

Die Covid-19-Impfung

Ethische Erwägungen zu Grundsatzfragen und
spezifischen Anwendungsbereichen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Grundlagen	4
1.1 Ausgangslage	4
1.2 Impfstoffe	6
1.2.1. Entwicklung und Wirksamkeit der Impfstoffe	6
1.2.2. Wissenschaftliche Unbekannte	7
1.2.3. Impfstoffe in der Schweiz	7
1.3 Ethische Grundsatzfragen	8
1.3.1. Verhältnismässigkeit der Massnahmen	8
1.3.2. Gleichbehandlung	10
1.3.3. Solidarität	10
1.3.4. Die globale Dimension der Corona-Pandemie	12
2. Zur Frage eines Impfbefehlsgesetzes	13
2.1 Rechtliche Ausgangslage	13
2.2 Ein allgemeines Impfbefehlsgesetz aus ethischer Sicht	14
2.3 Ein Impfbefehlsgesetz für bestimmte Bevölkerungs- bzw. Berufsgruppen	15
2.3.1. Impfung als Selbstschutz	16
2.3.2. Impfung zum Schutz Anderer	16
3. Spezifische Fragestellungen	19
3.1 Rechtliche Ausgangslage	19
3.2 Impfzertifikate	20
3.2.1. Schutz der Person	20
3.2.2. Vertraulichkeit	21
3.2.3. Stigmatisierung	21
3.2.4. Diskriminierung	22
3.2.5. Rolle des Staates, Rolle von Privaten	25
3.3 Überzeugen ohne zu zwingen	25
3.3.1. Informationspflicht	26
3.3.2. Respektieren abweichender Meinungen	27
3.3.3. Angemessenheit der Anreize	28

4. Zusammenfassung und Empfehlungen.....	30
5. Literatur.....	34
6. Abkürzungsverzeichnis.....	38

1. Einleitung und Grundlagen

Mit noch nie dagewesener Geschwindigkeit wurden weltweit mehrere Impfstoffe entwickelt, die im Kampf gegen das neue Coronavirus (SARS-CoV-2) eingesetzt werden können. Mit ihnen verbindet sich die Erwartung, die immensen menschlichen, sozialen und wirtschaftlichen Schäden, die mit der Covid-19-Pandemie und entsprechenden Erkrankungen einhergehen, zu lindern und die allgemeinen Einschränkungen zeitnah und dauerhaft aufheben zu können. Umso mehr stellt und stellt sich weiterhin die Frage der gerechten Verteilung der nach wie vor begrenzt vorhandenen Impfstoffe, zumal in einer globalen Perspektive. Die NEK hat sich hierzu in einer Kurzstellungnahme am 22. Dezember 2020 geäußert und die Strategie der Verteilung in der Schweiz unterstützt (vgl. NEK, 2020a).

Mit dem Beginn der Impfkampagnen rund um den Jahreswechsel 2020/2021 sind zusätzliche ethische Fragen im Umgang mit der Pandemie ins Blickfeld geraten. So gilt es zu diskutieren, welche faktischen Ziele mit den Impfkampagnen legitimerweise verfolgt und welche Massnahmen zum Erreichen dieser Ziele gerechtfertigt werden können. Auch stellen sich neue Fragen im Umgang mit der Tatsache, dass nicht mehr nur Menschen, die eine Infektion mit dem Virus hinter sich haben, gegen dieses immun sind, sondern auch die zunehmende Zahl derjenigen, die geimpft werden konnten bzw. die zu einer Impfung bereit waren.

In der vorliegenden Stellungnahme nimmt sich die NEK dieser Fragen an. Sie diskutiert, ob angesichts der Dringlichkeit der Situation und der legitimen Erwartungen, die mit der Aussicht auf eine grösstmögliche Durchimpfung der Bevölkerung verbunden sind, ein Impfblogatorium gerechtfertigt werden könnte. Dabei wird gesondert erörtert, ob ein allgemeines Obligatorium zu legitimieren wäre, und unter welchen

Bedingungen ein solches für bestimmte Gruppen (Risikopersonen und Gesundheitspersonal) zulässig wäre (Kapitel 2). Im Sinne spezifischer Problemkonstellationen, die mit der Verfügbarkeit der Impfung einhergehen, befasst sich die Kommission zum einen mit der viel diskutierten Frage, inwieweit Rechte und Pflichten von geimpften und nicht geimpften Personen unterschiedlich gehandhabt werden dürfen, und ein Impfnachweis für immunisierte Personen sowohl mit Blick auf öffentliche Aufgaben und Einrichtungen als auch mit Blick auf private Räume zum Einsatz kommen dürfte (Kapitel 3.2). Zum andern fragt die Kommission, welche Anreize für eine Impfung gegebenenfalls geschaffen werden dürfen und was zu beachten ist, wenn die Bevölkerung zwar vom Nutzen der Impfung überzeugt, dabei aber vor allem in ihrer freien Meinungs- und Willensbildung unterstützt werden soll (Kapitel 3.3). Diesen Überlegungen vorgelagert sind Ausführungen zu den ethischen Grundsatzfragen und zentralen Unterscheidungen, an denen sich die Beurteilung der aktuellen Situation zu orientieren hat (Kapitel 1). Die NEK äussert sich im Bewusstsein um die hohe Dynamik der Pandemiesituation ebenso wie der Impfdebatte, die dazu führen, dass einige ihrer Aussagen unvermeidbar lediglich mit einer gewissen Vorläufigkeit möglich sind.

1.1 Ausgangslage

Die städtische Gesundheitskommission von Wuhan in der chinesischen Provinz Hubei meldete am 31. Dezember 2019 27 Fälle einer Lungenentzündung unbekannten Ursprungs. In Europa wurde der erste Fall am 24. Januar 2020 in Frankreich registriert, am 11. März 2020 erklärte der Generalsekretär der WHO die Lage zur Pandemie (WHO, 2020a).¹ Weltweit werden ein Jahr später über 112 Millionen Ansteckungen

¹ Für eine detaillierte Übersicht siehe European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (2020). Event Background COVID-19, [online] <https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus/event-background-2019> [2.05.2020].

und über 2,5 Millionen Todesfälle gezählt, die durch diese neue Atemwegserkrankung verursacht wurden. In der Schweiz wurden über 553'000 Fälle gemeldet, fast 10'000 Personen sind an den Folgen einer Ansteckung gestorben.²

Die überaus rasche Ausbreitung von Covid-19 (Abkürzung von Coronavirus Disease 2019), lässt sich durch eine Reihe von Faktoren erklären, die zum einen mit den Eigenschaften des Virus selbst, zum andern mit dem Kontext, in dem es sich verbreitet, sowie den ökologischen Bedingungen, in denen es sich entwickelt, zusammenhängen (CNECV, 2020). Da der Mensch zuvor noch nie mit diesem Coronavirus, SARS-CoV-2 genannt (Abkürzung von *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), in Kontakt gekommen ist, konnte das Immunsystem die Infektionsausbreitung nicht verhindern, und gab es keine präventiven Massnahmen wie Impfstoffe, die es hätten unterstützen können.³ Darüber hinaus zeigte Covid-19 eine unerwartet hohe Virulenz und Übertragbarkeit, die die verschiedenen staatlichen Gesundheitssysteme grösstenteils überforderten. Die globale Vernetzung von Menschen und Waren trug zusätzlich dazu bei, die Ausbreitung von Covid-19 zu beschleunigen, wodurch wichtige Zeit fehlte, um das Virus und die Krankheit zu erforschen und aus Erfahrungen in anderen Teilen der Welt zu lernen.

Trotz der überall ergriffenen Schutzmassnahmen wie dem digitalen und analogen Contact Tracing (NEK, 2020b), Massentests, Selbstisolation und der Einhaltung der Hygiene- und Verhaltensregeln (Abstandhal-

ten, Händedesinfektion, Maske tragen) durch jede und jeden Einzelnen, verbreitet sich Covid-19 weiter. Sowohl die Krankheit als auch die zur Bekämpfung verfügbaren Mittel, wie die allgemeinen Eindämmungsmassnahmen und Teilausgangssperren (Besuchs- und Ausgehverbot in Institutionen der Langzeitpflege (NEK, 2020c) Schliessung der Schulen und Geschäfte des nicht täglichen Bedarfs), wirkten sich stark auf das physische und psychische Wohlbefinden und die Gesundheit der Einzelnen und der Gemeinschaft sowie direkt und indirekt auf die Volkswirtschaft aus (BAG, 2020; Silva, Silva Ono & Souza, 2020). Durch diese Einschränkungen in wesentlichen Bereichen des Lebens – Sozialleben, Kultur, Arbeit, Bildung, Handel – wurden grundlegende persönliche Rechte beschnitten.

In Grossbritannien⁴, Südafrika und Japan/Brasilien⁵ wurden vor Kurzem erstmals weitere Varianten von SARS-CoV-2 identifiziert. Während Studien darauf hindeuten, dass die in Grossbritannien zuerst entdeckte Mutation leichter übertragbar ist (30–70 Prozent schnellere Ausbreitung), sind weitere Eigenschaften wie der Verlauf der Erkrankung oder die Resistenz gegenüber den heute verfügbaren Impfstoffen noch nicht geklärt.⁶ Dadurch hat die gesundheitliche Lage eine neue kritische Schwelle erreicht, die einen erneuten Notstand erzeugt und einen europaweit konzentrierten Aktionsplan erfordert (Priesemann et al., 2021).

2 Gemäss Daten der amerikanischen Johns-Hopkins-Universität, der Referenzquelle weltweit, [online] <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> [3.02.2021]. Dazu ist anzumerken, dass die Zahlen unter Umständen nicht den tatsächlichen Fallzahlen entsprechen, da nicht alle Ansteckungs- und Todesfälle durch einen Labortest bestätigt wurden; daneben können Verzögerungen oder Erfassungsfehler vorliegen.

3 Weder in der «ersten Welle», das heisst während der ersten akuten Phase von Covid-19-Infektionen zwischen Februar und Juni 2020 (Höhepunkt im März), noch in der «zweiten Welle» zwischen Oktober 2020 und Januar 2021 (Höhepunkt im November) waren Impfstoffe gegen Covid-19 verfügbar.

4 Siehe Meldung des European Centre for Disease Prevention and Control vom 20. Dezember 2020: Rapid Increase of a SARS-CoV-2 Variant with Multiple Spike Protein Mutations Observed in the United Kingdom, [online] <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/SARS-CoV-2-variant-multiple-spike-protein-mutations-United-Kingdom.pdf> [20.01.2021].

5 Es sind dies die VOC (*Variant of Concern*) – 202012/01 (auch 501Y.V1 oder B.1.1.7), zuerst in Grossbritannien gemeldet, Variante 501Y.V2 oder B.1.351 (Südafrika) und Variante 501Y der Linie B.1.1.248 (Japan/Brasilien) (Swissnoso, 2021). Vorläufige Empfehlungen für Akutspitäler bezüglich der Verbreitung neuer Covid-19-Varianten, [online] https://www.swissnoso.ch/fileadmin/swissnoso/Dokumente/5_Forschung_und_Entwicklung/6_Aktuelle_Ereignisse/210119_Interim_recommendations_acute_care_new_COVID-19_variants_v1.0_DE.pdf [20.01.2021].

6 In einer Mitteilung vom 22. Januar 2021 sagte der britische Premierminister Boris Johnson, dass erste Daten darauf hindeuten, dass die in Grossbritannien identifizierte Variante eine höhere Sterblichkeit (in der Grössenordnung von 30 %) zur Folge haben könnte (BBC (2021). Coronavirus: UK Variant 'May Be More Deadly' by James Gallagher, BBC News vom 22. Januar 2021, [online] <https://www.bbc.com/news/health-55768627> [22.01.2021]).

1.2 Impfstoffe

Die Tatsache, dass nun Impfstoffe gegen Covid-19 verfügbar sind, stellt mit Blick auf die Prävention der Krankheit einen grossen Fortschritt dar und ist für die gesamte Weltbevölkerung ein Grund zur Hoffnung. Denn nach jetzigem Kenntnisstand vermögen Impfstoffe, zusammen mit anderen Massnahmen, schwere Krankheitsverläufe⁷ und Todesfälle zu reduzieren (Baden, 2021; Polack et al., 2020; Voysey et al., 2021), eine Überlastung des Gesundheitssystems zu vermeiden (wodurch auch die Versorgung von Menschen mit anderen Krankheiten sichergestellt werden kann) und die negativen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf körperlicher, psychischer, sozialer und wirtschaftlicher Ebene zu verringern (BAG, 2021a).⁸

1.2.1. Entwicklung und Wirksamkeit der Impfstoffe

Die Impfstoffe gegen Covid-19 wurden in Rekordzeit entwickelt.⁹ Ermöglicht wurde dies durch eine enge internationale Zusammenarbeit und einen uneingeschränkten Wissensaustausch, die es zuvor so noch nie gegeben hat (Kaur & Gupta, 2020). Nach den Angaben der WHO vom 26. Februar 2021 (WHO, 2021) befinden sich 182 Impfstoffe in der präklinischen Prüfungsphase und 74 in der klinischen Prüfungsphase am Menschen. Einige Impfstoffe sind bereits verfügbar:

- Das Vakzin Comirnaty® von Pfizer/BioNtech ist seit Dezember 2020 von der Europäischen Arzneimittelagentur (European Medicines Agency, EMA) und der EU-Kommission zugelassen. Nach den Daten von wissenschaftlichen Phase-III-Studien (Polack et al., 2020) vermag der Impfstoff das Risiko einer Erkrankung um 95 Prozent zu reduzieren.
- Das Vakzin Moderna® von Moderna wurde im Dezember 2020 von der amerikanischen Arzneimittelbehörde, am 6. Januar 2021 von der EMA und am 12. Januar 2021 von Swissmedic zugelassen. Die angegebene Wirksamkeit beträgt 94 Prozent.
- Für das Vakzin AstraZeneca (AZD1222), von AstraZeneca/Oxford entwickelt und am 30. Dezember 2021 von der britischen Arzneimittelbehörde (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency, MHRA) zugelassen, wird eine Wirksamkeit von 70-90 Prozent angegeben.¹⁰ Die EMA empfahl am 29. Januar 2021 die Erteilung einer bedingten Zulassung und die Anwendung bei Personen ab 18 Jahren. Swissmedic hingegen gab am 3. Februar 2021 bekannt, dass sie die Zulassung für diesen Impfstoff noch nicht erteilen könne, da noch nicht ausreichend Daten vorlägen, um auf ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis schliessen zu können (Swissmedic, 2021).¹¹

7 Bei einem schweren Verlauf haben die erkrankten Personen zum Beispiel anhaltendes Fieber und Krankheitsgefühl und/oder Atemnot. Es kann sich eine Lungenentzündung entwickeln. In diesem Fall benötigt die erkrankte Person eine Behandlung im Spital, in vielen Fällen auch Sauerstoff. Bei einigen Personen verschlimmern sich die Atemwegssymptome derart, dass sie eine intensivmedizinische Behandlung benötigen. Gemäss aktuellem Wissensstand sterben rund 1,5 % (Stand 28. Dezember 2020) der positiv getesteten Personen an den Folgen der Erkrankung (BAG. Krankheit, Symptome, Behandlung, [online] <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/krankheit-symptome-behandlung-ursprung.html#-679444397> [20.01.2021]).

8 In Einzelfällen kann es dazu kommen, dass auch geimpfte Personen an Covid-19 erkranken, doch dieses Phänomen der sogenannten «Impfversager» ist auch von anderen Impfungen bekannt.

9 Zum Vergleich: Am schnellsten wurde bisher der Impfstoff gegen Mumps entwickelt (in 4 Jahren). Für einen Impfstoff gegen Kinderlähmung brauchte es 7 Jahre, gegen Masern 9 Jahre und gegen das Humane Papillomavirus (HPV) 15 Jahre (Santé Magazin. Vaccins contre le coronavirus: Pour Qui? Comment s'inscrire? effets secondaires?, [online] <https://www.santemagazine.fr/traitement/medicaments/vaccins/vaccins-coronavirus-campagne-de-vaccination-quelles-differences-pour-qui-quand-873097> [20.01.2021]).

10 Hier werden die drei Impfstoffe, die in der Schweiz zum Zeitpunkt der Verabschiedung der Stellungnahme Anwendung finden, beschrieben. Es ist jedoch hervorzuheben, dass die Anstrengungen global sind, und die Beurteilung aller Impfstoffe relevant ist. Mehrere Impfstoffkandidaten befinden sich aktuell in der Entwicklung. So entwickelt Deutschland den mRNA-Impfstoff Curevac, die USA den proteinbasierten Impfstoff Novavax und Johnson & Johnson den rekombinanten Vektorimpfstoff Ad26.COV2.S auf Basis eines humanen Adenovirus. Auch China und Russland haben bereits mehrere Impfstoffe entwickelt und mit der Verimpfung begonnen. In China gibt es beispielsweise den Impfstoff von Sinopharm und den Impfstoff-Kandidaten von Sinovac Biotech, in Russland den vom Nationalen Zentrum für Epidemiologie und Mikrobiologie (Gamaleya) des russischen Gesundheitsministeriums entwickelten Impfstoff Sputnik V.

11 Zuvor hatte die STIKO (Ständige Impfkommision) am Robert-Koch-Institut in Berlin den Impfstoff für über 65-Jährige mangels ausreichender Daten nicht empfohlen. In einer Entgegnung hat AstraZeneca die Wirksamkeit des Impfstoffs auch für diese Altersgruppe bestätigt.

Die Impfstoffe von Pfizer/BioNtech und Moderna werden in zwei Dosen verimpft und beruhen auf der neuartigen mRNA-Technik, bei der ein in Lipid-Nanopartikel verpacktes Fragment der Erreger-Erbinformation direkt injiziert wird.¹² Der Impfstoff von AstraZeneca wurde in Zusammenarbeit mit der Universität Oxford entwickelt, muss ebenfalls in zwei Dosen verimpft werden und beruht auf der konventionelleren Vektor-technologie (Kaur & Gupta, 2020). Während letzterer also einem bewährten Ansatz folgt, betritt die mRNA-Technik Neuland. Die damit operierenden Impfstoffe bieten dementsprechend auch Angriffsfläche für kritische Einschätzungen.

1.2.2. Wissenschaftliche Unbekannte

Die derzeit verfügbaren Impfstoffe bieten einen hohen individuellen Schutz gegen Covid-19, indem sie schwere Verläufe der Krankheit und die damit verbundenen Komplikationen zu reduzieren vermögen. Gegen neue Varianten des Virus könnten die Impfstoffe jedoch weniger wirksam oder vollständig unwirksam sein. Weiterhin unbeantwortet ist zum jetzigen Zeitpunkt überdies die Frage, ob mit der Impfung eine sogenannte sterile Immunität erreicht werden kann, sodass von der geimpften Person geringere Infektionsgefahren für Dritte ausgehen. Diese Frage ist für die ethische Beurteilung zentral, der entsprechende Schutz ist aber noch nicht eindeutig nachgewiesen. Auch die Dauer des Schutzes durch die Impfstoffe ist grundsätzlich noch nicht bekannt. Die Wirksamkeit von mRNA-Impfstoffen könnte über Jahre hinweg sehr hoch bleiben oder nach 3–4 Monaten abnehmen und sich dann stabilisieren (Widge et al., 2020) oder auch kontinuierlich abnehmen. In diesem Fall wäre eine periodische Impfung vorzusehen (infovac, 2021).

Aus diesem Grund sind kontinuierliche Folgestudien (Phase IV) zur Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität der verschiedenen zugelassenen Impfstoffe besonders wichtig.

1.2.3. Impfstoffe in der Schweiz

Bisher hat Swissmedic die Impfstoffe von Pfizer/BioNtech (am 19. Dezember 2020) und Moderna (am 12. Januar 2021) zugelassen. Die Schweiz hat 3 Millionen Dosen bei Pfizer/BioNtech, 7,5 Millionen Dosen bei Moderna und 5,3 Millionen Dosen bei AstraZeneca reserviert, die über mehrere Monate hinweg gestaffelt geliefert werden. Vor Kurzem hat die Schweiz drei weitere Verträge für Impfstoffe über 5 Millionen Dosen mit Curevac (mRNA-Impfstoff, gegenwärtig in der dritten und letzten Testphase), 6 Millionen Dosen mit Novavax (proteinbasierter Impfstoff, gegenwärtig in der letzten Testphase) und 6 Millionen zusätzliche Dosen mit Moderna abgeschlossen. Diese 17 Millionen Dosen kommen zu den bereits reservierten 15,8 Millionen Dosen hinzu (BAG, 2021b).¹³ Mit der Impfung der Bevölkerung wurde offiziell am 4. Januar 2021 begonnen, wobei die Kantone diese unterschiedlich umsetzen und Verzögerungen bei der Impfstofflieferung zu vermerken sind. Da in den ersten Monaten nicht genug Impfstoff bereitgestellt werden kann, um alle, die dies wünschen, zeitgleich zu impfen, haben das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) eine Impfstrategie festgelegt. Diese ordnet die Bevölkerungsgruppen nach absteigendem Risiko, woraus sich die Prioritätenreihenfolge für die Verteilung der erst begrenzt verfügbaren Impfstoffe ergibt. Die NEK ist der Ansicht, dass diese Impfstrategie den Anforderungen einer gerechten Verteilung begrenzter

12 mRNA steht für messenger Ribonucleic Acid, auf Deutsch Boten-RNA (Ribonukleinsäure). Mit einem mRNA-Impfstoff wird die genetische Information (der Bauplan) für einen Bestandteil eines Virusproteins an Körperzellen weitergegeben. Covid-19-Impfstoffe dieser Technologie nutzen die genetische Information für einen Teil des Spikeproteins, mit dem sich SARS-CoV-2 an die menschlichen Zellen bindet. Die menschlichen Zellen produzieren anhand dieser genetischen Information ein Antigen gegen das Spikeprotein, das die schützende Immunantwort stimulieren soll. Bei einem Kontakt mit SARS-CoV-2 erkennt das Immunsystem sodann das Spikeprotein wieder, und kann es anhand des selbst hergestellten Antigens bekämpfen. Im Gegensatz zu herkömmlichen Impfstoffen, die meist das Antigen selbst enthalten, enthalten mRNA-Impfstoffe also die genetische Information eines Teils des Virus, anhand derer der Körper das Antigen selbst produzieren kann (Abbasi, Jennifer (2020). COVID-19 and mRNA Vaccines – First Large Test for a New Approach. JAMA 324(12): 1125-1127, [online] <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2770485?guestAccessKey=fc-28caa1-b914-4e1c-af3f-a03bed8a3627> [5.02.2021]).

13 Siehe auch Swissinfo (2021). La Suisse a conclu trois nouveaux contrats pour des vaccins, Artikel vom 3. Dezember 2021, [online] <https://www.swissinfo.ch/fre/la-suisse-a-conclu-trois-nouveaux-contrats-pour-des-vaccins/46341550> [4.02.2021].

Ressourcen entspricht, und unterstützt sie dementsprechend (NEK, 2020a; BAG, 2021c).¹⁴

1.3 Ethische Grundsatzfragen

Obwohl die Covid-19-Impfkampagnen erst begonnen haben und zu diesem Zeitpunkt noch nicht bekannt ist, inwieweit der Impfstoff die Ansteckung zu verhindern vermag, wie lange eine geimpfte Person durch den Impfstoff geschützt ist oder ob der Impfstoff vor den neuen (und künftigen) Varianten schützt (vgl. 1.2.2), schafft die Impfung eine neue Situation. Zum ersten Mal seit Beginn der Pandemie gibt es zwei neue Gruppen in der Bevölkerung: gegen Covid-19 geimpfte und nicht geimpfte Personen. Diese zweite Gruppe ist heterogen, da sie Personen umfasst, die sich gegen eine Impfung entscheiden, Personen, die noch nicht geimpft wurden oder nicht geimpft werden können, und Personen, die an Covid-19 erkrankt sind und Antikörper entwickelt haben.¹⁵ Die Situation von bereits an Covid-19 erkrankten Personen wirft Fragen auf, die sich von jenen bzgl. geimpfter und nicht geimpfter Personen unterscheiden und werden daher hier nicht behandelt. Diese neue Situation verändert die ethische und rechtliche Interessenabwägung insbesondere im Blick auf die *Rechtfertigung der Einschränkungen bestimmter Rechte auf der einen und die Gewährung von teilweisen Aufhebungen der Einschränkungen für einige Personen auf der anderen Seite*. Dabei gilt, dass das pandemische Infektions- und Erkrankungsrisiko nicht nur von persönlichen Entscheidungen

und dem individuellen Verhalten abhängt, sondern in hohem Mass von gesellschaftlichen Faktoren. Die Tatsache, dass die eigene Gesundheit nicht individuell wirksam geschützt werden kann, wirft die Frage nach ethischen und/oder rechtlichen Verpflichtungen der einzelnen Person gegenüber der Gemeinschaft auf. Vor diesem Hintergrund lässt sich eine Reihe ethischer Grundsatzfragen benennen, die den Rahmen der Diskussion um die Covid-19-Impfung, ihre Verteilung und ihre Aus- bzw. Wechselwirkungen im Blick auf andere Massnahmen der Pandemiebekämpfung bilden. Diese werden im Folgenden beleuchtet.

1.3.1. Verhältnismässigkeit der Massnahmen

Die Einschränkungen bestimmter Rechte (wie die Bewegungsfreiheit, Versammlungsfreiheit, Berufsausübungsfreiheit oder die Freiheit sportliche und kulturelle Aktivitäten auszuüben) können zum Schutz vulnerabler Personen¹⁶ mit einem erhöhten Risiko, schwere Verläufe einer Covid-19-Erkrankung zu entwickeln oder daran zu sterben, gerechtfertigt sein.¹⁷ Der Schutz vulnerabler Personen ist denn auch ein Ziel des BAG – neben den Zielen, die Überlastung des Gesundheitssystems zu vermeiden und die negativen gesundheitlichen, psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie zu verringern (vgl. 1.2). Aktuell haben noch nicht alle vulnerablen Personen eine Impfung erhalten. Sobald dies aber der Fall ist, werden die Einschränkungen für die Gesamtbevölkerung mit Blick auf das *Verhältnismäs-*

14 Aus Sicht der NEK gilt es für die Beurteilung der aktuellen Situation zwischen den Verteilungskriterien, wie sie in der Impfstrategie festgelegt sind, und der konkreten Umsetzung derselben zu unterscheiden. Weltweit zeigt sich, dass in Bezug auf die Ansteckung mit und Behandlung von an SARS-CoV-2 erkrankten Menschen und auch bei der Verteilung von Impfstoffen und anderen Präventionsmassnahmen ein starker sozialer Gradient besteht (sog. Inverse Care Law oder auch Inverse Equity Hypothese) (Todd & Bambra, 2021). Es ist unbestritten, dass es an einigen Stellen zu Schwierigkeiten gekommen ist, die auch aus ethischer Sicht kritikwürdig sind. So etwa die teils ungenügende Vorbereitung der benötigten Infrastruktur, Verzögerungen bei der Verimpfung oder Anmeldesysteme, die (ältere) Personen ohne genügende Computerkenntnisse benachteiligt haben. Die Unterschiede bei der Impfstoffverteilung unter den Kantonen und innerhalb bestimmter Gruppen haben teils zu einem Gefühl der Ungerechtigkeit in einem Teil der Bevölkerung beigetragen.

15 Personen, die bereits an Covid-19 erkrankt sind, werden momentan nach der Infektion drei Monate lang behandelt wie geimpfte Personen. Wie bei geimpften Personen ist jedoch unklar, wie lange der individuelle Selbstschutz, den eine Ansteckung nach sich zieht, anhält, und ob eine Erkrankung eine sterile Immunität mit sich bringt. Aufgrund dieser Unsicherheiten, aber auch, dass Betroffene nur drei Monate wie geimpfte Personen behandelt werden, ist der Anreiz, sich absichtlich zu infizieren, um von allfälligen Lockerungen für geimpfte Personen profitieren zu können, gering.

16 Als vulnerable Personen erachtet das BAG ältere Menschen, schwangere Frauen und Erwachsene mit Vorerkrankungen wie Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder chronischen Atemwegserkrankungen (BAG, Besonders gefährdete Personen, [online] <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/krankheit-symptome-behandlung-ursprung/besonders-gefaehrdete-menschen.html#-80529918> [25.01.2021]).

17 Es wurden Stimmen laut, die die Legitimität der bisherigen Einschränkungen für die Gesamtbevölkerung angesichts der verheerenden und weitreichenden Folgen für die psychische und physische Gesundheit und die Wirtschaft, die sie für den Schutz eines relativ kleinen Teils der Bevölkerung verursachen, infrage stellen. Nach dieser Auffassung wären gezielte Eindämmungsmassnahmen sinnvoller gewesen.

sigkeitsprinzip weniger oder nicht mehr gerechtfertigt sein. Verhältnismässigkeit bedeutet, dass mit der Massnahme tatsächlich der Schutz wichtiger Güter verfolgt wird (d. h. Leben und Gesundheit vulnerabler Personen), und die Massnahme dafür geeignet, erforderlich und zumutbar ist. Je stärker sie direkt darauf abzielt, eine nachgewiesene, ernsthafte und unmittelbare Gefahr abzuwenden, desto eher ist sie gerechtfertigt (NEK, 2020b: 14). Sobald vulnerable Personen mit der Impfung wirksamer geschützt werden können, könnten Einschränkungen für Dritte aufgehoben werden, weil sie weniger geeignet, erforderlich und zumutbar sind. Obwohl es noch wissenschaftliche Unbekannte gibt, ist die Impfung nach derzeitigem Wissenstand eine valable Massnahme (auch wenn sie eine Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit darstellt und mögliche Nebenwirkungen mit sich bringt). Die Impfstoffe könnten mittelfristig Erleichterungen bei oder die Aufhebung von Massnahmen, die Persönlichkeitsrechte tangieren (wie Maskentragen im öffentlichen Raum, Abstandhalten oder reduzierte Sozialkontakte) und den Genuss bestimmter Freiheiten (Fliegen, Veranstaltungsbesuch usw.) ermöglichen. Sie sind daher mit dem *Subsidiaritätsprinzip* vereinbar, da keine weniger einschneidenden Massnahmen zur Verfügung stehen, die eine gleichwertige Ausübung der Persönlichkeitsrechte mit vergleichbarer (oder grösserer) Schutzwirkung ermöglichen.

Auf der anderen Seite ist zu beachten, dass einige Personen keinen Zugang zur Impfung haben und daher nicht direkt geschützt sind. Namentlich sind dies Kinder unter 16 Jahren¹⁸ oder Personen, die eine Kon-

traindikation für die Impfungen aufweisen, beispielsweise wegen Allergien oder ihres Gesundheitszustands. Nach heutigem Kenntnisstand umfasst diese Gruppe eine geringe Anzahl Personen, was sie aber nicht minder schützenswert macht. Sie bilden eine neue Gruppe gefährdeter Personen, weil sie nicht *direkt von der eigenen Impfung, sondern nur indirekt, möglicherweise über die Impfung der anderen und über eine Herdenimmunität, profitieren können*. Die *Vulnerabilitätsperspektive* weitet sich aus: Neben den betagten und hochbetagten Personen sowie Menschen mit Multimorbidität bzw. bestimmten Erkrankungen oder Behinderungen gehören diejenigen dazu, die aus medizinischen Gründen von einer Impfung ausgeschlossen sind. Aus epidemiologischer Sicht wird eine Impfquote von mindestens 60 Prozent der Bevölkerung angestrebt. Würde dieser Anteil für eine Herdenimmunität ausreichen, könnten bis zu 40 Prozent der Bevölkerung vom Nutzen der Impfung profitieren, ohne selbst Impfrisiken eingehen zu müssen.¹⁹ Entsprechend hätte das Ziel, mit der Impfung eine Herdenimmunität zu erreichen, das sich vom Ziel des Schutzes allein der vulnerablen Personen unterscheidet, den Vorteil, auch diejenigen zu schützen, die sich nicht impfen lassen können. Hierdurch könnte deren Benachteiligung oder gar Diskriminierung (sollten die Einschränkungen für geimpfte Personen aufgehoben werden) vermieden werden.

Aktuell stehen noch keine wissenschaftlichen Daten zu den Auswirkungen der Covid-19-Impfung zur Verfügung, da die Impfkampagnen erst begonnen haben.²⁰ Wissenschaftliche Daten zu den Impfkampa-

18 Personen unter 16 Jahren wurden bis anhin noch nicht in klinische Studien, die die Sicherheit der Impfung für Betroffene bestätigen und Voraussetzung für die Empfehlung routinemässiger Impfungen für diese Gruppe darstellen, inkludiert. Der Impfstoff Comirnaty® darf bei Personen unter 16 Jahren, der Impfstoff Moderna® bei Personen unter 18 Jahren nicht verabreicht werden (Swissmedic. Comirnaty – Patienteninformation, [online] <https://www.swissmedicinfo.ch/ShowText.aspx?textType=PI&lang=DE&authNr=68225> [4.02.2021]; Swissmedic (2021). COVID-19 Vaccine Moderna, Patienteninformation vom 22.1.2021, [online] <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/news/coronavirus-covid-19.html> [4.02.2021]).

19 Der Wert von 60 % Durchimpfung ist nicht unbestritten. Gemäss Chung et al. werden eher 70 % für eine Herdenimmunität benötigt (Chung, Jee Young, Melissa N. Thone und Young Jik Kwon (2021). COVID-19 Vaccines: The Status and Perspectives in Delivery Points of View. *Advanced Drug Delivery Reviews* 170: 1-25).

20 Eine Studie, die die ökonomischen Kosten unterschiedlicher Szenarien modelliert, befindet sich momentan noch unter Review: Kirwin, Erin, Ellen Rafferty, Kate Harback, Jeff Round und Christopher McCabe (2020). A Net Benefit Approach for the Optimal Allocation of a COVID-19 Vaccine. medRxiv, Preprint. Abgerufen am 4. Februar 2021, verfügbar unter: <https://doi.org/10.1101/2020.11.30.20240986>. Unklar sind auch die Auswirkungen der möglichen Langzeitfolgen einer Covid-19-Erkrankung auf das Gesundheitssystem: Bei einem schweren Verlauf dauert die Erkrankung meist zwischen zwei und vier Wochen. Einige Symptome (z. B. Müdigkeit, Ateminsuffizienz und generalisierte Schwäche) können noch lange nach der Genesung auftreten (Datta, S. Deblina, Amish Talwar und James T. Lee (2020): A Proposed Framework and Timeline of the Spectrum of Disease Due to SARS-CoV-2 Infection. Illness Beyond Acute Infection and Public Health Implications. *JAMA*, 2020 324(22): 2251-2253, [online] <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2773338> [5.02.2021]).

gnen gegen Masern deuten jedoch darauf hin, dass Untätigkeit, das heisst die Impfung nicht zu fördern, zu mehr Todesfällen durch das Virus, einer länger andauernden Überlastung des Spitalsystems und in der Folge zu einer Verlängerung der Distanzierungsmassnahmen führen würde, die die Bewegungs-, Arbeits- und Handelsfreiheit einschränken (Mak & Saunders, 2006). Analog dazu kann für die Covid-19-Impfung gefolgert werden, dass die Abwägung der Interessen aus gesundheitlicher und wirtschaftlicher Sicht stark zugunsten der Förderung der Impfung ausfällt (das Auftreten neuer Varianten erschwert die Durchführung der Impfkampagne, widerspricht aber nicht der Richtigkeit der prophylaktischen Massnahme durch die Impfstoffe, sofern ihre Wirksamkeit und Sicherheit anhand der gesammelten und analysierten Daten bestätigt wird). Das Ziel, die Impfung zu fördern, könnte rechtfertigbar sein.

1.3.2. Gleichbehandlung

Es ist denkbar, dass ein Teil der Bevölkerung von der Impfung einen Nutzen im Sinne einer Erleichterung bei oder der Aufhebung von Massnahmen, die grundlegende Rechte einschränken, erwartet. Der Umstand, geimpft zu sein (und eventuell über einen Impfnachweis oder Impfpass zu verfügen, vgl. 3.2), könnte dazu führen, dass die Beschränkungen für geimpfte Personen aufgehoben oder erleichtert werden, während sie für ungeimpfte Personen weiterhin gelten (z. B. Ermöglichung von Flügen, Ferien im Ausland, der Teilnahme an Sport- oder Kulturveranstaltungen, Restaurantbesuche). Die Ausübung dieser Freiheiten könnten eine Motivation sein, sich impfen zu lassen (vgl. 3.3).

Es sollte daher diskutiert werden, ob es aus diesem Grund zulässig wäre, geimpfte Personen anders zu behandeln – indem Beschränkungen für sie aufgehoben oder erleichtert würden – als diejenigen, die sich bewusst dafür entschieden haben, sich nicht impfen zu lassen, und damit das Risiko – sei es auch noch so gering – eingehen, einen schweren Krankheitsverlauf zu entwickeln, der möglicherweise eine Hospitalisierung erfordert (und womöglich den Zugang zu einem Beatmungsgerät oder einem Platz auf der In-

tensivstation für andere verunmöglichen). Dies wirft die Frage nach dem sozialen, gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen der Impfung für die geimpften Personen auf. Die in der Politik vertretene Auffassung, dass eine Solidarität der Geimpften mit den nicht Geimpften Personen auch im Blick auf die persönlichen Freiheitsbeschränkungen bestehe, enthält zwar einen starken Appell an den Gemeinsinn, muss aber aus rechtlicher und rechtsethischer Sicht infrage gestellt werden. Könnte bei den Geimpften Personen ein Erkrankungsrisiko weitgehend ausgeschlossen werden und ginge von ihnen nur noch eine geringe Infektionsgefahr für andere aus, liessen sich ihre Freiheitsbeschränkungen nicht mehr mit dem Schutz der Allgemeinheit begründen. Sie stellten dann keine Gefahr für die allgemeine Gesundheit dar, sodass die Aufrechterhaltung ihrer Freiheitsbeschränkungen nur noch einen symbolischen und in der Sache ineffizienten Solidaritätsakt mit den nicht Geimpften Personen darstellen würde. Solange die Impfmöglichkeiten noch stark beschränkt sind und ein grosser Teil der Bevölkerung noch keinen Zugang zur Impfung hat, erscheint eine solche Zumutung angemessen. Sie kann aber rechtlich und ethisch problematisch werden und verlangt nach einer eingehenden Auseinandersetzung und Begründung, je weitgehender der Zugang zur Impfung für alle Impfwilligen sichergestellt ist. Denn ein Diskriminierungsproblem bei unterschiedlichen oder selektiven staatlichen Freiheitsbeschränkungen besteht nicht generell. Es stellt sich nur im Blick auf die Personen, die aus medizinischen Gründen von einer Impfung ausgeschlossen sind. Sie verfügen – im Gegensatz zu Personen, die sich bewusst gegen eine Impfung entscheiden – über keine Möglichkeit, durch ihr Verhalten die Reichweite ihrer vom Staat gewährten Freiheiten zu beeinflussen. Vor diesem Hintergrund muss eine allfällige Diskussion über zugangsberechtigte Impfnachweise mit grosser Sorgfalt geführt werden (vgl. dazu eingehend 3.2).

1.3.3. Solidarität

Eine wirksame Abwehr der Infektionsgefahr übersteigt die Leistungsfähigkeit der einzelnen Person. Der Selbstschutz der einzelnen Person ist auf die mittelbaren Schutzwirkungen durch den Selbstschutz

der anderen Personen angewiesen. Deshalb muss die persönliche Entscheidung für oder gegen eine Impfung nicht nur im Blick auf die *eigenen* Risiken und den *eigenen* Schutz bedacht und abgewogen werden, sondern auch hinsichtlich der Risiken und des Schutzes für die *Gesamtbevölkerung*. Aus ethischer Sicht geht es um die wechselseitige Ergänzung von Individual- und Sozialmoral, von wohlverstandenen Eigeninteresse und gemeinschaftsbezogener Solidarität. Hierbei stellt die gesellschaftliche Impfpraxis ein «Musterbeispiel solidarischen Handelns» dar, «bei dem Individual- und Gemeinwohl eng miteinander verschränkt sind» (Deutscher Ethikrat, 2019: 55f).

Solidarität meint individuelle prosoziale Haltungen, Dispositionen sowie Handlungen einerseits und politische, institutionelle und vertragliche Regelungen andererseits, die darauf zielen, anderen Hilfe und Unterstützung zu leisten (Bayertz, 1996). Sie konstituiert sich negativ über die Wahrnehmung gemeinsamer Herausforderungen oder Bedrohungen und positiv über geteilte Vorstellungen vom guten Leben (vgl. Deutscher Ethikrat, 2017). Sodann beruht solidarisches Handeln wesentlich «auf dem Erkennen von relevanten Gemeinsamkeiten mit einer anderen Person, oder anderen Personen» (Prainsack & Buyx, 2016: 82), und Solidargemeinschaften gründen auf reziproken Erwartungen wechselseitiger Unterstützung ihrer Mitglieder. Im Blick auf die Covid-19-Pandemie ist Solidarität in der Masse gefordert, wie der Gesundheitsschutz für die einzelne Person nur über den Impfschutz der Gemeinschaft (die Herdenimmunität) erreicht werden kann. Dabei gilt, dass Solidaritätsforderungen, die die Freiheit der einzelnen Person einschränken, nur dann gerechtfertigt werden können, «wenn andere, die Freiheit nicht tangierende Massnahmen nicht zu denselben Ergebnissen führen [...]. Deshalb ist durchgehend auf die Balance zu achten zwischen dem Gebot, die Solidarität unter den Betroffenen zu stärken, und der Forderung, deren Autonomie zu respektieren.» (NEK, 2018: 93f).

Bei der Impfscheidung gilt es, im wohlverstandenen Eigeninteresse das persönliche Impfrisiko für die eigene Gesundheit abzuschätzen und solidarisch die

Folgen der Entscheidung für die Gesundheit anderer Personen und die Gesellschaft zu bedenken. Eine Impfscheidung sollte auf der Grundlage individual- und sozialetischer Überlegungen *erstens freiwillig* und *zweitens wohlüberlegt im Blick auf die Folgen der eigenen Entscheidung für andere* erfolgen. Die Personen, bei denen eine Impfung medizinisch unbedenklich ist, können einen solidarischen Schutzbeitrag für die von einer Impfung Ausgeschlossenen leisten. Die Dringlichkeit der Solidaritätsforderung bemisst sich daran, wie stark der Schutz von vulnerablen Personen und Gruppen vor einer Fremdschädigung gewichtet wird. Die Solidaritätsüberlegung gilt allerdings nur unter den drei kumulativen Bedingungen, *erstens* dass die Impfung einen nachgewiesenen Infektionsschutz für Dritte bietet, *zweitens*, dass die Gefährlichkeit der Ansteckungsfolgen die Solidaritätsforderung rechtfertigt und *drittens*, dass Impfrisiken aus medizinischer Sicht verhältnismässig sind und zugemutet werden können.

Die Gemeinwohlperspektive mit Blick auf die Gesundheit der Bevölkerung gilt unabhängig davon, ob und wie sich der eigene Impfschutz auf die Ansteckungsgefahr für andere auswirkt. Die gesundheitlichen Perspektiven der aus medizinischen Gründen nicht geimpften Personen, eine Infektion zu überleben, hängen auch davon ab, dass die medizinischen Ressourcen nicht durch die Behandlung von Personen verknappt werden, die sich durch eine Impfung vor schweren Krankheitsverläufe wirksam schützen könnten. Ist die Situation in den Spitälern angespannt, erhalten die Gemeinwohlperspektive und die moralischen Tugendpflichten gegenüber dem «Wohl der Schwachen» ein zusätzliches Gewicht.

Fragen der Solidarität und des Gemeinwohls stellen sich auch im Blick auf die persönlichen, sozialen und ökonomischen Folgen der Corona-Pandemie. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass nicht alle Menschen in gleicher Weise von einer Infektion mit Covid-19 betroffen sind. Die gesellschaftlichen Lebensverhältnisse korrelieren mit dem Risiko einer Infektion, der Schwere des Krankheitsverlaufs und der Gefahr, an den Folgen der Viruserkrankung zu sterben. Die kom-

plexe Interaktion kann im Anschluss an Richard Horton, Chefredakteur der medizinischen Fachzeitschrift «The Lancet» und Professor an der London School of Hygiene and Tropical Medicine, als Corona-Syndemie beschrieben werden (Horton, 2020; vgl. auch 1.2.3, Fussnote 14). Danach besteht nicht nur ein enger Zusammenhang zwischen der Virusinfektion, dem Krankheitsverlauf, den Begleiterkrankungen und der sozialen und ökonomischen Situation der Betroffenen. Vielmehr führt die Corona-Pandemie zu einer signifikanten Verstärkung von bereits bestehenden gesellschaftlichen Ungleichheiten. Personen in prekären Sozial- und Arbeitsverhältnissen verfügen über weitaus weniger Möglichkeiten, sich vor einer Ansteckung zu schützen. Je prekärer die Lebensverhältnisse desto ungünstiger verläuft eine Virusinfektion.

1.3.4. Die globale Dimension der Corona-Pandemie

Wegen der globalen Ausbreitung des SARS-CoV-2-Virus verlangt eine effiziente Bekämpfung der Pandemie globale Strategien. Ein Impfnationalismus ist kontraproduktiv, denn eine globale Pandemie kann nicht national überwunden werden. Ein weltweit gesicherter Zugang zur Impfung und eine faire Verteilung der Impfstofflieferungen liegt auch im Interesse der wohlhabenden Länder, weil sie selbst von der Streuung des Risikos profitieren (Callaway, 2020). Folgerichtig betrachten die EU und einzelne Staaten – aus sachlichen und nicht nur ethischen Gründen – die Covid-19-Impfstoffe als globale öffentliche Güter, deren Verteilung nicht gänzlich den ökonomischen Regeln des freien Marktes überlassen werden dürfe. Zu diesem Zweck wurde im April 2020 von Regierungen, Gesundheitsorganisationen, Pharmaunternehmen und privaten Spenderinnen und Spendern die ACT-Initiative (Access to COVID-19 Tools Accelerator) gegründet. Einer von vier Arbeitsbereichen ist zuständig für die Impfstoffe und ihre Verteilung. Geleitet wird diese COVAX-Initiative (COVID-19 Vaccine Global Access Facility) von der WHO, der Forschungscoalition CEPI (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations) und der Impfstoffallianz GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation). Inzwischen sind über 180 Staaten COVAX beigetreten.

Die Initiative will in diesem Jahr zwei Milliarden Impfdosen einkaufen. Die eine Hälfte erhalten Länder, die die Impfstoffe selbst bezahlen, die andere Hälfte wird unter den übrigen Ländern fair verteilt. Die Anzahl an Dosen soll nach WHO-Angaben ausreichen, um das Gesundheitspersonal und die über 65-Jährigen weltweit zu impfen. Darüber hinaus fördert COVAX die nationalen Infrastrukturen, um die Produktion und Verteilung von Impfstoffen in ärmeren Weltregionen zu ermöglichen und zu verbessern.

Die Schweiz unterstützt die COVAX-Initiative mit 20 Millionen Franken. Wie bereits beschrieben, werden 80 Prozent der Impfstoffe, die mit diesen 20 Millionen finanziert werden können, an einkommensschwächere Länder verteilt, 20 Prozent kann für die Schweizer Bevölkerung genutzt werden. Parallel dazu hat die Schweiz 780 Millionen Franken für direkte Verträge mit Impfstoffherstellern zur Versorgung der Schweizer Bevölkerung zur Verfügung gestellt. Somit gibt die Schweiz gut 2 Prozent ihrer gesamten für Impfstoffe vorgesehenen Aufwendungen für die Impfung in ärmeren Ländern aus. Aus Gründen der Gerechtigkeit und Solidarität wäre ein grösseres Engagement angezeigt.

Die Beteiligung an der weltweiten Pandemiebekämpfung kann freilich nicht nur aus solidarischen Motiven, sondern auch aus einem wohlverstandenen politischen und ökonomischen Eigeninteresse erfolgen. Globaler Handel, internationaler Austausch im ökonomischen, wissenschaftlichen und kulturellen Bereich sowie der weltweite Tourismus hängen weitgehend von der erfolgreichen globalen Pandemiebekämpfung ab. Deshalb ist es auch im nationalen Interesse, die Corona-Pandemie global zu bekämpfen. Vor diesem Hintergrund ist das geringe Engagement des Bundesrats im Rahmen der globalen Virusbekämpfung fragwürdig, da es nicht nur zu einer ungerechten Verteilung beiträgt, sondern auch die Gefahr birgt, die Pandemie zu verlängern. Der bisher im Rahmen von COVAX gesprochene Betrag ist verhältnismässig gering. Zudem hat der Bund im Gegensatz zu anderen Selbstzahler-Ländern bisher nicht zugunsten ärmerer Länder auf die damit erworbenen Impfstoffe für 20 Prozent der Schweizer Bevölkerung verzichtet.

2. Zur Frage eines Impfblogatoriums

Für die Diskussion der konkreten Fragen, die in Zusammenhang mit der Covid-19-Impfung Gegenstand der aktuellen Debatte sind, gilt es sorgfältig zwischen den geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen und der ethischen Beurteilung zu unterscheiden. Dies gilt namentlich für die Frage nach einer Impfpflicht bzw. einem Impfblogatorium oder gar einem Impfwang, wie sie in Zusammenhang mit der Zielsetzung, möglichst viele Personen möglichst rasch zu immunisieren, immer wieder zur Sprache kommen: Die Tatsache, dass es keine rechtliche Pflicht zur Impfung gibt, schliesst nicht aus, dass gegebenenfalls eine allgemeine moralische oder eine berufsethisch begründete Pflicht zur Immunisierung bestehen kann. Im Folgenden soll daher zunächst die rechtliche Ausgangslage dargestellt werden, bevor die Frage des Impfblogatoriums in ethischer Perspektive beleuchtet wird.

2.1 Rechtliche Ausgangslage

Die Covid-19-Impfung stellt eine Massnahme zum Schutz sowohl der persönlichen als auch der öffentlichen Gesundheit dar. Wie die NEK an anderer Stelle festhält, ist die öffentliche Gesundheit als klassisches öffentliches Interesse zu verstehen, «das Eingriffe in die Grundrechte von Individuen rechtfertigen kann, wenn die weiteren Voraussetzungen der gesetzlichen Grundlage und der Verhältnismässigkeit gegeben sind (Art. 36 BV). In der Abwägung mit entgegenstehenden Grundrechtspositionen ist zu bedenken, dass mit der öffentlichen Gesundheit letztlich ebenfalls Grundrechte geschützt werden, und zwar die elementaren Rechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 10 Abs. 1 und 2 BV)» (NEK, 2020b: 9). Zu fragen ist, ob im Hinblick auf die Covid-19-Impfung eine Rechtfertigung für einen solchen Grundrechtseingriff gegeben ist.

Im Zentrum stehen die Begriffe «Impfwang» und «Impfblogatorium», die in der öffentlichen Diskussion unterschiedlich abgegrenzt und teilweise synonym verwendet werden. *Impfwang* meint die Anwendung von Zwang, um ein *Impfblogatorium* durchzusetzen. Die Zwangsanwendung kann in unmittelbarem, körperlichem Zwang bestehen, aber auch in Verwaltungszwang, etwa durch die Büssung der Impfverweigerung. Ein Impfwang liegt immer dann vor, wenn eine bestehende Impfpflicht unmittelbar mit Sanktionen durchgesetzt wird.

Das Epidemien-gesetz lässt einen Impfwang nicht zu.²¹ Eine Impfung greift in die Rechte auf persönliche Freiheit, körperliche Unversehrtheit und die körperliche Integrität der Person ein, die verfassungsrechtlich (Art. 10 Abs. 2 BV), zivilrechtlich (Art. 28 ZGB) und strafrechtlich (Art. 122ff. StGB) geschützt sind. Jede Impfung setzt die freie und informierte Zustimmung der betroffenen urteilsfähigen Person (Art. 16 ZGB) voraus. Ein Impfblogatorium, das gegen den ausdrücklichen Willen einer Person zwangsweise durchgesetzt wird, stellt eine massive Grundrechtsverletzung dar. Auch im Zusammenhang mit der Covid-19-Impfung gilt: Jede Person hat das Recht, eigene Gesundheitsrisiken einzugehen und ist davor geschützt, von Dritten zu bestimmten Selbstschutzmassnahmen, die in ihre körperliche Integrität eingreifen, gezwungen zu werden. Sie darf auch nicht dazu gezwungen werden, zum Nutzen Dritter die eigene Gesundheit zu gefährden oder Eingriffe in ihre körperliche Integrität zuzulassen.

Für ein allgemeines Impfblogatorium, das alle Bevölkerungsteile trifft, gibt es in der Schweiz keine rechtliche Grundlage. Art. 22 EpG ermächtigt die Kantone lediglich und als *ultima ratio*, bei «erheblicher Gefahr» für *bestimmte Personengruppen* Impfblogatorien

21 Zu abweichenden Positionen vgl. Vokinger, Kerstin Noëlle und Noah Rohner (2020). Impfblogatorium und Impfwang – eine staatsrechtliche Würdigung, Bern, [online] www.recht.recht.ch [5.02.2021].

anzuordnen. In besonderen und ausserordentlichen Lagen kann der Bundesrat eine solche Massnahme beschliessen und durchsetzen (Art. 6f. *EpG*). Freilich kann einem solchen Impfblogatorium gegenüber Personen, welche die Impfung verweigern, nur indirekt – mittels Ersatzmassnahmen – Nachachtung verschafft werden. Eine denkbare Ersatzmassnahme wäre namentlich die Verweigerung des Zugangs zu öffentlichen Leistungen, deren Inanspruchnahme mit Ansteckungsgefahren verbunden ist, etwa im Bereich des öffentlichen Verkehrs oder der Bildung. Ein Impfblogatorium gegenüber bestimmten Berufsgruppen, etwa im Gesundheitswesen, wiederum würde beispielsweise verlangen, die entsprechenden Tätigkeiten von Angestellten, welche die Impfung verweigern, einzuschränken. Insofern stellt das Impfblogatorium keinen unmittelbaren, sondern bloss einen mittelbaren Schutz für vulnerable Personen, Gruppen oder für die Allgemeinheit dar.

Auch ein Impfblogatorium stellt einen schweren Grundrechtseingriff dar, der namentlich das Grundrecht der persönlichen Freiheit tangiert. Der Eingriff muss somit einerseits im öffentlichen Interesse liegen oder durch den Schutz von Grundrechten Dritter gerechtfertigt sein. Andererseits gilt wie bei allen die Freiheit der Person einschränkenden Massnahmen auch im Rahmen der Diskussion eines Impfblogatoriums der Grundsatz der Verhältnismässigkeit mit dem Erfordernis, dass Massnahmen den Schutz hochrangiger Güter verfolgen und sie dafür geeignet, erforderlich und zumutbar sind (vgl. dazu NEK, 2020b: 14).

2.2 Ein allgemeines Impfobligatorium aus ethischer Sicht

Sowohl in der Schweiz als auch in anderen westlichen Ländern gab es im Zuge der Vorbereitungen für die Covid-19-Impfung – mitunter anders als für andere Impfungen – kaum Stimmen, die ein allgemeines Impfblogatorium forderten. Im Gegenteil bemühten sich Politikerinnen, Virologen und Ethikerinnen darum, die

Freiwilligkeit der Impfung nachdrücklich zu betonen. Der vorrangige Grund ist wohl ein politischstrategischer: angesichts einer seit Jahren bekannten Impfskepsis, ja sogar Impfgegnerschaft, in einem substantiellen Teil der Bevölkerung dieser Länder wäre eine allgemeine Impfpflicht in höchstem Masse unpopulär, würde soziale Unruhen hervorrufen und könnte letztlich das Vertrauen der Bevölkerung in andere politische Massnahmen der Epidemiebekämpfung mindern.

Die allgemeine Ablehnung hängt aber auch damit zusammen, dass die Verpflichtung zur Impfung zumeist nicht als moralische Pflicht, sondern als allgemeine Rechtspflicht diskutiert wird, die staatlich angeordnet, polizeilich überprüft und durchgesetzt werden müsste, wie dies bei jeder Rechtspflicht der Fall ist. In einem demokratisch-freiheitlichen Rechtsstaat gilt das Grundprinzip, dass alles erlaubt ist, was nicht ausdrücklich verboten ist. Dieser Grundsatz erwächst aus der Überzeugung, dass die Würde des Menschen sich in vornehmlicher Weise in dessen freier, personaler Selbstbestimmung manifestiert. Eine Rechtspflicht gegenüber einzelnen Bürgerinnen und Bürgern, sich impfen zu lassen, wäre ein Eingriff in dieses grundlegende Freiheitsrecht.

Ein Impfwang griffe überdies in die körperliche Integrität ein. Ein solcher Eingriff ist in der Medizin als Zwangsbehandlung bekannt und ist dort, im Einklang mit der genannten Grundrechtslage, extrem stark begrenzt und kontrolliert: er setzt nicht nur voraus, dass der Patient durch den Eingriff mit hoher Sicherheit vor einer schweren Gesundheitsschädigung oder unmittelbaren Todesgefahr bewahrt wird, was die Risiken und Belastungen der zwangsweisen Behandlung deutlich überwiegen muss, sondern er erfordert insbesondere auch, dass es keine weniger invasiven Alternativmassnahmen gibt und dass der Patient bzw. die Patientin aufgrund von Urteilsunfähigkeit nicht in der Lage ist, rational und selbstbestimmt über diese Behandlung zu entscheiden. Eine Zwangsbehandlung urteilsfähiger Personen ist sonst nur im Rahmen des

Strafvollzugs zulässig, aber auch hier stark eingeschränkt.²² Bei der Impfung im Rahmen einer Epidemie geht es aber um die gesamte Bevölkerung oder grosse Teile davon, welche urteilsfähig und nicht straffällig geworden sind. Zudem gibt es bei den meisten Epidemien, so auch bei der aktuellen Corona-Pandemie, wirksame Alternativmassnahmen, sich und andere zu schützen, insbesondere physische Distanz, zeitliche Kontaktbegrenzung, Mund-Nase-Schutz und Händehygiene. Ein solcher Impfwang bliebe auch dann eine Zwangsmassnahme, wenn die zu impfende Person sich nicht körperlich wehrte, aber verbal oder auf andere Weise zu erkennen gäbe, dass sie dies nicht wolle. Und es liesse sich nicht ausschliessen, dass auch Personen, die in die Impfung einwilligen, durch die mit der Rechtspflicht einhergehenden Sanktionsdrohungen zu einem Entschluss gedrängt würden, der ihnen kaum mehr einen freien Entscheidungsspielraum liesse.

Auch wenn somit das geltende Recht ebenso wie ethische und pragmatische Überlegungen gegen ein allgemeines Impfblogatorium für die gesamte Bevölkerung sprechen und ein solches in der aktuellen Situation ausschliessen, bleibt dennoch zu diskutieren, ob die Bedrohung durch Covid-19 (bzw. einer zukünftigen vergleichbaren Pandemie) nicht aus moralischer Sicht mit einer Verpflichtung für alle, die sich impfen lassen können, einhergeht, diesen Schritt auch zu tun. Denn es bestehen durchaus auch Gründe, die zugunsten einer moralischen Pflicht vorgetragen werden können: sofern die in Frage stehende Impfung effektiv und anhaltend Infektionen, schwere Erkrankungen und Todesfälle verhindern kann, schützt sie Leben und Gesundheit – mit einem eng begrenzten Risiko für diejenigen, die sich impfen lassen. Indirekt kann sie, wenn es sich um eine schwerste Epidemie handelt, auch die Aufrechterhaltung wesentlicher Funktionen des Gemeinwesens sicherstellen und somit auch weitere Grundrechte der Bürgerinnen und Bürger schützen. Ob diese möglichen Gründe aber tatsächlich zugunsten eines allgemeinen Obligatoriums

zum Tragen kommen können, hängt stark von der empirischen Realität der Epidemie und der konkreten Wirkung der Impfung ab. In der aktuellen Situation und unter den gegebenen Informationen über die Wirksamkeit der Impfung, die Existenz anderer Infektionsschutzmassnahmen und die realen Gefahren eines rechtlich bindenden allgemeinen Impfblogatoriums für den sozialen Frieden stellt sich ein solches aus Sicht der NEK klar nicht als verhältnismässig dar und ist daher abzulehnen. In Anbetracht der grossen Schäden, welche die derzeit ergriffenen Massnahmen zur Pandemiebekämpfung in sozialer, kultureller, menschlicher und wirtschaftlicher Hinsicht mit sich bringen, kommt dem Schutz vor diesen Schäden, wie er durch eine Herdenimmunität erreicht werden kann, aus ethischer Sicht freilich grosses Gewicht zu. In moralischer Perspektive bestehen für die Einzelnen daher zweifellos gute Gründe, durch Vornahme einer Impfung einen solidarischen Beitrag an die wirkungsvolle Einhegung der Pandemierisiken und durch sie verursachten Schäden zu leisten (vgl. auch 1.3).

2.3 Ein Impfblogatorium für bestimmte Bevölkerungs- bzw. Berufsgruppen

Unabhängig von einem allgemeinen Impfblogatorium ist in ethischer Perspektive zu diskutieren, ob ein solches Obligatorium für bestimmte Bevölkerungsgruppen eingeführt werden soll, wie es rechtlich zulässig wäre. Hierbei sind zwei Gruppen zu unterscheiden: A) Personen, die ein sehr hohes Risiko haben, an Covid-19 schwer zu erkranken oder zu sterben, also Menschen mit schweren Vorerkrankungen oder Hochbetagte; B) Personen, die ein hohes Risiko eingehen, vulnerable Gruppen zu infizieren, weil sie häufig mit einer grossen Zahl von ihnen engen Umgang haben, also insbesondere Pflege- und Betreuungspersonen in Alten- und Pflegeeinrichtungen. Bei der ersten Gruppe würde eine effektive Impfung in erster Linie einen Selbstschutz bewirken, bei der zweiten Gruppe würde sie vorrangig einen Schutz Anderer bedeu-

22 Vgl. hierzu auch die medizinethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) (2015). Zwangsmassnahmen in der Medizin, 5. Auflage, Bern. Abrufbar unter: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Zwangsmassnahmen-in-der-Medizin.html>.

ten, falls der Nachweis erbracht werden kann, dass die Impfung auch vor einer Übertragung des Virus schützt. Aus ethischer als auch infektiologischer Sicht sind diese beiden Aspekte differenziert zu beurteilen.

2.3.1. Impfung als Selbstschutz

Könnte die *Impfung als Selbstschutz* eine Pflicht zur Impfung begründen? Grundlage zur Beantwortung dieser Frage ist die Kenntnis darüber, inwiefern die Impfung tatsächlich die geimpften Personen schützt. Eine Pflicht zum Selbstschutz, auch wenn sie aus echter Fürsorge geschieht und effektiv wäre, ist aus ethischer Sicht als paternalistisch einzustufen. Da es sich um eine Fürsorge gegen den Willen einer urteilsfähigen Person handelt, liegt ein harter oder starker Paternalismus vor, der heute ethisch nicht mehr vertretbar ist. Aus diesem Grund darf etwa eine Ärztin oder ein Arzt nicht eigenmächtig eine Behandlung vornehmen, ohne zuvor die informierte Einwilligung des Patienten bzw. der Patientin einzuholen. Menschen dürfen ihre Gesundheit und ihr Leben einem Risiko aussetzen und müssen dies selbst bewerten und verantworten. Menschen haben unterschiedliche Risikoakzeptanzschwellen und nehmen unterschiedliche Bewertungen vor, wie sie ihr gesundheitliches Wohlergehen mit anderen Lebenszielen abwägen. Einige betreiben Hochrisikosportarten oder gehen durch ihre Berufe ein hohes gesundheitliches Risiko ein. Auch ist es zulässig, dass Menschen sich selbst absichtlich gesundheitlichen Schaden zufügen.

Darüber hinaus sind die spezifischen Merkmale derjenigen Bevölkerungsgruppe zu beachten, für die eine obligatorische Covid-19-Impfung zum Selbstschutz in Frage käme. Es handelt sich, wie oben dargelegt, um eine hoch vulnerable Gruppe: Personen, die durch chronische Krankheit oder hohes Alter ohnehin schon stark geschwächt sind, von der Hilfe anderer abhängen, im politischen Diskurs nicht immer gehört und in ihren Bedürfnissen und Interessen leicht übergangen werden. Aufgrund ihres hohen Risikos, schwer an Covid-19 zu erkranken oder zu sterben, kann die Impfung bei Ihnen potenziell einen unschätzbaren Nutzen entfalten. Daher ist es richtig, dass bei der

Priorisierung der ersten Impfstoffdosen im Kontext einer anfänglichen Knappheit diese Gruppe als erste eine Impfung angeboten bekommt (vgl. 1.2.3). Dass dies aber auf freiwilliger Basis geschieht, ist ethisch betrachtet zentral. Erstens würde eine Pflicht zur Impfung die ohnehin schon stark eingeengte Selbstbestimmung dieser Menschen zusätzlich beschränken. Zweitens gibt es in dieser Gruppe der schwer kranken und hochbetagten Personen nicht wenige, die ihr Leben für abgeschlossen halten oder aufgrund schwerer Leidenszustände den Tod akzeptieren und nicht aufschieben wollen. In dieser Gruppe gibt es auch die meisten Patientenverfügungen, die eine Spital- bzw. Intensivbehandlung im Fall von Covid-19 oder anderen schweren gesundheitlichen Krisen ausschliessen. Aus all diesen Gründen ist nach Meinung der NEK ein Impfblogatorium dort, wo die Impfung vorrangig dem Selbstschutz der geimpften Person dienen würde, ethisch nicht zu begründen.

2.3.2. Impfung zum Schutz Anderer

Die Situation ist anders einzuschätzen, wenn eine Impfung vorrangig dazu verhilft, andere Menschen davor zu bewahren, mit Covid-19 infiziert zu werden. Dieser Fall tritt aber nur dann ein, wenn eine geimpfte Person tatsächlich nicht mehr ansteckend (sterile Immunität) oder deutlich weniger ansteckend sein sollte. Dafür gibt es bislang keine Belege. Falls sich bestätigen sollte, dass die Impfung keinen relevanten Schutz vor der Weitergabe des Virus an andere mit sich bringt, stellt die Impfung lediglich einen Selbstschutz dar – ein Obligatorium kann nicht gerechtfertigt werden. Fachkräfte in Pflegeheimen etwa würden sich dann durch die Impfung selbst vor der Erkrankung an Covid-19 schützen, aber sie würden nicht ihre Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner schützen. Denkbar wäre sogar ein gegenteiliger Effekt: Falls geimpfte Personen missverständlich davon ausgehen, sie könnten nun andere nicht mehr infizieren und daher laxer mit den Hygiene- und Distanzregeln umgehen, könnten sie sogar eine grössere Infektionsquelle darstellen. Sollte dagegen gezeigt werden, dass eine Covid-19-Impfung eine sterile Immunität bewirkt, so stellte sich die Lage anders dar. In diesem Fall könnte das Übertragungs-

risiko, das durch Hygienemassnahmen schon verringert wird, noch stärker abgesenkt werden, wenn diese mit einer Impfung kombiniert werden (vgl. 1.2.2).

Ein solcher Impfeffekt hätte nicht nur die grössten Chancen, zu einer Herdenimmunität zu führen, er wäre insbesondere für Personen wichtig, die im Kontakt mit Risikopersonen stehen. Ärztinnen, Pflegefachkräfte oder anderes Betreuungspersonal in Alten- und Pflegeheimen oder bei schwer kranken und hochbetagten Personen zu Hause könnten dann durch eine Impfung in Kombination mit den Hygienemassnahmen, die ihnen Anvertrauten am besten schützen. Sofern sie eine verfügbare, sichere und kostenlose Impfung nicht in Anspruch nehmen würden, wäre dieses Verhalten ethisch unverantwortlich, da sie dadurch Leben und Gesundheit der Risikopersonen in starkem Masse gefährden würden – es sei denn, sie wüssten aus immunologischen Untersuchungen, dass sie bereits durch eine durchgemachte Infektion immun sind. Auch wäre es mit den berufsethischen Kodizes der Gesundheitsberufe nicht vereinbar, welche fordern, die Fürsorge um die Gesundheit der Anvertrauten solle oberste Priorität haben. So formuliert die Genfer Deklaration des Weltärztebundes: «Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein.» (Weltärztebund, 2017)

Allerdings begründet eine berufsethische Pflicht noch keine Rechtspflicht. Letztere ist dann nicht nötig, wenn eine genügend grosse Zahl von Fachkräften der berufsethischen Pflicht nachkommt. Im Fall einer Impfung wäre daher eine adäquate Information der Fachkräfte, insbesondere über den Zusammenhang zwischen Impfung und Übertragung des Virus, von entscheidender Bedeutung. Erwägenswert ist es auch, Anreize dahingehend zu setzen, dass der Zugang zur Impfung möglichst einfach ist – etwa indem die Impfstoffe den Personen, die geimpft werden sollen, direkt dort zur Verfügung gestellt werden, wo sie ihnen ohne zusätzlichen Aufwand zugänglich sind. Zudem ist zu berücksichtigen, dass ethische Verpflichtungen durch Diskurs, Appelle und Vorbildverhalten wirken. Auch unterhalb der Schwelle staatlicher

Rechtspflichten können ethische Pflichten mit bestimmten gesellschaftlichen Sanktionen einhergehen und eine grosse Wirkung entfalten. So wäre es etwa denkbar, dass Fachkräfte, welche sich nicht impfen lassen wollen, von der Leitung einer Institution mit anderen Aufgaben ohne direkten Kontakt zu Risikogruppen betraut werden. Denkbar wäre auch, dass nicht geimpfte Personen sich regelmässig mittels Schnelltest auf das Covid-19-Antigen testen lassen müssten, wenn sie im Kontakt mit Risikopersonen arbeiten.

Erst dann, wenn alle diese Massnahmen nicht zielführend wären und ein Grossteil der Fachkräfte eine freiwillige und sichere Impfung, die nachweislich zu einer sterilen Immunität führen würde, nicht nutzen würden, und zugleich die Epidemie nach wie vor eine hohe Dynamik hätte (hohe Fall-, Hospitalisierungs- und Todeszahlen), wäre eine staatliche Impfpflicht für eine solche begrenzte Gruppe ethisch vertretbar. Konkret würde dies etwa bedeuten, dass nicht geimpfte Fachpersonen unbezahlten Urlaub erhielten oder die Stelle wechseln müssten. Beides würde aber dazu führen, dass der schon bestehende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen sich noch verschärfen würde. Aus praktischer Sicht und insbesondere angesichts der vielen offenen Stellen in diesem Bereich ist es durchaus vorstellbar, dass Fachkräfte dann lieber die Stelle oder gar die Branche wechseln als sich einer obligatorischen Impfung zu unterziehen. Dies würde aber bedeuten, dass auch eine sanktionsbewehrte Rechtspflicht zur Impfung nur bedingt eine Wirkung entfalten könnte. Langfristig könnte nicht nur die Attraktivität dieser Berufe im Gesundheitswesen, sondern auch das Vertrauen in die staatliche Führung des Gesundheitswesens Schaden nehmen.

Diese durchaus wahrscheinlichen und klar negativen praktischen Konsequenzen eines Impfbogatoriums für Fachkräfte im Gesundheitswesen müssen bei einer ethischen Abwägung Berücksichtigung finden, wobei die Wahrscheinlichkeit und Bedeutsamkeit dieser negativen Konsequenzen in die Bewertung der Verhältnismässigkeit einfließen. Abschliessend ist bei einer solchen ethischen Abwägung durchaus auch zu berücksichtigen, wie die normativen Traditionen

einer bestimmten Kultur in diesem Zusammenhang beschaffen sind und ob etwa andere Impfbefugnisse bereits bestehen und von der Bevölkerung akzeptiert werden. In der Schweiz herrscht eine ausgeprägte Betonung individueller Autonomie und Freiheitsrechte. Impfbefugnisse gibt es im Gegensatz auch zu Nachbarländern deutlich weniger. Während etwa in Italien und Deutschland Kinder nur dann in staatlichen Kindertagesstätten betreut werden, wenn sie eine Impfung gegen Masern vorweisen können, ist dies in der Schweiz bisher abgelehnt worden, wobei in jüngeren Gerichtsurteilen der Bereitschaft zur Impfung zunehmendes Gewicht beigemessen wird.²³

23 Urteil vom 16. Juni 2020 (5A_789/2019) und Urteil vom 8. Juni 2020 (2C_395/2019).

3. Spezifische Fragestellungen

3.1 Rechtliche Ausgangslage

Dürfen Inhaberinnen von Lebensmittelläden, Gastronomiebetrieben, Sporteinrichtungen oder Reiseunternehmen den Zutritt zu den Räumen oder die Inanspruchnahme der Dienstleistungen von einem Impfnachweis abhängig machen? Darf der Staat hinsichtlich der Massnahmen wie Maskentragepflicht, Quarantäne oder Homeoffice zwischen geimpften und nicht geimpften Personen unterscheiden? Die Rechtslage ist vielschichtig, die Differenzierung zwischen privatrechtlichen und öffentlich-rechtlichen Verhältnissen erweist sich dafür als zentral, obgleich sie nicht immer einfach fällt.

Private Anbieter von Waren und Dienstleistungen können sich auf die Vertragsfreiheit berufen: Sie dürfen selbst entscheiden, mit wem sie einen Vertrag abschliessen und mit wem nicht – und dies auch vom Impfstatus der Person abhängig machen. Fraglich ist, ob und wie sie dem Erfordernis des Datenschutzes gerecht werden können, zumal der Impfstatus zu den Gesundheitsdaten und damit zu den besonders schützenswerten Daten gehört. In wenigen Bereichen besteht eine gesetzliche Kontrahierungspflicht, das heisst die Verpflichtung zum Vertragsabschluss. Es handelt sich vor allem um Dienstleistungen der Grundversorgung, wie etwa im öffentlichen Personenverkehr auf Strasse und Schiene oder in der Spitalversorgung. Im Kontext der Pandemie wurde die Vertragsfreiheit privater Anbieter erst kürzlich eingeschränkt, indem ihnen eine unterschiedliche Behandlung von Personen mit und ohne SwissCovid-App untersagt wurde.²⁴ In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, ob Arbeitgebende einen Impfnachweis verlangen können. Sie haben gegenüber den Arbeitnehmenden ein

Weisungsrecht, gleichzeitig müssen sie die Persönlichkeitsrechte der Arbeitnehmenden respektieren. Eine Verpflichtung zu einer Impfung erfordert eine Interessenabwägung zwischen der Selbstbestimmung der Arbeitnehmenden, beispielsweise des Flugpersonals oder der Mitarbeitenden in einer Arztpraxis, und den Interessen der Arbeitgeberin, den Kunden oder Patientinnen ein geschütztes Umfeld zusichern zu können. Jedenfalls ist es nur dann gerechtfertigt, einen Impfnachweis zu verlangen, wenn keine anderen Massnahmen den angemessenen Schutz der Patienten oder Kundinnen gewährleisten können, was nur ganz ausnahmsweise der Fall sein dürfte.

Anders zu beurteilen ist, ob der *Staat* Rechtsfolgen an einen Impfnachweis knüpfen darf. Dabei könnten bestimmte Massnahmen wie etwa die Begrenzung der Zahl der Kontakte für geimpfte Personen gelockert oder Angebote für Personen mit Impfnachweis wieder zugänglich gemacht werden. Der Staat ist dem Rechtsgleichheitsgebot verpflichtet; ungleiche Behandlungen bedürften einer rechtlichen Grundlage, für sie müssten sachliche Gründe vorliegen und sie müssten geeignet, notwendig und zumutbar sein. Gleichzeitig sind Eingriffe in die persönliche Freiheit der Person zurückzunehmen, wenn sie für den Schutz der Rechte Dritter oder eines öffentlichen Interesses nicht mehr geeignet und notwendig sind.²⁵

Zahlreiche Gründe sprechen dafür, diese komplexe und sensible Frage insgesamt einer rechtlichen Regelung zuzuführen: Eine gesetzliche Normierung würde demokratische Legitimation und Klarheit beziehungsweise Rechtsicherheit schaffen.

24 Art. 60a Abs. 3 EpG: «Die Teilnahme am PT-System ist für alle Personen freiwillig. Behörden, Unternehmen und Einzelpersonen dürfen keine Person aufgrund ihrer Teilnahme oder Nichtteilnahme am PT-System bevorzugen oder benachteiligen; abweichende Vereinbarungen sind unwirksam».

25 Vgl. hierzu Langer, Lorenz (2021). Immunitätsnachweis, Impfpass und Impfblogatorium. Rechtliche und andere Überlegungen zur Corona-Pandemie in der Schweiz, Jusletter vom 1. Februar 2021, [online] https://jusletter.weblaw.ch/juslissues/2021/1053/immunitatsnachweis_-_7d2c11062a.html__ONCE&login=false [8.02.2021] und das Urteil des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg (1 S 321/21) vom 5. Februar 2021 zur Aufhebung der nächtlichen Ausgangsbeschränkung zur Eindämmung des Virus im Bundesland Baden-Württemberg, [online] https://lrbw.juris.de/cgi-bin/laender_rechtsprechung/list.py?Gericht=bw&Art=en&GerichtAuswahl=VGH+Baden-W%FCrttemberg [8.02.2021].

3.2 Impfzertifikate

Wenn eine Impfung gegen Covid-19 verfügbar ist, gleichzeitig aber weiterhin Massnahmen zur Kontrolle der Übertragung des Virus notwendig sind, stellt sich die Frage nach der Aufhebung oder Erleichterung bestimmter Einschränkungen für geimpfte Personen. Denn sobald freiheitsbeschränkende Massnahmen zum Schutz der Gesundheit nicht mehr notwendig sind, verlieren sie ihre Rechtfertigung. Für geimpfte Personen ist das Risiko, nach einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 zu erkranken, sehr gering. Ihr Selbstschutz ist somit gewährleistet. Sollte sich in Zukunft zusätzlich erweisen, dass die Impfung die Übertragung der Krankheit hinreichend zu verhindern vermag, wären auch Einschränkungen für geimpfte Personen zum Schutz Anderer nicht mehr gerechtfertigt.

Wäre es demnach legitim, einen Impfnachweis als Voraussetzung für bestimmte Aktivitäten zu verlangen? Wäre es zu rechtfertigen, geimpfte Personen von bestimmten Schutzmassnahmen auszunehmen?²⁶ Zwischen diesen Fragen gilt es zu unterscheiden: Geimpfte Personen von einer Massnahme, beispielsweise der Maskenpflicht, zu befreien, kann nicht damit gleichgesetzt werden, den Zugang zu einer Aktivität, beispielsweise einem Konzert, auf geimpfte Personen zu beschränken. Im ersten Fall wird eine Schutzmassnahme – sei sie auch noch so wenig belastend – für geimpfte Personen aufgehoben, sobald die Rechtfertigung dafür nicht mehr besteht. Der Zugang zu Aktivitäten bleibt dabei stets allen zu gleichen Bedingungen möglich. Im zweiten Fall wird dagegen bestimmten Personen der Zugang zu einer Aktivität verwehrt. Diese Art von Massnahmen wirft heiklere Fragen auf als die erste.

Grundsätzlich gilt es, die ethische Beurteilung der Einführung eines Impfnachweises primär unter den Aspekten des Schutzes der Person, der Stigmatisierung, der Vertraulichkeit und der Diskriminierungsgefahr vorzunehmen.

3.2.1. Schutz der Person

Sollte ein Impfnachweis eingeführt werden, sind zwei mögliche unerwünschte Wirkungen zu verhindern, die sich auf den Schutz der Person beziehen:

- *Erstens muss vermieden werden, dass ein Anreiz entsteht, sich absichtlich mit Covid-19 anzustecken.* Wenn Immunitätsbescheinigungen mit sozialen und wirtschaftlichen Vorteilen einhergingen, die durch Nachweis einer überstandenen Infektion erlangt werden könnten, bestünde das Risiko, dass sich nicht immune Personen bewusst anstecken wollten, um beispielsweise ebenfalls wieder zur Arbeit gehen zu können. Gefährlich wäre dies insbesondere deshalb, weil auch vulnerable Personen eine Ansteckung suchen und ihr Leben aufs Spiel setzen könnten, um Zugang zu sozioökonomischen Vorteilen zu haben. Sobald die Impfung für alle verfügbar ist, wird sich dieses Problem aber erübrigen. Dann könnten alle Personen die gleichen Vorteile auf sichere Art durch die Impfung erwerben. Ein solcher Anreiz, sich zu immunisieren, wäre mit Blick auf den Schutz der Person unproblematisch.
- *Zweitens darf der Immunstatus keinen Einfluss auf den Zugang zu persönlicher Schutzausrüstung für das Gesundheitspersonal haben.* Solange ungewiss ist, wie lange eine Person nach einer Covid-19-Erkrankung vor einer Neuinfektion geschützt ist, sollte (noch) nicht erkranktem Gesundheitspersonal kein Vorrang bei der persönlichen Schutzausrüstung eingeräumt werden. Auch sollten Personen, die bereits an Covid-19 erkrankt waren, keine personenbezogenen Dienstleistungen erbringen dürfen, ohne dabei die Abstands- und Hygieneregeln zu beachten. Hingegen ist es angezeigt, diejenigen, die geimpft wurden, nach Ablauf der angezeigten Zeitspanne als immunisiert zu betrachten. Solange aber nicht nachgewiesen ist, dass die Impfung einen ausreichenden Schutz gegen die Krankheitsübertragung bietet, müssen weiterhin Vorkehrungen zum Schutz von (nicht geimpften) Personen getroffen werden, mit denen geimpfte Personen in Kontakt kommen.

26 Siehe dazu auch die Ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrats (2021). *Besondere Regeln für Geimpfte?*, Ad-hoc-Empfehlung, Berlin.

3.2.2. Vertraulichkeit

Ein Impfnachweis enthält private und sensible Informationen, wie Name, Geburtsdatum oder Impfstatus, die zu den besonders schützenswerten Personendaten gehören und daher mit Sorgfalt zu behandeln sind. Da jede Aktivität, für deren Ausübung eine Impfung verlangt würde, die Sammlung von Daten durch private Stellen bedingen kann, sollten Datenschutzverantwortliche nicht nur in die Projekte zur Erstellung spezieller Gesundheitsdokumente, sondern auch in die Entwicklung der Pläne, wie diese verwendet werden sollen, einbezogen werden.

In der gesellschaftlichen Realität ist es jedoch nicht möglich, Informationen vollumfänglich privat zu halten, wenn sie Grundlage für die Zuerkennung ungleicher Aufgaben und/oder Rechte sind. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass es zu einem Eingriff in die Privatsphäre oder einer Verletzung derselben kommen wird, die aber gerechtfertigt werden können, wenn die Prinzipien der Notwendigkeit, Subsidiarität und Verhältnismässigkeit erfüllt sind (vgl. 1.3.1).

- Das Prinzip der Notwendigkeit verlangt, dass eine Aktivität nur dann an eine Impfung geknüpft und eine mögliche Offenlegung des Impfstatus in Kauf genommen werden darf, wenn die betroffene Person dadurch wirksam vor einer Ansteckung geschützt wird. Weil das Ansteckungsrisiko für geimpfte Personen tatsächlich sehr gering ist und das Risiko einer Übertragung der Krankheit während der fraglichen Aktivität somit durch die Impfung stark eingeschränkt wird, wird dieses Prinzip oft erfüllt sein.
- Das Subsidiaritätsprinzip verlangt, dass es keine milderen Mittel als eine Zugangsbeschränkung zu Aktivitäten gibt, mit denen die Vertraulichkeit der personenbezogenen Daten besser geschützt werden könnte. Kann der Schutz der Personen mit anderen Konzepten gewährleistet werden, ist das Subsidiaritätsprinzip nicht erfüllt.
- Das Verhältnismässigkeitsprinzip verlangt, dass das Ziel, das mit einer Massnahme erreicht werden soll, hinreichend wichtig ist, um den Eingriff zu rechtfertigen. Dies ist eine gesellschaftliche Frage, die nicht auf einer rein wissenschaftlichen oder rechtlichen

Basis beantwortet werden kann. Sie stellt sich zudem nur dann, wenn die Prinzipien der Notwendigkeit und der Subsidiarität erfüllt sind.

Doch selbst wenn diese Prinzipien alle erfüllt wären, bliebe die Verletzung der Vertraulichkeit bezüglich des Impfstatus aus ethischer Sicht problematisch, da diese schützenswerten Personendaten ohne die Zustimmung der Betroffenen offengelegt würden. Diese Problematik kann jedoch nicht aufgelöst werden, weil jede Aktivität, die nur geimpften Personen zugänglich ist, Informationen über Einzelpersonen offenbaren könnte, indem diejenigen identifiziert werden können, die die fragliche Aktivität ausgeübt haben. Die Beurteilung der Verhältnismässigkeit einer Zugangsbeschränkung auf geimpfte Personen muss diesem Aspekt Rechnung tragen.

3.2.3. Stigmatisierung

Die Einführung eines Impfnachweises geht mit dem Risiko der Stigmatisierung einher. Dieses Risiko bliebe mit dem allgemeinen Zugang zur Impfung bestehen, sofern ein Teil der Bevölkerung ungeimpft bliebe. Erhalten Menschen aufgrund ihres Impfstatus unterschiedlichen Zugang zu Aktivitäten und Räumen, ist dies nicht nur eine Möglichkeit sie zu identifizieren, sondern es wird ihnen auch ihr gesellschaftlicher Wert signalisiert: Einer nicht geimpften Person den Zugang zu verweigern, und darauf zu verzichten, die betreffende Aktivität für sie sicher zu machen, gibt dieser grundsätzlich auch zu verstehen, dass sich diese Mühe für sie nicht lohnt. Dies gefährdet eine soziale Bedingung der Selbstachtung: das Bild unserer selbst, das uns die Gesellschaft spiegelt, und das einen konstitutiven Teil der Einschätzung unseres Selbstwerts darstellt. Indem einer Person der Zugang verweigert wird, wird ihr zudem vermittelt, dass man sich von «gefährdeten oder gefährlichen» Personen distanziert, mit dem Ziel, das eigene Sicherheitsempfinden zu erhöhen (Douglas, 1985). Es ist zu erwarten, dass die Möglichkeit, zwischen geimpften und nicht geimpften Personen zu unterscheiden, solche Prozesse einer Stigmatisierung in Gang setzt. Dies könnte den gesellschaftlichen Zusammenhalt schwächen.

3.2.4. Diskriminierung

Um Diskriminierungen zu verhindern, muss die unterschiedliche Behandlung geimpfter und nicht geimpfter Personen das Rechtsgleichheitsgebot respektieren. Damit mögliche Missbräuche erkannt werden können, muss dabei zwischen Aktivitäten, die von der Impfung abhängig gemacht werden können, und denjenigen, für die dies ausgeschlossen ausgeschlossen sein muss, unterschieden werden. Doch welche Lebensbereiche gilt es dabei auseinanderzuhalten? Mit anderen Worten: Bezüglich welcher Aspekte würde ein aufgrund des Impfstatus unterschiedlicher Zugang eine Diskriminierung darstellen?

Hierzu sind verschiedene Kategorien zu betrachten:

Gewisse Rechte und Bedürfnisse sind klar von einer Art, dass sie nicht an einen Impfnachweis gebunden werden sollten. Dazu gehören die Möglichkeit, grundlegende Rechte wahrzunehmen und Grundbedürfnisse zu befriedigen, die Ausübung politischer Rechte – beispielsweise zu wählen, ein öffentliches Amt auszuüben, an Demonstrationen teilzunehmen –, oder der Zugang zu Bildung und Kultur sowie zu anderen öffentlichen oder quasiöffentlichen Diensten wie dem öffentlichen Verkehr oder der Gesundheitsversorgung.

- *In bestimmten Fällen lassen gesetzliche Vorgaben explizit zu, dass eine Impfbescheinigung verlangt wird, so etwa im Zusammenhang mit der Einreise in ein Land.* Beispielsweise könnten Länder von Reisenden, die in ihr Hoheitsgebiet einreisen, die Vorlage einer Impfbescheinigung verlangen (solche Anforderungen bestehen bereits für Gelbfieber).
- *In anderen Fällen existiert ein expliziter Schutz vor Diskriminierung aus gesundheitlichen Gründen.* So darf der Zugang zur Grundversicherung weder an eine Impfung gegen Covid-19, noch gegen eine andere Krankheit, gebunden werden. Auch dürfen Arbeitgeber keinen Impfnachweis von ihren Mitarbeitenden verlangen, es sei denn, Kundinnen und Kunden können nicht mit anderen Massnahmen ausreichend geschützt werden.
- *Oftmals bestehen auch Alternativen zur Impfung, mithilfe derer das gleiche Ziel erreicht werden kann.* So sollten nicht geimpfte Personen nicht davon abgehalten werden, Orte zu frequentieren, an denen

das Tragen einer Maske oder das Einhalten eines räumlichen Abstands eine Infektion ebenso wirksam verhindert wie die Impfung.

- *Bei anderen Aktivitäten, die für die einzelne Person von konstitutiver Bedeutung sind,* sind Ungleichbehandlungen aufgrund des Impfstatus nur dann gerechtfertigt, wenn sie verhältnismässig sind: Im Verhältnis zum Nutzen für die öffentliche Gesundheit sollten die auferlegten Einschränkungen nicht übermässig belastend sein.

Für eine systematischere Untersuchung, welche Aspekte hier angesprochen sind, kann auf den Capabilities-Ansatz von Martha Nussbaum und Amartya Sen zurückgegriffen werden. Nach diesem Ansatz, der einen Akzent auf die substanziellen Freiheiten des Individuums legt, ist es von grosser Bedeutung, dass alle ausreichend Zugang zu folgenden Gütern haben: Leben, körperliche Gesundheit, körperliche Integrität, Sinne, Vorstellungskraft und Denken, Gefühle, praktische Vernunft, Zugehörigkeit – einschliesslich sozialer Interaktion und der sozialen Grundlagen der Selbstachtung –, Beziehungen zu anderen Spezies, Spiel sowie Kontrolle über die eigene politische und materielle Umgebung (Nussbaum, 2000). Während es legitim sein kann, dass einige Aktivitäten nur für geimpfte Personen zugänglich sind, ist es nach Ansicht der Kommission nicht vertretbar, den Zugang zu den genannten Gütern zu beschränken. Mit anderen Worten ist es wichtig, dass es zumindest gewisse Alternativen gibt, die jeder Person den Zugang zu allen erwähnten Gütern ermöglicht, unabhängig davon, ob sie geimpft oder nicht geimpft ist.

Sobald die Impfung allgemein verfügbar ist, wird die Tatsache, nicht geimpft zu sein, kein unfreiwillig gewählter Zustand mehr sein. Bestimmte Aktivitäten und die Erleichterung oder Aufhebung gewisser Einschränkungen von der Impfung abhängig zu machen, wäre dann eher berechtigt – sofern die betroffenen Aktivitäten nicht grundlegende Rechte berühren oder es sich um Tätigkeiten handelt, die auf andere Weise ebenso wirksam gesichert werden können. Das Erfordernis eines Impfnachweises sollte immer verhältnismässig sein: Je stärker Covid-19 verbreitet ist, desto grösser ist das Gesundheitsrisiko ohne Impfung und

damit die Zahl der Aktivitäten, für die es gerechtfertigt sein könnte, eine Impfung zu verlangen, sobald diese für alle zugänglich ist. Für die ethische Beurteilung der Frage nach dem Einsatz eines Impfnachweises bleibt jedoch zentral, dass sichergestellt ist, dass nicht geimpfte Personen stets über eine ausreichende Breite an Möglichkeiten des Lebensvollzugs verfügen und genügenden Zugang zu Aktivitäten haben, die für sie von konstitutiver Bedeutung sind. Fehlender Schutz in dieser Hinsicht käme faktisch einem Impfwang gleich. Die Frage, ob sich mittels eines Impfnachweises eine Ungleichbehandlung geimpfter und nicht geimpfter Personen rechtfertigen lässt, stellt sich also einerseits mit Blick auf die allfällige Lockerung oder Aufhebung allgemeiner Einschränkungen für geimpfte Personen, andererseits mit Blick auf die Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens. Im Folgenden werden in nicht abschliessender Weise unterschiedliche Situationen erläutert, in denen die Voraussetzungen für eine differenzierte Behandlung geimpfter und nicht geimpfter Personen gegeben sein könnten.

a) Lockerung allgemeiner Einschränkungen

Bezüglich der allgemeinen Einschränkungen sind im Sinne von Beispielen vier Konstellationen zu unterscheiden, die es gesondert zu betrachten gilt – stets unter der Voraussetzung, dass die Impfung nachgewiesenermassen auch vor der Übertragung des Virus schützt:

- *Aufhebung der Quarantänepflicht für geimpfte Personen:* Geimpfte Personen würden keine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit mehr darstellen, und dieser Umstand liesse sich dank des Impfnachweises einfach und zweifelsfrei kontrollieren. Daher könnte nach Meinung der NEK die erhebliche Einschränkung von Freiheitsrechten, die mit der Quarantänepflicht – sowohl bei der Einreise in die Schweiz als auch im Fall einer Kontaktquarantäne – einhergeht, nicht länger gerechtfertigt werden.
- *Aufhebung der Obergrenze für Gruppen:* Treffen von Gruppen geimpfter Personen, deren Grösse die zulässige Obergrenze überschreiten, sollten aus Sicht der Kommission nicht länger verboten bleiben. Dies gälte auch, wenn sich maximal so viele nicht geimpfte Personen in der Gruppe aufhalten, wie es allgemein zulässig ist. Denn von den zusätz-

lich anwesenden geimpften Personen geht in diesem Fall keine zusätzliche Gesundheitsgefährdung für die nicht geimpften Personen aus. Nebst der Gruppenobergrenze gälten für alle nicht geimpften Personen, die sich in der fraglichen Gruppe aufhalten, auch alle weiteren Schutzmassnahmen weiterhin. Der Impfstatus der anwesenden Personen liesse sich nötigenfalls auch hier mit vertretbarem Aufwand kontrollieren. Die mit der allgemeinen Limitierung der Gruppengrösse verbundene Freiheitseinschränkung jedoch, die mit dem Schutz der anderen anwesenden Personen und dem Durchbrechen von Übertragungsketten begründet ist, verlöre ihre Berechtigung. Diese Überlegung lässt sich analog auch auf die Homeoffice-Pflicht übertragen. Eine solche Regelung würde es überdies auch Personen, die sich aus unterschiedlichen Gründen nicht impfen lassen können, erlauben, wieder an entsprechenden Versammlungen teilzunehmen.

- *Bewegungs- und Besuchsfreiheit in Institutionen der Langzeitpflege:* Nach wie vor gelten in Institutionen der Langzeitpflege teilweise erhebliche Einschränkungen der Bewegungs- und Besuchsfreiheit. Diese sind mit dem Schutz der in den Institutionen lebenden Risikogruppen vor einer Ansteckung begründet. Sie werden aufgrund ihrer hohen Risikoexposition denn auch zu Recht prioritär geimpft. Ein Verzicht auf eine Impfung wird somit für einen Grossteil der Betroffenen mehr und mehr zu einer frei gewählten Entscheidung – bedeutend früher, als dies bei der Gesamtbevölkerung der Fall sein wird. In dieser Situation liessen sich die genannten Einschränkungen nicht länger aufrechterhalten, da die Fremd- wie die Selbstgefährdung bei geimpften Personen hinfällig würden. Ihr Impfstatus liesse sich überdies, namentlich im institutionellen Kontext, einfach überprüfen. Zu achten wäre auch darauf, dass umgekehrt diejenigen, die sich nicht impfen lassen möchten – da von ihnen nach jetzigem Kenntnisstand über die in der Schweiz (weit) verbreiteten Varianten des Virus keine Gesundheitsgefährdung für die geimpften Mitbewohnenden ausgeht – nicht ungerechtfertigt in ihren Freiheiten eingeschränkt werden. Gleichwohl sollte ihnen die Möglichkeit gegeben werden, sich anhand anderer Massnahmen vor einer Ansteckung zu schützen.

Dies gilt namentlich deshalb, weil stets davon auszugehen ist, dass die entsprechende Entscheidung im Wissen um die bestehenden Risiken, wohlinformiert und aus freien Stücken erfolgen wird.

- *Allgemeine Einschränkungen im öffentlichen Raum und in Transportmitteln (Maskenpflicht, Gruppengrösse) sowie Hygienemassnahmen:* Nach Meinung der NEK handelt es sich bei den allgemeinen Einschränkungen um verhältnismässige Massnahmen zum Schutz der Gesamtbevölkerung. Sie entfalten ihre Wirkung dann, wenn sich möglichst alle Personen an sie halten. Eine Lockerung der Einschränkungen für geimpfte Personen zu einem zu frühen Zeitpunkt ginge hier mit der Gefahr einher, dass die allgemeine Einhaltung dieser Massnahme geschwächt würde. Dies besonders deshalb, weil es nicht möglich ist, den Impfstatus aller Personen, die sich im öffentlichen Raum oder in Transportmitteln bewegen, zu kontrollieren bzw. ein solches Kontrollregime wiederum unverhältnismässige Eingriffe in persönliche Freiheiten mit sich brächte. Aus diesen Gründen ist die Kommission der Auffassung, dass die Aufrechterhaltung der genannten Einschränkungen für alle Personen ungeachtet ihres Impfstatus gerechtfertigt ist, solange die Impfung nicht allen zur Verfügung steht, die sich impfen lassen wollen. Die NEK gibt zu bedenken, dass die hier vertretenen möglichen Lockerungen keine Privilegien für geimpfte Personen bedeuten würden, sondern lediglich die Einschränkung von Rechten dieser Personen verringern. Sie ist des weiteren der Ansicht, dass eine solche differenzierte Behandlung nach Impfstatus auch einen Anreiz setzen könnte, Personen für eine Impfung zu gewinnen. Solange die Entscheidung zugunsten der Impfung aus freien Stücken und wohlinformiert erfolgt, ist das Setzen eines solchen Anreizes aus Sicht der Kommission gerechtfertigt (vgl. dazu auch 3.3).

b) Aktivitäten des täglichen Lebens

Das Prinzip der freiwilligen Impfung verlangt zwar, dass bestimmte Aktivitäten – mit oder ohne Impfnachweis – für alle Personen möglich bleiben. Doch die Verpflichtung, alle Aktivitäten so zu gestalten, dass auch nicht geimpfte Personen ohne Risiko an diesen teilnehmen können, hat ihrerseits ebenfalls Grenzen. Eine Pflicht, die Übertragung einer anste-

ckenden Krankheit einzudämmen, besteht sowohl als Pflicht gegenüber der einzelnen Person, die Gefahr läuft zu erkranken, als auch gegenüber der Allgemeinheit, da es die Verschärfung der Epidemie zu verhindern gilt. Sobald jedoch die Impfung eine Frage der persönlichen Entscheidung ist, ist es auch eine persönliche Entscheidung, durch Verzicht auf die Impfung ein individuelles Risiko einzugehen. Die Pflicht gegenüber der Allgemeinheit bleibt dabei bestehen, obliegt aber jeder und jedem Einzelnen. Bei einer Aktivität, die nicht auf andere Weise gesichert werden kann als durch eine Impfung (z. B. Flugreisen), müsste eine nicht geimpfte Person einen besseren Grund geltend machen, um dennoch zugelassen zu werden, als wenn es sich um eine Aktivität handelt, die für alle Personen sicher gestaltet werden könnte (z. B. Konzerte). Nachfolgend einige Beispiele zur Veranschaulichung: Verlangen eines Impfnachweises für:

- *Langstreckenflüge:* Es ist kaum denkbar, dass der Schutz in einer geschlossenen Umgebung, in der die Luft – zumindest teilweise – umgewälzt, und die Maske zum Essen und Trinken abgenommen wird, gewährleistet werden kann (wobei anzumerken ist, dass das Expositionsrisiko mit der Flugdauer steigt). Nicht fliegen zu können schränkt die Bewegungsfreiheit zwar ein, verhindert sie aber nicht.
- *Kinobesuch oder Besuch einer Sportveranstaltung:* Diese Aktivitäten können für alle Besuchenden mit geringeren Einschränkungen, als es ein Impfnachweis darstellt, gesichert werden (Maskenpflicht, Abstandhalten). Das Verlangen eines Impfnachweises ist daher nicht verhältnismässig.
- *Essen im Speisesaal eines Alters- und Pflegeheims:* Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen sind in allen Aspekten ihres Lebens stark von der Institution abhängig. In diesem Kontext wäre die Gewährung unterschiedlicher Rechte für geimpfte und nicht geimpfte Personen daher oft problematisch. Heimbewohnerinnen und -bewohnern kommt bei der Impfung richtigerweise Priorität zu. Sobald der Zugang zur Impfung für diese Gruppe gewährleistet ist, werden nicht geimpfte Personen in Alters- und Pflegeheimen aus freien Stücken nicht geimpft sein. In diesem Kontext würde eine Einschränkung der Rechte nicht geimpfter Personen vor allem ihrem eigenen Schutz dienen, da die geimpften Per-

sonen durch die Impfung geschützt wären. Nach Ansicht der NEK sollte Bewohnerinnen und Bewohner, die die Impfung freiwillig und informiert ablehnt haben, der Zugang zum gemeinschaftlichen Speisesaal nicht verunmöglicht werden.

3.2.5. Rolle des Staates, Rolle von Privaten

Die hier beschriebenen Grundsätze gelten unabhängig davon, ob der Staat oder ein privates Unternehmen für bestimmte Angebote die Impfung zur Bedingung machen. Es ist sicherzustellen, dass auch nicht geimpfte Personen jederzeit ihre Grundbedürfnisse befriedigen und grundlegende Rechte ausüben können. Um zu gewährleisten, dass beispielsweise nicht alle Lebensmittelläden einen Impfnachweis verlangen, wäre eine explizite rechtliche Regelung erforderlich. Zudem müsste garantiert sein, dass es nicht möglich ist, Impfnachweise zu fälschen, sobald Ungleichbehandlungen mit der Impfung verbunden würden. Der Impfnachweis sollte deshalb von einer Stelle ausgestellt werden, die sowohl befugt ist, besonders schützenswerte Personendaten zu erheben, als auch in der Lage ist, die Richtigkeit der Zertifizierung zu garantieren und Betrug zu verhindern.

Hervorzuheben ist, dass die ganze Bevölkerung so schnell wie möglich Zugang zur Impfung und zu Testmöglichkeiten haben sollte, um Diskriminierung im Zusammenhang mit der Impfung zu verhindern. Dies sollte fremdsprachige Personen, Sans-Papiers und alle, die nur erschwerten Zugang zu Institutionen des Gesundheitswesens haben, einschliessen. Um gerechtfertigt zu sein, müsste der ungleiche Zugang zu Leistungen und Aktivitäten aufgrund des Impfstatus in jedem Fall verhältnismässig sein und in einem eng begrenzten Rahmen stattfinden, sodass die genannten Risiken hinsichtlich der Verletzung des Schutzes der Person, der Vertraulichkeit, der Stigmatisierung und der Diskriminierung möglichst vermieden werden können. Regelungen, die auf einen Impfnachweis abstützen, können zudem nur vorübergehenden Charakter haben. Denn sobald die Durchimpfungsrate der Bevölkerung hoch genug ist und alle, die es wünschen, Zugang zu einer Impfung haben, verblei-

ben (nur) Risiken, denen sich Personen, für die eine Impfung grundsätzlich in Frage kommt, wissentlich aussetzen.

Die NEK ist daher der Ansicht, dass Fragen des Impfnachweises explizit geregelt werden sollten. Eine solche, zeitlich begrenzte, Regelung erhöht die demokratische Legitimation der Massnahmen und schafft Rechtssicherheit sowie Transparenz, insbesondere im Hinblick auf Zugangsbeschränkungen zu öffentlichen und privaten Räumen.

3.3 Überzeugen ohne zu zwingen

Angesichts der gesundheitlichen und sozialen Herausforderung, die Covid-19 darstellt, ist es von grösster Bedeutung, die Schweizer Bevölkerung umsichtig über die Fragen, die sich im Zusammenhang mit politischen wie auch individuellen Entscheidungen bezüglich der Impfung stellen, zu informieren. Bedenken und Skepsis gegenüber der Impfung werden von der WHO als eine der grössten Bedrohungen für die Gesundheit weltweit erachtet (WHO, 2019). Vor diesem Hintergrund stellt die Information der Bevölkerung eine nicht zu unterschätzende Herausforderung dar. Beispielsweise wollten sich laut einer Umfrage im Auftrag des BAG, die im Oktober 2020 durchgeführt wurde, 49 Prozent der 1'633 befragten Personen impfen lassen. Zwischen März und April 2020 lag dieser Anteil bei 60 Prozent (RTS, 2020). Eine andere Umfrage im Kanton Neuenburg ergab, dass sich 40 Prozent des Gesundheitspersonals impfen lassen würde (RTS, 2021). Wie in vielen anderen Ländern ist demnach auch ein bedeutender Teil der Schweizer Bevölkerung mehr oder weniger zurückhaltend gegenüber der Impfung. Für diese Zurückhaltung werden vielfältige Gründe genannt: Angst vor Nebenwirkungen, mangelndes Vertrauen in deren Wirksamkeit, die Überzeugung, dass das Virus nicht so schwerwiegende Krankheitsverläufe verursacht wie von den Medien dargestellt usw. Allgemein können so unterschiedliche Faktoren wie der Grad an Vertrauen in die Gesundheitspolitik oder der individuelle Aufwand, der für eine Impfung aufgebracht werden muss, die Entscheidung für oder gegen die Impfung stark beeinflussen (McDonald,

2015). Spätestens wenn die entwickelten Impfstoffe das Risiko einer Übertragung verringern (was weiterhin nachzuweisen bleibt, vgl. 1.2.2), scheint es wichtig, gesunde Personen, die regelmässig Kontakt zu vulnerablen Personen haben, für die Impfung zu motivieren. Dies gilt im Speziellen für das Gesundheitspersonal, da dieses nicht nur aufgrund seiner Arbeit wichtig ist, sondern auch eine vermittelnde Rolle für medizinische Informationen innerhalb der Gesamtgesellschaft einnimmt.

Es stellt sich daher die Frage, welche Massnahmen in Betracht gezogen werden können, um Personen mit geringer oder mässiger Impfbereitschaft zu überzeugen. Dabei geht es nicht darum, eine einzelne Massnahme zu wählen, sondern ein Bündel von Massnahmen zu definieren, die sowohl wirksam als auch ethisch vertretbar sind. Während sich in der Literatur ausführliche Zusammenstellungen von wirksamen Ansätzen und Ratschlägen für die richtige Umsetzung finden (z.B. French et al., 2020), strebt die NEK im vorliegenden Dokument keine Vollständigkeit an²⁷, sondern weist auf Gesichtspunkte hin, die aus ethischer Sicht besonders relevant sind.

3.3.1. Informationspflicht

In der Corona-Pandemie ist die Kommunikation zentral. Sie muss es der Öffentlichkeit ermöglichen, gesichertes Wissen, oberflächliche Information und Unwissen, sowie evidenzbasierte und politische Strategien auseinanderzuhalten (Carigiet, 2020). Ausserdem hat die Öffentlichkeit das Recht zu erfahren, was von ihr erwartet wird und welche Gründe hinter diesen Erwartungen stehen. Die Gesundheitspolitik hat daher eine *Informationspflicht gegenüber der gesamten Bevölkerung*. Es müssen denn auch besondere Anstrengungen unternommen werden, um beispielsweise Bevölkerungsgruppen, die keinen Zugang zu den üblichen Verbreitungskanälen haben (ältere Personen, Sans-Papiers usw.), zu informieren (Gamba et al., 2020). Eine optimale Kommunikation muss sodann differenziert und den einzelnen Zielgruppen in

der Gesellschaft angepasst sein. Dies bedeutet, dass Informationen in den Sprachen und über die Kanäle verbreitet werden sollten, die den Zielgruppen vertraut sind (Artikel, Radio- und TV-Beiträge, Videos, Medienkonferenzen, Soziale Netzwerke, Dachorganisationen usw.). In manchen Fällen kann es auch förderlich oder gar notwendig sein, Gemeinschaften oder einzelne ihrer Exponentinnen bzw. Exponenten in die Vermittlung von Informationen einzubinden (French et al., 2020).

Weiter zielt eine angemessene Kommunikation nicht nur darauf ab, die Bevölkerung über politische Zielsetzungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu informieren, sondern auch zu erläutern, *weshalb diese Ziele gerechtfertigt sind*. Es sollte daher in leicht verständlicher, zielgruppengerechter Sprache erklärt werden, was die verfügbaren wissenschaftlichen Ergebnisse hinsichtlich der Impfstoffe bedeuten. Dazu gehört, dass alle relevanten Gesichtspunkte, die den Entscheidungen zugrunde liegen (Risiken, Nutzen, allfällige Alternativen etc.) transparent dargelegt werden. Transparenz ist auch hilfreich, um Menschen zu überzeugen: Wer die Gründe für eine gesundheitliche Massnahmen versteht, ist eher bereit, diese zu unterstützen. Die Gründe der Covid-19-Massnahmen zu erklären, ist jedoch eine anspruchsvolle Aufgabe. Hierzu müssen wissenschaftliche Fragen angesprochen werden, die nicht immer leicht verständlich sind. In diesem besonderen Fall wird die Informationspflicht deshalb durch eine Aufklärungspflicht ergänzt: die Pflicht, wissenschaftliche Arbeitsweisen und Resultate für die ganze Bevölkerung verständlich zu erklären. In einer Umfrage von 2020 (Wissenschaftsbarometer, 2020) gaben 32 Prozent der Bevölkerung an, dass die Kommunikation über SARS-CoV-2 durch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in der Vergangenheit nicht verständlich war. Die Schwierigkeiten rühren zum Teil daher, dass die Bevölkerung wenig darüber weiss, wie Wissenschaft funktioniert. So ist es für sie oft nicht nachvollziehbar, weshalb es manchmal lange dauert, bis wissenschaftlich fundierte Lösungen und stichhaltige Resultate vorliegen. Wer Wissenschaft verständlich machen will, muss über das übliche ver-

27 Für eine Übersicht geplanter Massnahmen zur Förderung der Akzeptanz und Annahme von Impfstoffen siehe WHO 2020b.

einfachende *Storytelling* hinausgehen, das auf wenige Exponentinnen und Exponenten fokussiert und diese zu Heldinnen bzw. Helden stilisiert. Es gilt vielmehr zu erläutern, dass Wissen schrittweise, durch Kontroversen gewonnen wird, in deren Verlauf Theorien erprobt und belastbare Resultate gefunden werden können (Harris, 2017). In der durch die Pandemie verursachten Notsituation befand sich die wissenschaftliche Gemeinschaft in der unangenehmen Lage, sofortige Lösungen liefern zu müssen, während die üblichen, strengen Prozesse Zeit brauchen. Wissenschaftliche Hypothesen und erste Ergebnisse müssen in der Regel jedoch Kritik, Gegenthese und Replikationstests ausgesetzt werden. Kontroversen unter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sind nötig und nützlich, da sie es ermöglichen, die relevanten Ergebnisse zu bestimmen, die der Kritik von Fachpersonen standhalten. All dies braucht seine Zeit.

Auch hat die Bevölkerung das Recht auf unparteiische Erklärungen – insbesondere wenn die Daten innerhalb der wissenschaftlichen Gemeinschaft noch diskutiert werden. Es ist daher hervorzuheben, dass die *Gesundheitspolitik die Pflicht hat zu informieren, und nicht, mit Autoritätsargumenten überzeugen zu wollen* (Blastland et al., 2020). Die Bevölkerung ist grundsätzlich dazu fähig zu verstehen, *wie ein Ergebnis zustande gekommen ist*, vorausgesetzt der Kontext der wissenschaftlichen Untersuchung, die Hypothesen und die erhaltenen Daten werden in angemessener Sprache erklärt. Wenn zudem erläutert wird, wie die wissenschaftliche Gemeinschaft die Qualität der Daten und durchgeführten Analysen überprüft hat, kann die Bevölkerung nachvollziehen, weshalb diese Ergebnisse als schlüssig erachtet werden. Auch ist der Bevölkerung zuzutragen, dass sie erkennt, warum ein Resultat nicht definitiv und dennoch ernst zu nehmen ist, solange die bereits unternommenen Schritte, die verbleibenden Grauzonen und die sich eröffnenden Forschungsrichtungen offengelegt werden. *Solche Erklärungen sind jedoch aufwendig*. Aus Sicht der NEK ist es deshalb wichtig, eine kritische öffentliche Debatte zu fördern und der Bevölkerung die Wissenschaftskultur in angemessener Sprache näher zu bringen.

3.3.2. Respektieren abweichender Meinungen

Personen, die zögern sich impfen zu lassen, und Personen, die eine vollkommen andere Vorstellung von den Risiken und den zu ergreifenden Massnahmen haben, machen einen nicht vernachlässigbaren Teil der Bevölkerung aus. Auch wenn Gesundheitspolitikerinnen und -politiker sowie Stellen und Personen, die für die Information der Bevölkerung verantwortlich sind, deren Ansichten nicht teilen, so haben sie doch die *Pflicht, diese Personen und den Umstand, dass sie eine abweichende Meinung äussern, zu respektieren*.

Eine abweichende Meinung zu respektieren heisst nicht, diese Meinung selbst zu akzeptieren, sondern die Person, die sie äussert. Für sie gilt wie für alle anderen die Meinungs- und Äusserungsfreiheit. Respekt ist in der Pandemie besonders wichtig, weil die wissenschaftlichen Erkenntnisse noch immer begrenzt sind und noch nicht alle Fragen rund um die Wirksamkeit und möglichen Nebenwirkungen der Impfung geklärt sind. Entsprechend können und dürfen Zweifel formuliert werden. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass sich nur eine Minderheit der Personen, die die Impfung ablehnen, aktiv oder sogar politisch dagegen engagiert. Viele haben lediglich Zweifel am Covid-19-Impfstoff oder zögern noch.

Die Pflicht, Personen mit abweichenden Meinungen zu respektieren, ist nicht unvereinbar damit, sie auf verlässliche und transparente Weise über die Vorteile, die eine Impfung mit sich bringt, zu informieren. Aus gesundheitspolitischer Sicht ist es durchaus legitim, die Bevölkerung vom Nutzen der Impfung überzeugen zu wollen, sofern dies ohne Manipulation oder unzulässigen Druck geschieht. Dies rechtfertigt sich aufgrund der Anzahl Leben, die mit einer höheren Impftrate gerettet werden können. In diesem Sinne ist es auch ratsam, die Bevölkerung vor der Verbreitung offensichtlich pseudowissenschaftlicher alternativer Theorien zu warnen und zu schützen, wobei erklärt werden sollte, weshalb diese Theorien wissenschaftlich nicht fundiert sind. Eine solche Präventionsstrategie

ist insofern von Interesse, als die Bevölkerung unempfindlicher für den pseudowissenschaftlichen Diskurs wird, wenn sie im Voraus informiert wird (French et al., 2020; Blastland et al., 2020). Die Verbreitung pseudowissenschaftlicher oder falscher Informationen kann erhebliche soziale Spannungen provozieren, das Misstrauen gegenüber den Behörden erhöhen und sogar zu Frontalangriffen auf Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler führen.²⁸ Ein öffentlicher Diskurs wird jedoch schwierig bis unmöglich, wenn Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler Angst haben sich zu äussern. Es ist deshalb von grosser Bedeutung, entsprechende Besorgnis ernst zu nehmen.

Die Ursachen des Zögerns hinsichtlich der Impfung sind zahlreich, schwer zu quantifizieren und stark kontextabhängig (Larson et al., 2014; Lane et al., 2018). Die aus gesundheitspolitischen Erwägungen ergriffenen Schutzmassnahmen hatten für einen grossen Teil der Schweizer Bevölkerung einschneidende Folgen, was zu signifikanten sozialen Spannungen führte und Ungleichheiten sowie Vertrauens- und Identitätskrisen verstärkte (Bodenmann et al., 2020; Burton-Jeangros et al., 2020).²⁹ Die Krise, die sowohl als Wirtschaftswie als Identitätskrise soziale Asymmetrien verstärkt, kann dazu führen, dass sich ein Teil der Bevölkerung unterdrückt und herabgesetzt fühlt, wodurch das Bedürfnis entstehen kann, sich beweisen und von den auferlegten Zwängen befreien zu wollen (Kaufmann, 2018). Dies deutet darauf hin, dass die *Ablehnung der Impfung teils ein Nebeneffekt sozialer Frustration* oder eines Misstrauens der Bevölkerung gegenüber der Gesundheitspolitik sein könnte. Ablehnung und Skepsis gegenüber der Impfung könnten daher zum Teil ein politischer Akt, eine Forderung nach Anerkennung missachteter Rechte, oder eine Art, die Würde und das Recht auf eigenständige Entscheidung geltend zu machen darstellen. Diese Einschätzung wird von vielen Studien unterstützt, die Zusammenhänge zwischen dem Misstrauen gegenüber wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Ablehnung von Weisun-

gen der Regierung aufzeigen (u.a. Long, Chen & Rohla, 2020). Wenn soziale Faktoren tatsächlich die Ablehnung von Impfungen begünstigen, erscheint es aus pragmatischer und ethischer Sicht wichtig, aktiv nach Mitteln und Wegen zum Abbau dieser sozialen Spannungen zu suchen und Massnahmen zur Anerkennung und Aufwertung von Bevölkerungsgruppen zu ergreifen, die aufgrund der Pandemie gelitten haben.

3.3.3. Angemessenheit der Anreize

Die Komplexität des Themas und der Umstand, dass die gesamte Gesellschaft von der Pandemie betroffen ist, erfordert ebenso koordinierte wie gezielte politische Strategien (French et al., 2020). Bei der Entwicklung dieser Strategien ist es wichtig *Nähe zur Bevölkerung* herzustellen, und zu versuchen, die besonderen Interessen, Werte und Sorgen der einzelnen Bevölkerungsgruppen zu verstehen. Ein solcher Ansatz setzt die Konsultation und die Diskussion mit Akteurinnen und Akteuren sowie Vertreterinnen und Vertretern der einzelnen Gemeinschaften voraus, wodurch wirksame Mittel zur Information, Ermutigung und Unterstützung gefunden werden können, die den Wünschen dieser Menschen entsprechen, und die ihrer Situation, ihren Werten und ihrem Wissensstand Rechnung tragen. Aus diesem Grund sollten Strategien zur Förderung der Impfbereitschaft vielfältig und an die einzelnen Bevölkerungsgruppen angepasst sein.

Die Gesundheitspolitik setzt zunehmend gezielte Anreize, um Bürgerinnen und Bürger dazu zu bringen, gewisse empfohlene Verhaltensweisen anzunehmen. Meist sind diese Anreize sanft oder mit geringfügigen Eingriffen in persönliche Freiheiten verbunden. In der aktuellen Pandemie-Situation geht es darum, Wege zu finden, die Bevölkerung davon zu überzeugen, sich impfen zu lassen. Die Impfung eignet sich für diese Form der Intervention, da die Bürgerinnen und Bürger stets ihr Recht behalten, die Impfung abzulehnen.

28 Siehe u. a.: RTS vom 17. Januar 2021. Covid-19-Spezialisten sind Ziel von Beleidigungen und Bedrohungen geworden, [online] <https://www.rts.ch/info/suisse/11888803-des-specialistes-du-covid19-sont-devenus-la-cible-dinsultes-et-de-menaces.html> [21.01.2021].

29 Siehe hierzu auch Le Temps vom 19. November 2020. Fortes inégalités dans les prévisions pour l'économie suisse en 2021, [online] <https://www.letemps.ch/economie/fortes-inegalites-previsions-leconomie-suisse-2021> [8.01.2021].

Solche Anreiztechniken, auch «Nudges» («Stupser») genannt (Thaler & Sunstein, 2008), richten sich hauptsächlich an den Teil der Bevölkerung, die sich nicht einem bestimmten Lager zuordnen: Personen, die gegenüber der Impfung grundsätzlich offen sind, jedoch nicht hinreichend motiviert sind oder keine Zeit haben, um sich impfen zu lassen. Auch Personen, die zögern, sich Fragen stellen und nicht wissen, wie sie sich entscheiden sollen könnten mit «Nudges» zum gewünschten Verhalten bewegt werden (Larson et al., 2014).

Ein sanfter Anreiz, der seit langem genutzt wird, um das Pflegepersonal zur Grippeimpfung zu motivieren, ist beispielsweise die Aussicht, dank der Impfung keine Maske tragen zu müssen. Das Prinzip besteht hier darin, die unerwünschte Option (sich nicht impfen zu lassen) mit einem geringen «Aufwand» zu versehen, ohne sie zu verbieten. Aufgrund dieser Massnahme werden sich diejenigen, die zögern, um des täglichen Komforts willen (frei atmen zu können) eher dazu entscheiden, sich impfen zu lassen. Im Kontext der Corona-Pandemie verliert diese Strategie jedoch ihre Wirkung, da die Maskenpflicht weiterhin auch für geimpftes Gesundheitspersonal gilt.

Ein erheblicher Teil des Gesundheitspersonals könnte deshalb dazu neigen, sich dieses Jahr nicht impfen zu lassen – weder gegen die Grippe noch gegen Covid-19. Im aktuellen Kontext sind aber andere «Aufwände» denkbar. Beispielsweise könnten Institutionen Gesundheitsfachpersonen, die sich nicht impfen lassen möchten, dazu verpflichten, an Informationsanlässen der Institution teilzunehmen oder sich einem täglichen Schnelltest zu unterziehen. Zentral ist dabei die Förderung des Zugangs zu Informationen über Covid-19, Behandlungen und Impfungen zu fördern, damit sich die Betroffenen informiert entscheiden können.

Eine andere, häufig verwendete Art des Nudgings ist es, die Abläufe zu vereinfachen. Hier besteht das Prinzip darin, mögliche «Aufwände», die von der bevorzugten Option (sich impfen zu lassen) abhalten könnten, weitestgehend zu minimieren, ohne die bevorzugte Option vorzuschreiben. Denkbare Optionen hinsichtlich der Covid-19-Impfung stellen die Unentgeltlichkeit der Impfung, eine einfache Terminvergabe, die Er-

reichbarkeit der Impfstellen (Apotheke, Hausärztinnen und Hausärzte usw.) oder Impfmöglichkeiten zu geeigneten Zeiten an geeigneten Orten (Arbeitsplatz, zuhause usw.) dar.

Anreize können sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Einige Massnahmen – so die bisher erwähnten –, sind transparent und leicht zu rechtfertigen. Andere gehen jedoch mit problematischen Eingriffen einher, erzeugen unerwünschte Nebeneffekte oder nutzen unbewusste Entscheidungsmechanismen in einer Art und Weise aus, die an Manipulation grenzt. Beispielsweise wirkt die Einführung eines Impfnachweises verschiedene ethische Fragen auf (vgl. 3.2). Wichtig ist, sich bewusst zu sein, dass man sich einer Form von Zwang zunehmend annähert, je grösser die Eingriffe sind, mit denen ein Anreiz verbunden ist. Die individuelle Entscheidungsfreiheit ist dann nicht mehr gewahrt.

Zur Bewertung der ethischen Vertretbarkeit von Anreizen gibt es keine einfache Formel (Clavien, 2018). Am Beispiel des Impfnachweises zeigt sich jedoch deutlich, dass *die Gesundheitspolitik in der Pflicht steht, vor der Einführung eines bewussten Anreizes eine ethische Beurteilung desselben vorzunehmen.*

4. Zusammenfassung und Empfehlungen

Das Ziel der Covid-19-Impfung ist der Schutz der persönlichen wie auch der öffentlichen Gesundheit. Dabei geht es sowohl darum, schwere Erkrankungen mit entsprechenden Komplikationen und tödlichen Verläufen oder schweren Langzeitfolgen zu verhindern als auch generell die Verbreitung des SARS-CoV-2-Virus zu unterbinden. Welches Ziel mit der Impfung verfolgt werden kann, ist jedoch abhängig von ihrer tatsächlichen Wirkung: Vermag sie – was derzeit noch nicht erwiesen ist – die Übertragung des Virus bzw. die Infektiosität einer Person zu brechen, kann ein Schutz der Gesamtbevölkerung erreicht werden. Dies würde den Vorteil mit sich bringen, dass auch Personen, die aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden können (Personen unter 16 Jahren, Personen mit Allergien, etc.), indirekt geschützt sind. Vermag die Impfung dies nicht zu leisten, steht der Schutz der Risikogruppen im Vordergrund, jedenfalls so lange, bis genügend Impfstoff vorhanden ist, um allen, die es wünschen, eine Impfung zu ermöglichen. Bereits mittelfristig kann auch in diesem Fall die Entlastung der Gesundheitsinstitutionen erreicht werden, weil Erkrankungen von Angehörigen der Risikogruppen zurückgehen oder in abgeschwächter Form vorkommen. Mit zunehmender Durchimpfung der Gesamtbevölkerung wird es überdies möglich, die Aufhebung der allgemeinen einschränkenden Massnahmen ins Auge zu fassen.

Nach Ansicht der NEK rechtfertigt sich vor dem Hintergrund aller Abwägungen, die auch mit Blick auf die Covid-19-Impfung zwischen individuellen Freiheiten und gesamtgesellschaftlichen Interessen vorzunehmen sind, der Einsatz der öffentlichen Instanzen zugunsten einer möglichst hohen Impfbereitschaft und einer gegebenenfalls zu erreichenden Herdenimmunität. Die Kommission unterstreicht jedoch, dass zwischen der Situation, in der eine Impfung lediglich dem Selbstschutz der geimpften Person dient und einer Situation, in der sie auch die Weitergabe des Virus verhindert, sorgfältig zu unterscheiden ist. Jede ethi-

sche Beurteilung der Ausgangslage und der aktuell diskutierten Massnahmen muss diesem Unterschied Rechnung tragen.

Die vorliegende Stellungnahme bezieht sich auf die aktuell drängendsten Fragen nach der Rechtfertigung eines Impfbobligatoriums – sowohl in Form einer allgemeinen Verpflichtung wie einer solchen lediglich für bestimmte Gruppen –, nach einer Einführung eines Impfnachweises und der damit verbundenen Unterscheidung zwischen geimpften und nicht geimpften Personen sowie nach den angemessenen Anreizen zur Erhöhung der Impfbereitschaft. Diese Fragen sind nach Meinung der NEK unter den grundlegenden ethischen Gesichtspunkten der Verhältnismässigkeit, der Gleichbehandlung und der Solidarität zu betrachten. Dabei kommt dem Aspekt der Solidarität besondere Bedeutung zu, weil der Schutz der einzelnen Person im Kontext der Covid-19-Impfung auf die mittelbare Schutzwirkung durch den Selbstschutz der anderen Personen angewiesen ist. Dies hat zur Folge, dass die individuelle Entscheidung für oder gegen eine Impfung nicht allein die eigenen Risiken und den eigenen Schutz berührt, sondern auch mit Blick auf die gesamtgesellschaftliche Situation und den Schutz aller Bevölkerungsgruppen – speziell aber jener, die sich nicht impfen lassen können – von Bedeutung ist. Dieser Konstellation ist Rechnung zu tragen, wenn Impfbobligatorien oder ein Impfnachweis debattiert werden, aber auch wenn die Kommunikation mit der Bevölkerung beurteilt werden.

Die Kommission hält ein allgemeines Impfbobligatorium, das im Sinne einer Rechtspflicht durchzusetzen wäre, für nicht rechtfertigbar. Ein solches griffe auf unverhältnismässige Weise in wesentliche Grundrechte und Freiheiten ein. Angesichts des Nutzens, den eine hohe Durchimpfungsrate mit Blick auf die derzeit als Folge der allgemeinen Einschränkungen entstehenden menschlichen, sozialen und wirtschaftlichen Schäden mit sich brächte, vertritt sie jedoch die An-

sicht, dass starke moralische Gründe bestehen, einen solidarischen Beitrag an die Bekämpfung der Pandemie und ihrer Folgeschäden durch die Vornahme einer Impfung zu leisten.

Vor dem Hintergrund ihrer Erwägungen empfiehlt die Kommission, von einem Impfblogatorium für bestimmte Bevölkerungsgruppen abzusehen. Derzeit ist lediglich eine Wirkung der Impfstoffe zum Selbstschutz der betroffenen Person nachgewiesen. Einen solchen Selbstschutz für bestimmte Personengruppen allgemein zu verordnen, wäre paternalistisch und nicht zu rechtfertigen. Auch wenn nachgewiesen werden könnte, dass die Impfung vor einer Weitergabe des Virus schützt, müsste der Nutzen eines Impfblogatoriums für bestimmte Gruppen, namentlich für das Gesundheitspersonal, sorgfältig gegen die damit verbundenen Nachteile abgewogen werden. Zwingend müssten mildere wirksame Methoden, etwa die Vornahme regelmässiger Schnelltests bei nicht geimpften Personen, ausgeschöpft sein, bevor ein Obligatorium ins Auge gefasst wird. Auch müssen unerwünschte Folgeeffekte, etwa die Akzentuierung des Fachkräftemangels, in der Abwägung berücksichtigt werden, umso mehr, als das Gesundheitspersonal im Zuge der Pandemie bereits in hohem Mass gefordert ist und einen Einsatz zugunsten der Allgemeinheit leistet, dem grösste Wertschätzung gebührt. Ein Impfblogatorium für bestimmte Gruppen und insbesondere für das Gesundheitspersonal wird von der Kommission in dieser Hinsicht abgelehnt.

Die Einführung eines Impfnachweises und darauf basierend einer Ungleichbehandlung von geimpften und nicht geimpften Personen gilt es nach Einschätzung der Kommission unter den Aspekten des Schutzes der Person, der Vertraulichkeit, der Stigmatisierung und vor allem der Diskriminierungsgefahr zu beurteilen. Grundsätzlich hält die Kommission fest: Um jede Diskriminierung in Zusammenhang mit der Covid-19-Impfung zu verhindern, sollte die Gesamtheit der Bevölkerung so schnell wie möglich Zugang zur Impfung ebenso wie auch zu ausreichenden Testmöglichkeiten haben. Die entsprechenden behördlichen Bemühungen sind daher weiter voranzutreiben und dort zu verstärken, wo mangelhafte Vorbereitung und

ungenügende Kapazitäten eine effiziente Verteilung der Impfstoffe bisher behindert haben.

Die NEK unterstreicht, dass sie in ihren Erwägungen nicht danach fragt, ob es bezüglich des Zugangs zu bestimmten Tätigkeiten verlangt ist, einen Impfnachweis zu fordern. Sie diskutiert vielmehr, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit es namentlich für Private rechtfertigbar wäre, den Zugang zu ihren Angeboten an einen solchen Impfnachweis zu knüpfen. Sie weist zudem darauf hin, dass Regelungen, die auf einen Impfnachweis abstützen, nur vorübergehender Charakter haben können. Ist die Durchimpfungsrate in der Bevölkerung hoch genug und haben alle, die es wünschen, Zugang zu einer Impfung, verbleiben Risiken, denen man sich wissentlich aussetzt. Entsprechend muss zu diesem Zeitpunkt auch wieder auf den Impfnachweis verzichtet werden.

Sollte hinreichend gesichert sein, dass die Impfung auch vor der Weitergabe von SARS-CoV-2 schützt, kann es nach Meinung der NEK möglich oder gar notwendig werden, bestimmte Einschränkungen für geimpfte Personen aufzuheben. Auch kann es in dieser Situation unter bestimmten Bedingungen rechtfertigbar sein, dass namentlich Private für gewisse Aktivitäten das Vorlegen eines Impfnachweises verlangen. Dies lässt sich aber nur rechtfertigen, wenn

- gewährleistet ist, dass keine grundlegenden Rechte von nicht geimpften Personen verletzt werden und diese ihre Grundbedürfnisse befriedigen können (z. B. Ausübung der politischen Rechte, Zugang zu Bildung und Gesundheit, Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln);
- auch nicht geimpfte Personen ausreichende Möglichkeiten haben, Tätigkeiten auszuüben, die für sie konstitutiv bedeutsam sind;
- die Gefahr, die von der Ausübung der fraglichen Aktivität für nicht geimpfte Personen ausgeht, nicht mit weniger strikten Massnahmen als einer Zugangsbeschränkung gemildert werden kann, und
- das Risiko hoch genug ist, um eine solche Einschränkung zu rechtfertigen, sowie
- der Datenschutz und die Zuverlässigkeit des Impfnachweises gewährleistet sind.

Um die Einhaltung dieser Anforderungen sicherzustellen, empfiehlt die NEK nachdrücklich, die Fragen rund um den Impfnachweis explizit zu regeln. Eine explizite Regelung erhöht die demokratische Legitimation entsprechender Massnahmen und schafft dringend benötigte Rechtssicherheit, namentlich für die Frage nach Zugangsbeschränkungen zu öffentlichen und privaten Räumen.

Vor diesem Hintergrund kommt die NEK mit Blick auf die Frage nach dem Impfnachweis zu folgender Haltung bezüglich exemplarischer Anwendungsfälle:

- Risikogruppen, die in *Institutionen der Langzeitpflege* leben, kommt bei der Impfung richtigerweise Priorität zu. Mit Blick auf diese Personen empfiehlt die NEK darauf zu achten, dass Einschränkungen der Bewegungs- und Besuchsfreiheit, soweit sie heute noch bestehen, für geimpfte Personen schnellstmöglich aufgehoben werden. Zugleich soll allerdings denjenigen, die aus freien Stücken auf eine Impfung verzichten, der Zugang etwa zu Gemeinschaftsräumen nicht unnötig verunmöglicht werden, da von ihnen nach jetzigem Kenntnisstand über die in der Schweiz (weit) verbreiteten Varianten des Virus keine Gesundheitsgefährdung für die geimpften Bewohnerinnen und Bewohner ausgeht.
- Die *Quarantänepflicht* kann für Personen, die ihren Impfstatus entsprechend belegen können, nicht länger aufrechterhalten werden.
- Für Personen, die eine Impfung nachweisen können, sollen die geltenden *Obergrenzen für Gruppengrössen* aufgehoben werden. Die Obergrenze ebenso wie die weiteren Schutzmassnahmen gälten freilich weiterhin für alle nicht geimpften Personen, die sich innerhalb der fraglichen Gruppe aufhalten.
- Die *allgemeinen Einschränkungen im öffentlichen Raum und in Transportmitteln* (Maskenpflicht, Gruppengrösse) können als verhältnismässige Massnahmen zum Schutz der Gesamtbevölkerung aufrechterhalten werden, bis sie zum Erreichen der Ziele, die mit diesen Massnahmen verfolgt werden, nicht mehr notwendig sind.
- Angesichts der Schwierigkeit, namentlich bei langen Flügen ein ausreichend sicheres Umfeld für alle Reisenden zu gewährleisten, kann es mitunter legi-

tim sein, dass *Fluggesellschaften* einen Impfnachweis verlangen.

- An *kulturellen Anlässen* (z. B. *Theateraufführungen, Kinos, Konzerte*) sowie *Sportveranstaltungen* jeder Grösse kann eine für alle Besuchenden sichere Situation mit geringeren Einschränkungen ermöglicht werden, als sie das Verlangen eines Impfnachweises darstellt (Maskenpflicht, Abstand). Einen solchen vorlegen zu müssen, ist aus Sicht der Kommission daher nicht verhältnismässig.

Im Hinblick auf die sensible Frage der (behördlichen) Kommunikation rund um die Covid-19-Impfung und die Bemühungen zur Erhöhung der Impfbereitschaft erinnert die NEK daran, dass solche Kommunikationsmassnahmen die grundsätzliche Fähigkeit der Bevölkerung, wissenschaftliche Informationen einzuordnen, Wirkungszusammenhänge nachzuvollziehen und die Entscheidungsfindung unter Unsicherheit mit ihren Beschränkungen zu akzeptieren, voraussetzen sollten. Die entsprechende Kommunikation sollte daher die wissenschaftlichen Zusammenhänge ausreichend in den Mittelpunkt rücken und ihre Überzeugungskraft aus diesen Argumenten schöpfen. Die NEK hält es überdies für unverzichtbar, ablehnende Haltungen in der Bevölkerung gegenüber der Impfung ernst zu nehmen, ohne deswegen Abstand zu nehmen vom Bemühen, alle Personen von den Vorteilen der Impfung zu überzeugen. Hierbei im Sinne des *Nudging* sanfte Massnahmen zur Beeinflussung des Verhaltens einzusetzen, ist nach Meinung der Kommission solange legitim, als diese einer ethischen Prüfung standhalten und namentlich der Autonomie und Entscheidungsfreiheit der einzelnen Person Rechnung tragen.

Unter dem Gesichtspunkt der internationalen Solidarität schliesslich gilt es nach Meinung der NEK in Erinnerung zu rufen, dass die Corona-Pandemie als eigentliche Syndemie zu verstehen ist. Die soziale und ökonomische Situation der Betroffenen beeinflusst dabei nachweislich den Krankheitsverlauf – die Pandemiesituation selbst wiederum zieht eine signifikante Verstärkung bestehender gesellschaftlicher und gesundheitlicher Ungleichheiten nach sich. Dies gilt auch im globalen Massstab, denn der äusserst

ungleiche Zugang zu den Impfstoffen, bei dem die Bevölkerungen ärmerer Regionen stark benachteiligt sind, verstärkt den Effekt. Nach Meinung der NEK wäre daher ein verstärktes Engagement der Schweiz im Rahmen der COVAX-Initiative angemessen, und zwar nicht allein aus solidarischen Motiven, sondern auch aus einem legitimen politischen und ökonomischen Eigeninteresse. Auch erachtet es die Kommission als angezeigt, dass sich die Schweiz – gleich wie es andere wohlhabende Staaten getan haben – dazu bereit erklärt, auf die mit dem COVAX-Engagement verbundenen Impfdosen für 20 Prozent der eigenen Bevölkerung zu verzichten und den entsprechenden Bedarf aus eigenen Mitteln zu decken.

5. Literatur

Baden, Lindsey R., Hana M. El Sahly, Brandon Essinkm, Karen Kotloff et al. (2021). Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *The New England Journal of Medicine* 384(5): 403-416.

Bayertz, Kurt (1996). Staat und Solidarität. Kurt Bayertz (Hg.), *Politik und Ethik*, Stuttgart: Reclam Verlag, 305-330.

Blastland, Michael, Alexandra L. J. Freeman, Sander van der Linden, Theresa M. Marteau und David Spiegelhalter (2020). Five Rules for Evidence Communication. *Nature* 587(7834): 362-364.

Bodenmann Patrick, Brigitte Pahud-Vermeulen, Laurence Bouche, Javier Sanchis Zozaya, Murielle Bauermeister und Ahmed Berzig (2020). Left Behind Populations, COVID-19 and Risks of Health Inequities. A Guide of the Local Social-Health Network (Vaud, Switzerland). *Rev Med Suisse* 16(691-2): 859-862.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2020). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz*. Erster Teilbericht. Büro BASS im Auftrag des BAG, Bern.

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2021a). Vaccin, [online] <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/impfen.html#-910692389> [20.02.2021].

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2021b). Coronavirus. Vaccin. [online] <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/impfen.html#-910692389> [20.01.2021].

Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2021c). Covid-19-Impfstrategie. Besonders gefährdete Personen sollen zuerst geimpft werden, [online] <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-81667.html> [25.01.2021].

Burton-Jeangros, Claudine, David Sander, Eva Maria Belser, Pascal Mahon, Suerie Moon, Dominique De Quervain, Simone Munsch, Francesco Panese, Philip Rieder, Laura Bernardi, Dario Spini und Samia Hurst (2020). The Impact of COVID-19 Lockdown in Spring 2020 on the Mental Health of the Population. *Policy Brief LIVES Impact: Special Issue n3*, COVID-19 crisis, [online] https://www.centre-lives.ch/sites/default/files/inline-files/Special%20issue%20COVID%20-%203_EN_0.pdf [5.02.2021].

Callaway, Ewen (2020). The Unequal Scramble for Coronavirus Vaccines – by the Numbers. Wealthy Countries Have Already Pre-ordered More than Two Billion Doses, Artikel vom 24. August, [online] <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02450-x> [5.02.2021].

Carigiet, Erwin (2020). Gesundheits- und Sozialpolitik in Zeiten von Covid-19. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen* 43(3), 267-281.

Clavien, Christine (2018). Ethics of Nudges. A General Framework with a Focus on Shared Preference Justifications. *Journal of Moral Education* 47(3): 366-382.

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) (2020). *Public Health Emergency Situation Due to the COVID-19 Pandemic. Relevant Ethical Aspects*. Position of the National Council of Ethics for the Life Sciences.

Deutscher Ethikrat (2019). *Impfen als Pflicht?*, Stellungnahme, Berlin.

Deutscher Ethikrat (2017). *Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung*, Stellungnahme, Berlin.

Douglas, Mary (1985). *Risk Acceptability According to the Social Sciences* (Social Research Perspective, Vol. 11), New York: Russell Sage Foundation.

French, Jeff, Sameer Deshpande, William Evans und Rafael Obregon (2020). Key Guidelines in Developing a Pre-Emptive COVID-19 Vaccination Uptake Promotion Strategy. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(16): 5893.

Gamba, Fiorenza, Marco Nardone, Toni Ricciardi und Sandro Cattacin (Hg.) (2020). *COVID-19. Eine sozialwissenschaftliche Perspektive*, Zürich und Genf: Seismo Verlag.

Harris, Richard (2017). *Rigor Mortis: How Sloppy Science Creates Worthless Cures, Crushes Hope, and Wastes Billions*, New York: Basic Books.

Horton, Richard (2020). Offline: COVID-19 is not a Pandemic. *Lancet* 396(10255): 874.

Infovac (2021). Informationen zur Covid-19 Impfung, [online] https://www.infovac.ch/de/?option=com_gd&view=-listing&fid=1589&task=ofile [20.01.2021].

Kaufmann, Laurence (2018). Debunking Deference. The Delusions of Unmediated Reality in the Contemporary Public Sphere. *Javnost - The Public* 25(1-2): 11-9.

Kaur, Simran Preet und Vandana Gupta (2020). COVID-19 Vaccine. A Comprehensive Status Report. *Virus Research* 288: 198114.

Lane, Sarah, Noni E. MacDonald, Melanie Marti und Laure Dumolard (2018). Vaccine Hesitancy Around the Globe: Analysis of Three Years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data-2015-2017. *Vaccine* 36(26): 3861-3867.

Larson, Heidi J., Caitlin Jarrett, Elisabeth Eckersberger, David M. D. Smith und Pauline Pater-son (2014). Understanding Vaccine Hesitancy Around Vaccines and Vaccination from a Global Perspective. A Systematic Review of Published Literature, 2007-2012. *Vaccine* 32(19): 2150-2159.

Long, Elisa F., M. Keith Chen und Ryne Rohla (2020). Political Storms. Emergent Partisan Skepticism of Hurricane Risks. *Science Advances* 6(37): eabb7906.

MacDonald, Noni E., SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015). Vaccine Hesitancy. Definition, Scope and Determinants. *Vaccine* 33(34): 4161-4164.

Mak, Tak W. und Mary E. Saunders (2006). *The Immune Response. Basic and Clinical Principles*, Burlington Mass. : ElsevierAcademic.

Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) (2020a). *Impfung gegen Corona. Die Nationale Ethikkommission unterstützt die von BAG und EKIF ausgearbeitete Impfstrategie*, Medienmitteilung vom 22. Dezember 2020, Bern.

Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) (2020b). *Contact Tracing als Instrument der Pandemiebekämpfung. Zentrale Gesichtspunkte aus der Perspektive der Ethik*, Stellungnahme Nr. 33 vom 6. April 2020, Bern.

Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK) (2020c). *Schutz der Persönlichkeit in Institutionen der Langzeitpflege. Ethische Erwägungen im Kontext der Corona-Pandemie*, Stellungnahme Nr. 34 vom 8. Mai 2020, Bern.

Nussbaum, Martha (2000). Women's Capabilities and Social Justice. *Journal of Human Development* 1: 219-247.

Pardi, Norbert, Michael J. Hogan, Frederick W. Porter und Drew Weissman (2018): mRNA Vaccines – A New Era in Vaccinology. *Nature Reviews Drug Discovery* 17: 261-279.

Polack, Fernando P., Stephen J. Thomas, Nicholas Kitchin, Judith Absalon et al. (2020). Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *The New England Journal of Medicine* 383(27): 2603-2615.

Prainsack, Barbara und Alena Buyx (2016). *Das Solidaritätsprinzip. Ein Plädoyer für eine Renaissance in Medizin und Bioethik*, Frankfurt/M: Campus Verlag.

Priesemann, Viola, Rudi Balling, Melanie M. Brinkmann, Sandra Ciesek et al. (2021). An Action Plan for Pan-European Defence Against New SARS-CoV-2 Variants. *The Lancet* 397(10273): 469-470.

RTS (2021). Quelle adhésion du personnel soignant au vaccin contre le Covid-19?, Artikel vom 1. Januar 2021, [online] <https://www.rts.ch/info/suisse/11862666-quelle-adhesion-du-personnel-soignant-au-vaccin-contre-le-covid19.html> [6.01.2021].

RTS (2020). Les Suisses se montrent de plus en plus sceptiques à l'égard du vaccin, Artikel vom 12. Dezember 2020, [online] <https://www.rts.ch/info/suisse/11812537-les-suisses-se-montrent-de-plus-en-plus-sceptiques-a-legard-du-vaccin.html> [6.01.2021].

Silva, Eduardo de Sousa Martins E., Ben Hur Vitor Silva Ono und José Carlos Souza (2020). Sleep and Immunity in Times of COVID-19. *Rev Assoc Med Bras* 66(Suppl 2): 143-147.

Swissmedic (2021). Demande d'autorisation avec soumission des données en continu pour un vaccin contre le Covid-19, [online] <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/news/coronavirus-covid-19/coronavirus-impfstoff-astrazeneca-weitere-daten-verlangt.html> [4.02.2021].

Thaler, Richard H. und Cass R. Sunstein (2008). *Nudge. Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*, New Haven, Conn.: Yale University Press.

Voysey, Merryn, Sue Ann Costa Clemens, Shabir A. Madhi, Lily Y. Weckx et al. (2021). Safety and Efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 Vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2. An interim Analysis of Four Randomised Controlled Trials in Brazil, South Africa, and the UK. *The Lancet* 397: 99-111.

Weltärztebund (2017). Deklaration von Genf, [online] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf [10.02.2021].

Wissenschaftsbarometer (2020). COVID-19-Edition des Wissenschaftsbarometer Schweiz. Wissenschaft soll sich während Pandemie einbringen, [online] <https://wissenschaftsbarometer.ch/wissenschaftsbarometer-schweiz-covid-19-edition/> [6.01.2021].

World Health Organization (WHO) (2019). Ten Threats to Global Health in 2019, [online] <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> [5.02.2021].

World Health Organization (WHO) (2020a). WHO Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19 - 11 March 2020, [online] <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> [5.02.2021].

World Health Organization (WHO) (2020b). Behavioural Considerations for Acceptance and Uptake of COVID-19 Vaccines. WHO Technical Advisory Group on Behavioural Insights and Sciences for Health. Meeting Report, [online] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337335/9789240016927-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [5.02.2021].

World Health Organization (WHO) (2021). Draft Landscape and Tracker of COVID-19 Candidate Vaccines, [online] <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines> [5.02.2021].

Widge, Alicia T., Nadine G. Rouphael, Lisa A. Jackson, Evan J. Anderson et al. (2021). Durability of Responses after SARS-CoV-2 mRNA-1273 Vaccination. *New England Journal of Medicine* 384(1): 80-82.

6. Abkürzungsverzeichnis

ACT-Initiative	Access to COVID-19 Tools Accelerator
BAG	Bundesamt für Gesundheit
CEPI	Coalition for Epidemic Preparedness Innovations
EKIF	Eidgenössische Kommission für Impffragen
COVAX-Initiative	COVID-19 Vaccine Global Access Facility
Covid-19	Coronavirus Disease 2019
EMA	European Medicines Agency
IGV	Internationale Gesundheitsvorschriften
MHRA	Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency
mRNA	Messenger-RNA (Ribonucleic Acid), auch Boten-RNA
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2
WHO	World Health Organisation, Weltgesundheitsorganisation

Dieses Dokument wurde von der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin am 11. Februar 2021 (mit zwei Gegenstimmen) genehmigt.

Mitglieder der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin:

Präsidentin

Prof. Dr. iur. Dr. h.c. Andrea Büchler

Vizepräsident

Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann

Mitglieder

Dr. phil. Christine Clavien, Prof. Dr. med. Samia Hurst, Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox; Prof. Dr. iur. Valérie Junod, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Krones, Dr. med. Roberto Malacrida, Prof. Dr. theol. Frank Mathwig, Dr. med. Benno Röthlisberger, Prof. Dr. iur. Bernhard Rütsche, Prof. Dr. Maya Zumstein-Shaha FAAN, Prof. Dr. iur. Brigitte Tag, PD Dr. med. Dorothea Wunder

Grafik und Layout

Terminal8 GmbH, Monbijoustrasse 99, 3007 Bern, www.terminal8.ch

Geschäftsstelle

Nadine Brühwiler, Dr. iur. Tanja Trost, Dr. theol. Jean-Daniel Strub,
Dr. phil. Simone Romagnoli

**Nationale Ethikkommission
im Bereich der Humanmedizin**

CH-3003 Bern

Tel. +41 79 638 75 62

Fax +41 31 322 62 33

info@nek-cne.admin.ch

www.nek-cne.ch

Die Stellungnahme ist in deutscher und französischer Sprache erschienen.

© 2021 Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin, Bern.
Abdruck unter Angabe der Quelle erwünscht.