, weshalb die Stellungnahme der NEK im Folgenden auch nur ergänzend zu den anderen Quellen berücksichtigt wird. Im Zentrum der folgenden Ausführungen stehen deshalb die vom Deutschen Ethikrat genannten ethischen Grundsätze: Freiheit, Selbstbestimmung

²⁴⁰ Bioethikkommission, Impfung gegen Covid-19 als Berufsausübungserfordernis für die Gruppe der Pflege- und Gesundheitsberufe, Stellungnahme 4. Mai 2021, S. 1.

²⁴¹ Ebd., S. 1f.

²⁴² Ebd., S. 1.

²⁴³ Bioethikkommission, Ethische Fragen einer Impfung gegen Covid-19, Stellungnahme 25. November 2020, S. 18.

²⁴⁴ Bioethikkommission, Stellungnahme zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Impfpflicht gegen Covid-19, S. 10. Januar 2022, S. 6.

²⁴⁵ Ebd., S. 6 f.

²⁴⁶ Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, Die Covid-19-Impfung, 2021, S. 8.

über den eigenen Körper, Nichtschädigung und Integritätsschutz, Gerechtigkeit und Rechtsgleichheit, Solidarität, Nachhaltigkeit und Folgeverantwortung.²⁴⁷ Diese Grundsätze werden folgend in enger Anlehnung an die Empfehlung des Deutschen Ethikrates wiedergegeben und punktuell durch die ethischen Grundsatzfragen der NEK und ethischen Aspekte der Bioethikkommission ergänzt.

8.2.1 Freiheit

Als erster relevanter ethischer Grundsatz ist die Freiheit eines jeden Menschen zu erwähnen, welche durch die Verfassung geschützt ist. Beabsichtigte Beschränkungen von Freiheit sind immer rechtfertigungsbedürftig und müssen sorgfältig begründet und abgewogen werden. Es kann aber auch argumentiert werden, dass die individuelle Freiheit der einzelnen Person das Resultat eines «freiheitsermöglichend[en] bzw. –förderlich[en] Zusammenlebens mit allen anderen» ist.²⁴⁸ Aus Sicht des Deutschen Ethikrates wird dies in Zeiten einer Pandemie besonders deutlich: Demnach ist «ein funktionierendes Gesundheitswesen, das durch eine solidarische Gesellschaft gewährleistet wird, ist im Falle einer schweren Erkrankung eine wesentliche Voraussetzung, um individuelle Freiheit zu behalten oder gegebenenfalls wiederzuerlangen».²⁴⁹ Zugleich hat die Pandemie gezeigt, dass die Freiheit gewisse Leistungen zu konsumieren bzw. diese anzubieten, nur bestehen kann, solange die Pandemie unter Kontrolle ist.²⁵⁰ Auch die Bioethikkommission betont, dass individuelle Freiheit nicht ohne Verantwortung für sich selber, aber auch für die Mitmenschen zu haben ist.²⁵¹

8.2.2 Selbstbestimmung

Aus der Freiheit folgt unmittelbar die Selbstbestimmung. Körperliche Selbstbestimmung verlangt, dass «alle körperlichen (darunter medizinische) Eingriffe einer informierten, freiwilligen Zustimmung bedürfen»²⁵² und greift in eine Dimension der Menschenwürde ein. Entsprechend steht der Eingriff in die körperliche Unversehrtheit, wie dies bei der gesetzlichen Impfpflicht geschieht, unter hoher Rechtfertigungslast. Allerdings gilt das Recht auf körperliche Selbstbestimmung nicht absolut. Dies stellt sich besonders in einer Pandemie heraus, wenn die «körperliche Unversehrtheit des einen im direkten Zusammenhang mit der körperlichen Unversehrtheit von anderen»²⁵³ steht. Explizit kann eine Entscheidung gegen eine Impfung zur Überlastung des Gesundheitswesens führen und dadurch alle betreffen, die eine Behandlung benötigen.²⁵⁴ Auch die Bioethikkommission stellt die Frage, «wie weit Individuen Belastungen und Risiken, wie sie mit jeder Impfung verbunden sind, im Namen des gesellschaftlichen Wohls – konkret der Herdenimmunität – zugemutet werden können».²⁵⁵ Impfungen dienen sowohl dem Schutz Einzelner, «wie auch dem Schutz der Bevölkerung, an dem der Einzelne wiederum indirekt partizipiert».²⁵⁶ Die Kommission stellt

²⁴⁷ Deutscher Ethikrat, 2021.

²⁴⁸ Deutscher Ethikrat, 2021, S. 8.

²⁴⁹ Ebd. S. 8.

²⁵⁰ Ebd.

²⁵¹ Bioethikkommission, 2020, S. 23.

²⁵² Deutscher Ethikrat, 2021, S. 8.

²⁵³ Ebd.

²⁵⁴ Deutscher Ethikrat, 2021.

²⁵⁵ Bioethikkommission, Impfen – ethische Aspekte, Stellungnahme, 1. Juni 2015, S. 11.

²⁵⁶ Ebd.

fest, dass die individuelle Selbstbestimmung nicht willkürlich genutzt werden dürfe, sondern eigenverantwortliches Handeln an eine gesellschaftliche Verantwortung gebunden bleibe. Dies betreffe auch die Mitverantwortung des Einzelnen, durch eine Impfung zur Überwindung der Pandemie beizutragen.²⁵⁷

8.2.3 Nichtschädigung und Integritätsschutz

Von Bedeutung ist ferner der ethische Grundsatz der Nichtschädigung, respektive des Integritätsschutzes. Er hat zum Inhalt, dass etwaige Schäden antizipiert und minimiert werden. Potenzielle Schäden beinhalten neben körperlichen Beeinträchtigungen alle Faktoren, welche die Lebenslage verschlechtern. Inwieweit eine Impfpflicht geeignet ist, negative Folgen abzuwehren, und ob Schäden durch einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit impfunwilliger Personen zu rechtfertigen sind, muss geklärt und abgewogen werden. Bei der Abwägung potenzieller Schäden erfordert der Grundsatz «ein günstiges Chancen-Risiken-Verhältnis, bei dem die Nutzenpotenziale die Schadenspotenziale eindeutig überwiegen».²⁵⁸

8.2.4 Gerechtigkeit und Rechtsgleichheit

Laut dem Deutschen Ethikrat sind bei Abwägungen für oder gegen eine Impfpflicht Gerechtigkeit und Rechtsgleichheit zentral. Gerechtigkeit als Rechtfertigungsgrund wird jedoch gleichzeitig für und gegen eine allgemeine Impfpflicht angeführt. Personen, die eine Impfpflicht für ungerecht halten, befürchten unzumutbare Folgen und neue Ungerechtigkeiten. Personen, die sie für gerecht halten, heben hingegen das «Problem des Zugangs zu angemessener Gesundheitsversorgung»²⁵⁹ hervor. Bei den hospitalisierten Personen mit einer Coronainfektion ist der Anteil ungeimpfter Personen deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung. Klinische Behandlungskapazitäten werden somit anteilmässig stärker durch ungeimpfte Patienten und Patientinnen ausgelastet, wodurch auch behandlungsbedürftige Personen ohne eine Infektion mit Covid-19 Einbussen in der medizinischen Versorgung erleben. Durch eine frühzeitige Impfung kann eine Überlastung des Gesundheitswesens eher vermieden werden. Der Deutsche Ethikrat sieht das zentrale Gebot der Gerechtigkeit darin erfüllt, dass «alle Personen mit gleicher Behandlungsbedürftigkeit unabhängig von der Art ihres medizinischen Problems die gleiche Chance auf eine angemessene Versorgung haben».²⁶⁰ Ferner argumentiert er, dass dies aufgrund der vielen vermeidbaren Erkrankungsfälle von ungeimpften Personen in Zeiten der Pandemie nicht vollständig gewährleistet war bzw. ist.²⁶¹

Eine weitere Problematik betrifft die Gesetzesgerechtigkeit: «Gerechtigkeit und Rechtsgleichheit gebieten gleiche Freiheitsrechte für alle, aber auch gleiche Rechte auf eine möglichst unversehrte (gesundheitliche) Lebenslage».²⁶² Daraus abgeleitet ist, selbst wenn die Impfpflicht gewisse Personen belaste oder stigmatisiere, die objektive körperliche Belastung für alle gleich. Diese objektive Belastung wiegt weniger schwer als gesundheitliche Risiken durch eine Überbelastung des

²⁵⁷ Bioethikkommission, 2015.

²⁵⁸ Deutscher Ethikrat, 2021, S. 9.

²⁵⁹ Ebd.

²⁶⁰ Ebd.

²⁶¹ Ebd.

²⁶² Ebd.

Gesundheitswesens. Folglich ist es «zumutbar von allen einer Impfpflicht unterliegenden Personen eine Einhaltung der gesetzlichen Norm zu verlangen und ein pflichtwidriges Verhalten rechtlich zu sanktionieren».²⁶³ Gerechtigkeitsüberlegungen betreffen laut der Bioethikkommission die faire Verteilung von gesellschaftlichen Gütern. Bei der Impfung besteht zwar ein individuelles Risiko, aber auch ein individueller und öffentlicher Nutzen, weshalb eine Impfintervention das Gerechtigkeitsprinzip nicht verletzt. Ein Gerechtigkeitsproblem entsteht im Gegenteil dann, wenn Personen keinen Beitrag zur Herdenimmunität leisten, aber trotzdem Nutzniesser des dadurch erzielten medizinischen Schutzes sind.²⁶⁴

8.2.5 Solidarität

Des Weiteren gewinnt der ethische Grundsatz der Solidarität in einer Pandemie an Bedeutung. «Solidarität besteht in der Bereitschaft, die eigenen, legitimen Ansprüche zugunsten denen anderer Personen» oder des Allgemeinwohls zumindest zeitweise zurückzustellen.²⁶⁵ Anders ausgedrückt, zeigt sich Solidarität in der Bereitschaft, «eigene Freiheitseinbußen zu akzeptieren, ohne persönlich unmittelbaren Nutzen daraus zu ziehen».²⁶⁶ Mit Blick auf die Impfung bedeutet Solidarität wiederum, dass man sich trotz Vorbehalten und/oder ohne grössere Nutzenerwartung impfen lässt, um zu einer hohen Immunität der Bevölkerung beizutragen.²⁶⁷ Auch die NEK hält fest, dass die «Leistungsfähigkeit» einer einzelnen Person nicht wirksam zur Abwehr der Infektionsgefahr ist: Der Selbstschutz der einzelnen Person ist demnach «auf die mittelbaren Schutzwirkungen durch den Selbstschutz der anderen Personen angewiesen».²⁶⁸ Die persönliche Impfscheidung ist also nicht nur eine individuelle Abwägung zwischen Risiken und Schutz, sondern auch eine gesellschaftliche. Die Impfscheidung sollte neben dem persönlichen Impfrisiko auch solidarisch die Folgen der Entscheidung für die Gesellschaft beinhalten.²⁶⁹

8.2.6 Nachhaltigkeit und Folgeverantwortung

Schlussendlich ist der ethische Grundsatz der Nachhaltigkeit und Folgeverantwortung entscheidend. Eine Situation der Unsicherheit erfordert ausreichend Vorsorge für mögliche weitere Infektionswellen. Eine allgemeine gesetzliche Impfpflicht kann ein wirksames Mittel zur Eindämmung von Folgewellen sein und ist damit zur «nachhaltigen Etablierung einer kontrollierbaren endemischen Situation geeignet».²⁷⁰ Der Grundsatz der Folgeverantwortung erfordert «die Abschätzung und Bewertung von intendierten Folgen und unbeabsichtigten Nebenfolgen einer Massnahme».²⁷¹ Bei der allgemeinen Impfpflicht muss eine Abwägung und Gewichtung der Effekte einer Einführung bzw. Nichteinführung vorgenommen werden. So kann eine Einführung zur (weiteren) Radikalisierung impfunwilliger Einzelpersonen führen, während eine Nichteinführung für grosse Teile der Bevölkerung negative Folgen hat.

²⁶³ Ebd., S. 9 f.

²⁶⁴ Bioethikkommission, 2015, S. 14.

²⁶⁵ Deutscher Ethikrat, 2021, S. 10.

²⁶⁶ Ebd.

²⁶⁷ Ebd.

²⁶⁸ Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, 2021, S. 10 f.

²⁶⁹ Ebd.

²⁷⁰ Deutscher Ethikrat, 2021, S. 10.

²⁷¹ Ebd.

8.2.7 Weitere ethische Grundsatzfragen

Ergänzend zu den durch den Deutschen Ethikrat identifizierten ethischen Grundsätzen wirft die NEK die globale Dimension als ethische Grundsatzfrage auf.²⁷² Diese wird bei den Argumenten gegen ein Impfblogatorium aufgegriffen. Unter diesem Aspekt wird das geringe Engagement der Schweiz bei der globalen Pandemiebekämpfung kritisiert. Weiters stellt die NEK die Verhältnismässigkeit einer Impfpflicht infrage.²⁷³ Dieser Aspekt wird im Rahmen dieser Studie jedoch vor allem aus der rechtswissenschaftlichen Perspektive abgehandelt.

8.3 Argumente gegen eine Impfpflicht

Sowohl für als auch gegen die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht werden derzeit diverse ethische Argumente ins Feld geführt. Im Folgenden sollen die wichtigsten Argumente gegen eine Impfpflicht kurz beschrieben werden. Die Argumente sollen hier weder bestätigt noch entkräftet werden. Weitere Erläuterungen zu den hier aufgeführten Argumenten finden sich insbesondere in der ad-hoc Empfehlung des Deutschen Ethikrates. Nicht aufgeführt werden Argumente, welche sich auf den Pandemieverlauf oder die Wirkung der Impfung beziehen. Wie abschliessend vermerkt wird, sind diese Kriterien im Falle der Prüfung einer Einführung einer Impfpflicht separat zu prüfen.

8.3.1 Eingriff in die persönliche Freiheit

Ein wesentliches Argument gegen eine gesetzliche Impfpflicht betrifft die Verhältnismässigkeit einer solchen Regelung. Eine Impfpflicht ist als «starker Eingriff in die persönliche Freiheit, in das Recht auf Selbstbestimmung und in die körperliche Unversehrtheit»²⁷⁴ zu verstehen. Gegner einer Impfpflicht halten einen solchen Eingriff für nicht verhältnismässig. Dieser Argumentationslinie folgend ist die freie und informierte Zustimmung der betroffenen urteilsfähigen Person eine Voraussetzung einer Impfung. Jede Person habe das Recht, eigene Gesundheitsrisiken einzugehen und es bestehe kein Zwang zu Selbstschutzmassnahmen, die in die körperliche Integrität eingreifen. Deswegen sei eine Durchsetzung der Impfung gegen den Willen einer Person ein massiver Eingriff, der das Grundrecht der persönlichen Freiheit und körperlichen Integrität tangiert.

8.3.2 Fehlende Effektivität und Eignung

Eine andere Argumentationsperspektive beurteilt eine Impfpflicht weder als ein geeignetes noch als ein erforderliches Mittel zur Herbeiführung einer kontrollierten endemischen Situation. Stattdessen sollten alternative Massnahmen zu der mit der Impfpflicht intendierten Verhinderung der Überlastung des Gesundheitswesens ergriffen werden. In dieser Argumentationslinie werden zudem verschiedene Unsicherheitsfaktoren eingebracht, welche gegen die Angemessenheit einer allgemeinen Impfpflicht sprechen. So wird beispielsweise darauf verwiesen, dass unter der Delta-Variante die Infektiosität geimpfter Personen höher sei als anfänglich vermutet. Auch sei unklar, inwieweit Impfstoffe bei neuen Varianten vor schweren Verläufen schützen würden. Gegen die

²⁷² Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, 2021, S. 12.

²⁷³ Ebd., S. 8.

²⁷⁴ Deutscher Ethikrat, 2021, S. 11.

Eignung einer Impfpflicht würde auch die Aussicht auf einen baldigen Wechsel von der Pandemie hin zur Endemie sprechen.

8.3.3 Geringe Praktikabilität

Bedenken bestehen auch insofern, als eine Impfpflicht in freiheitlich-demokratischen Rechtsstaaten nur sehr schwer umzusetzen ist bzw. nur mit grossem Kontrollaufwand durchgesetzt werden kann. So ist davon auszugehen, dass im Falle einer Einführung einer allgemeinen Impfpflicht etliche Beschwerden von Impfgegnern gegen die ihnen auferlegte Sanktionen eingehen würden. Diese müssten wohl alle einzeln geprüft werden, was bei den zuständigen Stellen und Gerichten viele Ressourcen binden würde. Würde eine Impfpflicht nicht konsequent umgesetzt, könnte dies wiederum den Eindruck der Überforderung des Staates erwecken und somit zu einem Vertrauensverlust und erhöhter Politikverdrossenheit führen. Aber auch der Verzicht auf die Kontrolle der Einhaltung der Impfpflicht könnte das Vertrauen in den Staat untergraben, da ohne Kontrolle die staatlich angeordnete Impfpflicht wohl wirkungslos bliebe.

8.3.4 Individuelle Folgen und Konsequenzen für Schutzimpfungen generell

Des Weiteren kann argumentiert werden, dass eine allgemeine Impfpflicht zu nicht angemessenen bzw. zu unzumutbaren Belastungen führe. Auf individueller Ebene wird die Sorge vor Komplikationen sowie die Zumutung, sich trotz Ängsten und Vorbehalten impfen zu müssen, angeführt. Belastend wirkt darüber hinaus die Notwendigkeit mehrerer Auffrischimpfungen. Angesichts der aufgeheizten politischen Stimmung könnte eine allgemeine Impfpflicht gegen Covid-19 zu einer allgemein sinkenden Impfbereitschaft für andere Impfungen führen und dadurch weitere Gesundheitsbedrohungen auslösen.

Als weiterer Punkt wird vorgebracht, dass eine Impfpflicht zu einer Stigmatisierung unfreiwillig Ungeimpfter führen kann. Personen, welche sich aus medizinischen oder psychischen Gründen nicht impfen lassen können, laufen Gefahr, aufgrund ihrer Ausnahmestellung blossgestellt und diskriminiert zu werden. Die Prüfung der Berechtigung einer solchen Ausnahme von der Impfpflicht ist dabei nicht nur verwaltungstechnisch aufwendig, sondern auch wissenschaftlich eine Herausforderung. So kann beispielsweise argumentiert werden, dass ein enger Zusammenhang von psychischer und physischer Gesundheit besteht und damit die Angst vor einer Impfung nicht als Bagatelle zu betrachten sei.

8.3.5 Negative gesellschaftliche Folgen

Auf politischer und sozialer Ebene besteht die Problematik einer allgemeinen Impfpflicht darin, dass es zu einer weiteren Radikalisierung der Impfgegner und damit einer Zunahme politischer Eskalation kommen könnte. Die damit verbundene Abwehrhaltung gegen den Staat könnte das Verhältnis des Staates zu seinen Bürgerinnen und Bürgern auch in anderen Belangen belasten. Wie bereits erwähnt, könnte sich die Abwehrhaltung insbesondere auf andere gesundheitspolitische Massnahmen und Empfehlungen erstrecken. Gegner einer allgemeinen Impfpflicht sprechen dabei auch von einem (gesundheitspolitischen) Paternalismus. Es wird befürchtet, dass künftig die Verantwortung für alle individuellen Gesundheitsrisiken an den Staat übertragen würden.

Die Beförderung kriminellen Verhaltens wird als weiterer Einwand gegen die Impfpflicht vorgebracht. So nahmen bereits ohne Impfpflicht Fälschung, Handel und Verwendung unechter Impfstoffe zu. Im Falle einer allgemeinen Impfpflicht sind sowohl die Verweigerung einer Impfung als auch die Anstiftung dazu als Vergehen zu erachten. Weitere negative gesellschaftliche Folgen könnten eine gesteigerte Risikoaversion oder zumindest ein falsches Sicherheitsgefühl sein, indem zu sehr auf die Schutzwirkung der Impfung vertraut wird und andere Massnahmen – insbesondere Kontaktbeschränkung – ausser Acht gelassen werden.

8.3.6 Globale Dimension

Ein weiteres Argument gegen eine Impfpflicht erfolgt aus globaler Perspektive. Nationale Alleingänge sind in einer globalisierten Welt bei der Pandemiebewältigung wenig erfolgreich. Vielmehr sind globale Strategien erforderlich. Im Falle global stark unterschiedlicher Impfquoten können sich ständig neue Mutationen bilden, weshalb eine national hohe Impfquote keinen dauerhaften Schutz bringen wird. Entsprechend sollten Staaten mit einer bereits hohen Impfquote ihre politische Energie vor allem für einen weltweit gesicherter Zugang zur Impfung und eine faire Verteilung der Impfstofflieferung einsetzen.

8.3.7 Ungleiche Betroffenheit von Sanktionen

Unter der Annahme, dass eine Nichtbefolgung der Impfaufforderung nur eine Geldbusse zu Folge hat, ist unklar, wie viele Personen einer Impfaufforderung tatsächlich Folge leisten würden und wie viele lieber die Kosten für die damit verbundene Geldbusse tragen würden. Impfkritische Personen mit geringen finanziellen Mittel werden dabei ungleich härter getroffen als einkommensstarke oder vermögende impfkritische Personen. Im Falle moderater Strafen wird wiederum argumentiert, dass eine allgemeine Impfpflicht die Impfquote kaum erhöhen würde – insbesondere unter der Annahme, dass eine Impfpflicht von beschränkter Dauer ist.

8.4 Argumente für eine Impfpflicht

Die Auflistung der Argumente für eine Impfpflicht orientiert sich wiederum an der ad hoc Empfehlung des Deutschen Ethikrates. Die Argumente werden in dieser Aufzählung weder bestätigt noch entkräftet.

8.4.1 Verhältnismässigkeit gesichert

Die Verhältnismässigkeit einer allgemeinen Impfpflicht ist unter den entsprechenden empirischen Voraussetzungen, wie z. B. eine starke Gefährdung der öffentlichen Gesundheit und gleichzeitig eine hohe Schutzwirkung durch die Impfung, kaum umstritten. Eine Impfpflicht gilt demnach als geeignet zum Schutze der Bevölkerung und in Ermangelung milderer, gleich wirksamer Alternativen auch als erforderlich. Dabei wird argumentiert, dass die körperliche Unversehrtheit keinen Vorrang gegenüber anderen Rechten und Freiheiten hat und deshalb eingeschränkt werden dürfe. Auch die Menschenwürde wird nicht berührt, solange es nicht um reinen Fremdschutz gehe und nur einwilligungsfähige Personen von der Impfpflicht betroffen sind. Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die geringe Eingriffsschwere bei Impfstoffen und die niedrigen individuellen Risiken.

8.4.2 Positive Freiheitsbilanz

Eine allgemeine Impfpflicht lässt sich ferner durch eine positive Freiheitsbilanz rechtfertigen. Im Zentrum steht dabei die Güterabwägung zwischen dem Schutz vor einem Eingriff in die körperliche Unversehrtheit Einzelner und den Interessen der Allgemeinheit. Das Interesse der Allgemeinheit beinhaltet neben dem Gesundheitsschutz auch das Aufrechterhalten verschiedener gesellschaftlicher Tätigkeiten und Gesellschaftsbereiche. Im Falle einer unkontrollierten Pandemie müssen individuelle und kollektive Freiheitsräume jedoch eingeschränkt werden, was in der aktuellen Pandemie bereits mehrfach der Fall war. Angesichts der Schutzwirkung der Impfung kann der Saldo zwischen der Rücksicht auf die individuelle Freiheit jener, die sich nicht impfen lassen möchten, und der Rücksicht auf die individuellen und kollektiven Freiheiten geimpfter Menschen als zunehmend negativ betrachtet werden. Eine Impfpflicht führe somit zu einer individuell und kollektiv positiven Freiheitsbilanz und zu mehr Freiheit für alle.

8.4.3 Praktikabilität und Eignung

Eine Impfpflicht trägt wesentlich zur Minderung von Bedrohungslagen und Risiken bei. Dies wird unter anderem durch den überproportionalen Anteil von ungeimpften Covid-19-Patienten auf Intensivstationen verdeutlicht. Mit einer zu geringen Impfquote geht gleichzeitig das Risiko einer Überbelastung des Gesundheitswesens einher und damit eine kritische medizinische Versorgungssituation für alle Bürgerinnen und Bürger. In dieser Argumentationslinie ist die Impfpflicht geeignet, um künftige Notlagen durch weitere Infektionswellen zu verhindern. Möglichst hohe Impfquoten würden dabei auch den Schutz derjenigen ermöglichen, die sich nicht impfen lassen können, und die Entstehung und Ausbreitung von Virusvarianten nachhaltig unterbinden.

8.4.4 Rechtsfolgebereitschaft und Entscheidungshilfe

Befürworter einer allgemeinen Impfpflicht argumentieren, dass unter Verweis auf die allgemeine Rechtsfolgebereitschaft der Bürgerinnen und Bürger ein wesentlicher Teil skeptischer Personen der Aufforderung zur Impfung folgen würden. Dies gelte auch für den Fall, dass eine Nichtbefolgung nur moderate Sanktionen nach sich ziehen würde. Gerade bei Personen, welche sich bei der Entscheidung für oder gegen eine Impfung schwer tun, könnte eine staatliche Impfaufforderung auch eine Erleichterung darstellen – so z. B. für impfbereite Personen, die in einem impfskeptischen persönlichen Umfeld leben. Verunsicherte Impfskeptiker können durch eine Impfpflicht wiederum ihre Meinung revidieren, ohne das Gesicht zu verlieren. Eine Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ist schliesslich auch als ein Vertrauensbeweis in die Schutzwirkung der Impfung zu werten, was weitere Personen überzeugen könnte.

8.4.5 Fairere Verteilung der Belastungen

Eine Impfpflicht bringt eine fairere Verteilung der durch die Pandemie entstehenden Belastungen. Sie verhindert die Überlastung des Gesundheitswesens und dadurch mögliche medizinische Nachteile und Schäden von behandlungsbedürftigen Personen. Zudem würden zukünftige ökonomische, psychische und soziale Belastungen durch wiederkehrende Einschränkungen im Zuge neuer Massnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie begrenzt. Die Impfpflicht beschleunigt somit die Rückkehr zu einer sozialen, kulturellen und ökonomischen Normalität.

8.4.6 Fehlende Alternativen

Auch die bereits bestehenden Massnahmen schränken die Grundrechte ein. Gerade 2G-Regeln machen dabei explizit eine Unterscheidung zwischen geimpften und genesenen Personen einerseits und ungeimpften Personen andererseits. Eine Impfpflicht hätte zur Folge, dass wieder alle Personen gleichbehandelt werden würden. Alternative Mittel zur Pandemiebewältigung sind demgegenüber zu wenig effektiv, zu belastend und haben auf die gesellschaftliche Situation negative polarisierende Effekte. Die Schutzmassnahmen und Grundrechtsbeschränkungen sind nach dieser Argumentationslinie für geimpfte Personen immer weniger zumutbar.

8.4.7 Abschwächung der gesellschaftlichen Polarisierung

Die zu Beginn der Impfkampagne allseits betonte Ablehnung einer allgemeinen Impfpflicht konnte nicht verhindern, dass die Frage nach der Impfung zu einem bestimmenden Thema im Umgang mit der Coronapandemie geworden ist und zu einer wachsenden Polarisierung der Gesellschaft beigetragen hat. Eine allgemeine Impfpflicht könnte diese Polarisierung verringern, indem sie klare Verhältnisse schafft und alle Personen gleich behandelt. Die Aufforderung zur Impfung wäre fortan eine rechtliche und nicht länger eine moralische und soziale. Dies könnte helfen, persönliche Konflikte zwischen Impfbefürwortern und Impfgegner zu reduzieren. Oder anders ausgedrückt: Solange für alle die gleichen Rechte gelten, kann man getrost anderer Meinung sein. Zudem kann eine gesetzliche Impfpflicht auch als «Übernahme von politischer Verantwortung und Handlungsfähigkeit des Staates gedeutet werden», wodurch das Vertrauen in die Politik zunehmen könnte.²⁷⁵ Auch würde eine allgemeine Impfpflicht mit dem Mythos aufräumen, dass eine Impfung durch unmittelbaren Zwang durchgeführt werden würde. Das Argument der Abschwächung der gesellschaftlichen Polarisierung gewinnt vor dem Hintergrund des in Liechtenstein und der Schweiz wohl nötigen Volksentscheides über die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht weiter an Relevanz – insbesondere, wenn dieser so klar ausfallen würde wie die bisherigen Abstimmungen zum Covid-19-Gesetz in der Schweiz.

8.5 Zwischenfazit

Die zahlreichen ethisch begründeten Argumente für und gegen die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht unterstreichen die hohen Anforderungen an eine solche Entscheidung. Ausser Frage steht, dass im Falle einer Einführung einer allgemeinen Impfpflicht verschiedene begleitende Massnahmen nötig sind. So hält der Deutsche Ethikrat beispielsweise fest, dass die Debatte über eine Impfpflicht «mit zielgruppenspezifischer, kultursensibler, mehrsprachiger und leicht verständlicher Information, auch über soziale Medien verbunden sein» sollte und ferner im Falle einer Einführung einer Impfpflicht «ein umfassendes, niederschwelliges Beratungsangebot» bestehen muss.²⁷⁶

²⁷⁵ Deutscher Ethikrat, 2021, S. 16.

²⁷⁶ Deutscher Ethikrat, 2021, S. 17.

9 ZUSAMMENFASSUNG

Die im Zentrum dieser Studie stehende Frage nach der Rechtmässigkeit einer allgemeinen Impfpflicht in Liechtenstein kann grundsätzlich bejaht werden. Zwar stellt eine Impfpflicht einen erheblichen Eingriff in verfassungsrechtlich geschützte Rechtspositionen – insbesondere der körperlichen Unversehrtheit – dar. Dennoch liesse sich eine Impfpflicht verfassungsrechtlich rechtfertigen. Die Verhältnismässigkeit einer Impfpflicht resultiert daraus, dass sie mit dem Gemeinschaftsschutz ein legitimes Ziel verfolgt und zur Erreichung dieses öffentlichen Interesses unter den entsprechenden, empirischen Voraussetzungen und mangels gleich wirksamer Mittel geeignet und erforderlich ist.

Aus ethischer Sicht kann darüber hinaus von einer positiven Freiheitsbilanz einer Impfpflicht gesprochen werden. Damit ist gemeint, dass eine Impfpflicht insgesamt mehr Freiheit für alle ermöglichen könnte. Im Kern geht es erneut um eine Güterabwägung zwischen der Belastung durch einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Einzelnen und den Interessen der Allgemeinheit, zu welchen «nicht nur der Gesundheitsschutz, sondern auch das Intakthalten der verschiedenen Gesellschaftsbereiche der Bildung, der Wirtschaft, der Gastronomie, der Kultur usw.» zählen.²⁷⁷

Teil des Prüfauftrags dieser Studie waren auch das Verfahren zur Einführung einer allgemeinen Impfpflicht sowie die Auflistung konkreter Ecksteine einer solchen. Die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht hat in Form eines Gesetzes zu erfolgen. Im Sinne der höchstmöglichen demokratischen Legitimation empfiehlt es sich dabei, den gesamten Gesetzgebungsprozess zu durchlaufen. Insbesondere bedeutet dies, dass eine öffentliche Vernehmlassung durchzuführen ist und dass das Gesetz nicht als dringlich erklärt werden soll, womit das Referendum gegen die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht offen steht.

Mit dem österreichischen Gesetzesentwurf besteht eine konkrete Vorlage, wie eine allgemeine Impfpflicht ausgestaltet werden könnte. Gesetzlich zu definieren sind dabei insbesondere die von der Impfpflicht erfassten Altersgruppen, mögliche Ausnahmen sowie konkrete Sanktionen und deren Umsetzung. Als Sanktion einer Nichtbefolgung der Impfaufforderung sind im österreichischen Gesetzesentwurf periodisch verhängte (Verwaltungs-)Strafen in Form von Geldbussen vorgesehen, die auch bei einer Uneinbringlichkeit nicht in eine Ersatzfreiheitsstrafe umgewandelt werden können. Auch die im Gesetzesentwurf vorgesehene Möglichkeit von individuell begründeten Ausnahmen von der Impfpflicht sowie die Befristung der Impfpflicht auf knapp zwei Jahre wirken moderierend.

Die Auflistung von Argumenten für oder gegen eine Impfpflicht zeigt, dass sich für beide Positionen verschiedene überzeugende Argumente finden lassen. Welche Position eingenommen wird, hängt dabei auch von der Pandemieentwicklung und deren subjektiven Einordnung ab. Beispielhaft für die Entwicklung der Pandemie in Liechtenstein wurden im Rahmen dieser Studie ver-

²⁷⁷ Deutscher Ethikrat, 2021, S. 5.

schiedene Kennzahlen dargestellt. Diese basieren ausschliesslich auf öffentlich zugänglichen Daten des Bundesamts für Gesundheit sowie vergleichbarer Datenquellen. Angesichts des dynamischen Pandemieverlaufs müssten im Falle einer konkreten Vorlage einer allgemeinen Impfpflicht die Wirksamkeit der Impfung sowie andere gesundheitspolitische Kennzahlen aktualisiert und nochmals differenziert gewürdigt werden.

Als zentrale Kriterien zur Einschätzung der Pandemieentwicklung haben sich die Auslastung des Gesundheitssystems sowie die Wirksamkeit der Impfung als Schutz vor Ansteckung respektive vor einem schweren Krankheitsverlauf herauskristallisiert. Hinsichtlich der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht hat die Einschätzung der Pandemieentwicklung anhand dieser Kriterien allerdings stets perspektivisch zu erfolgen. Die Einführung einer Impfpflicht und deren Wirkung benötigen eine gewisse Vorlaufzeit. Sie taugt deshalb nicht als Akutmassnahme. Die weitere Pandemieentwicklung lässt sich derweil auch von der Wissenschaft nur schwer abschätzen, weshalb diese nur Empfehlungen liefern und die Frage, wann und ob eine Impfpflicht eingeführt werden soll, letztlich eine politische Frage ist.

Viele Aspekte einer Impfpflicht lassen sich von Gegnern und Befürwortern einer solchen verwenden. Ein Beispiel hierfür sind die gesellschaftspolitischen Auswirkungen der Einführung einer Impfpflicht. Während die einen eine Zunahme der Polarisierung befürchten, argumentieren die anderen, dass eine gesetzliche Impfpflicht der aktuellen Polarisierung entgegenwirken würde. Tatsächlich würden wohl beide Seiten richtig liegen. So ist davon auszugehen, dass die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht bei einem Teil der Impfgegner zu einer (weiteren) Radikalisierung führen könnte, die sich in einer offenen Ablehnung der Impfaufforderung niederschlagen würde. Andere wiederum würden die Impfaufforderung wohl ignorieren, ohne aber dagegen vorzugehen. Zu dieser Gruppe zählen jene Personen, welche einen demokratischen Mehrheitsentscheid für die Einführung einer Impfpflicht akzeptieren, selbst aber lieber die für die Nichtbefolgung der Impfpflicht vorgesehenen Geldbussen bezahlen würden. Den dritten Teil bilden jene Personen, die sich ohne grösseren Widerstand impfen lassen würden. Hierfür spricht eine in demokratischen Staaten verankerte Rechtsfolgebereitschaft. Der gesellschaftliche und politische Konflikt für oder gegen eine Impfung würde sich somit auf eine kleine, aber wohl radikalisierte Impfgegnerschaft beschränken. Im Vergleich zur heutigen medial omnipräsenten Debatte könnte dies durchaus als eine Reduktion der Polarisierung verstanden werden.

Bei der Einführung und Umsetzung einer Impfpflicht ist ein nicht zu unterschätzender Verwaltungsaufwand zu erwarten. Wie gross dieser tatsächlich ist und in welchem Verhältnis er zu den ohnehin schon grossen Anstrengungen von Politik und Verwaltung zur Bekämpfung der Pandemie steht, konnte im Rahmen dieser Studie nicht erörtert werden. Ein zentraler in dieser Studie vorgebrachter Punkt ist demgegenüber die Frage nach der Effektivität einer auf Liechtenstein beschränkten Impfpflicht. Angesichts des hohen Anteils an Zupendlerinnen und Zupendlern aus der Schweiz kann das Ziel des Gemeinschaftsschutzes wohl nur bei einer parallelen Einführung einer Impfpflicht in der Schweiz glaubhaft erreicht werden. Auch der Grundsatz der Gleichbehandlung scheint bei einer einseitig durch Liechtenstein erlassenen Impfpflicht zumindest relativiert. Ob-

wohl der Zollvertrag einer eigenständigen Lösung Liechtensteins nicht entgegensteht, ist ein koordiniertes Vorgehen mit der Schweiz sowohl hinsichtlich der politischen und verwaltungstechnischen Machbarkeit als auch hinsichtlich der für die Prüfung der Verhältnismässigkeit wichtigen Eignung der Massnahme wichtig.

Im Falle eines Abklingens der aktuellen Pandemie ist davon auszugehen, dass die bestehenden Massnahmen zur Bekämpfung der Coronapandemie verringert bzw. gänzlich aufgehoben werden. Ebenso ist davon auszugehen, dass damit die Frage nach der Einführung einer Impfpflicht gegen Covid-19 an Relevanz verlieren wird. Schutzimpfungen sind aber auch für andere aktuell bestehende und künftig neu auftretende Krankheiten wichtig. Die im Rahmen dieser Studie erfolgte Erörterung einer allgemeinen Impfpflicht ist damit auch über die Coronapandemie hinaus von Relevanz zur Beurteilung der politischen Handlungsoptionen im Falle einer Pandemie. Dabei sind die Ursachen für die im westeuropäischen Vergleich geringe Impfquote Liechtensteins und die gesellschaftliche Polarisierung rund um die Impffrage zu evaluieren. Zudem wird es von enormer Wichtigkeit sein, sachlich über die Wirkung und Voraussetzungen von Schutzimpfungen zu informieren.

