



Covid-19-Impfstrategie

Stand 29.11.2022

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF)

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	3
1.1 Einleitende Bemerkungen zur aktualisierten Version (Herbst 2022)	3
1.2 Übergeordnete Zielsetzungen	3
1.3 Epidemiologische Ausgangslage	4
1.4 Soziale und gesundheitliche Auswirkungen der Pandemie	5
2 Strategische Überlegungen	5
2.1 Zielsetzungen	7
2.2 Impfung gegen Covid-19	8
2.3 Ansatz zum Erreichen der Impfziele	9
3 Internationale Konformität der nationalen Impfstrategie	10
4 Umsetzung der Impfstrategie	10
4.1 Umsetzung in den Kantonen und Rolle des Bundes	10
4.2 Monitoring der Umsetzung	10
5 Ethische Überlegungen und Akzeptanzfragen	11
5.1 Ethische Überlegungen	11
5.2 Akzeptanzfragen	12
5.3 Freiwilligkeit der Impfung	14
5.4 Kostenübernahme der Covid-19-Impfung	14
6 Rechtliche Grundlagen und Haftung	14
LiteraturReferenzen	15
7 Anhang 1: Zielsetzung, zugeordnete Zielgruppen mit spezifischen Impfzielen und assoziierte erforderliche Impfstoffeigenschaften	17
8 Anhang 2: Definition der Zielgruppen und geschätzte Anzahl Personen	21
9 Anhang 3: Mögliche Impfstoffzuteilung bei begrenzter Verfügbarkeit (Prioritäre Gruppen) basierend auf der Strategie zu Beginn der Impfstoffverfügbarkeit in der Pandemie Ende 2020	23
10 Anhang 4: Detailliertere Angaben zu rechtlichen Grundlagen und Haftung	26



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zugelassene Covid-19-Impfstoffe Schweiz (Stand November 2022).	Seite 8
Tabelle 2: Impfstrategie, zugeordnete Zielgruppen mit spezifischen Impfzielen und assoziierten erforderlichen Impfstoffeigenschaften	Seite 9

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Befragung der Bevölkerung zum Impfen und zur Priorisierungsstrategie im Zeitverlauf	Seite 13
--	----------



1 Einleitung

1.1 Einleitende Bemerkungen zur aktualisierten Version (Herbst 2022)

Nationale Strategien zur Verhütung und Bekämpfung bestimmter Infektionskrankheiten dienen dazu, krankheitsspezifisch Ziele auf nationaler Ebene zu definieren und zu erreichen. Sie richten die Aktivitäten der involvierten Partner auf nationaler, kantonaler und lokaler Ebene auf die gemeinsamen strategischen Ziele aus. Dabei stellt die Impfung bei impfverhütbaren Krankheiten häufig eine zentrale, aber nicht die einzige Massnahme dar, die zur Anwendung kommt.

Die vorliegende Covid-19-Impfstrategie entstand in einer ersten Version Ende 2020 kurz bevor erste Covid-19-Impfstoffe verfügbar wurden. Ihre Ausrichtung, Zielsetzungen und Priorisierungen entsprachen dem damaligen Stand des Wissens zur Covid-19-Pandemie, deren Folgen für die individuelle und öffentliche Gesundheit und den Kenntnissen zu den Eigenschaften der Impfstoffe bei ihrer Zulassung.

Mit der fortschreitenden Entwicklung der Pandemie, den sich verändernden Eigenschaften von SARS-Corona Virus 2 (SARS-CoV-2), der immunologischen Situation in der Bevölkerung und den wachsenden Erkenntnissen und Weiterentwicklungen vor allem der mRNA-Impfstoffe wurde die Covid-19-Impfstrategie laufend ergänzt und angepasst. Die vorliegende Version ersetzt die Version vom 05.07.2022 und thematisiert die Vorgehensweise, die seit der erstmaligen Verfügbarkeit der Impfstoffe angewandt wurde, sowie die Vorgehensweisen während noch anhaltenden pandemisch-epidemischen Verhältnissen und dem Übergang in eine endemische Situation in der Schweiz. So soll die Strategie nun nicht nur für die Vorgehensweisen der aktuellen epidemiologischen Lagen und deren Impfpfehlungen definieren, sondern für alle erdenklichen Szenarien als übergeordnetes Dokument dienen.

Unter Berücksichtigung der Verhältnisse in der Schweiz orientiert sich die Covid-19-Impfstrategie so weit wie möglich an gemeinsamen internationalen Zielen und Massnahmen zur Eindämmung von Covid-19.

1.2 Übergeordnete Zielsetzungen

Die Impfung gegen Covid-19 ist ein zentrales Element in der Bekämpfung der gesundheitlichen, wirtschaftlichen und sozialen Folgen der Covid-19-Pandemie. Die Impfstrategie legt auf übergeordneter Ebene fest, welche Ziele mit der Impfung gegen Covid-19 in den unterschiedlichen epidemiologischen Phasen (Pandemie, Endemie) verfolgt werden und definiert die Massnahmen, wie diese erreicht werden sollen. Des Weiteren wird beschrieben, welche Zuständigkeiten und Aspekte bei der Umsetzung berücksichtigt werden müssen. Daraus leiten sich die eigentlichen Impfpfehlungen ab, welche die jeweilige epidemiologische Lage (Krankheitslast, aktuelle Virusvarianten) und auch die Eigenschaften der verfügbaren Impfstoffe (Wirksamkeit, Sicherheit u.a.m.) berücksichtigen. Die Impfpfehlungen sind entsprechend dem aktuellen Stand der Erkenntnisse und der epidemiologischen Lage jeweils zu überprüfen und anzupassen. Die Impfstrategie als übergeordnetes Dokument deckt verschiedene Szenarien über einen längeren Zeitraum ab.



Im Einklang mit internationalen Empfehlungen verfolgt die Impfstrategie drei Ziele in hierarchisch absteigender Relevanz (siehe Kapitel 2.1):

1. Verminderung der Krankheitslast insbesondere von schweren und tödlich verlaufenden Covid-19 Fällen.
2. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung.
3. Reduktion der negativen direkten und indirekten gesundheitlichen, psychischen, sozialen wie wirtschaftlichen Auswirkungen während einer Covid-19-Pandemie.

1.3 Epidemiologische Ausgangslage

Die Covid-19-Pandemie hat sich stark auf die individuelle und öffentliche Gesundheit sowie andere Bereiche ausgewirkt. Covid-19 trägt massgeblich zur Morbidität, insbesondere von bestimmten Bevölkerungsgruppen bei und steht im Zusammenhang mit einer deutlichen Übersterblichkeit der Bevölkerung über 65 Jahren ([Bundesamt für Statistik BFS](#)).

Seit dem Beginn der Pandemie hat SARS-CoV-2 mehrfach mutiert und die so entstandenen Varianten und Subvarianten (z.B. Delta und Omikron) haben zu mehreren Ausbruchswellen geführt, welche den Verlauf der Pandemie geprägt haben. Die verschiedenen Virusvarianten unterscheiden sich bezüglich ihrer Übertragbarkeit und Virulenz, sowie ihrer Fähigkeit zur Immunevasion (immune escape).

Detaillierte Informationen zur Krankheitslast durch Covid-19 sind im regelmässig aktualisierten Dokument «[Krankheitslast Covid-19](#)» verfügbar. Im Folgenden werden einige Schlüsselaspekte ausgeführt.

Infektionen mit dem SARS-CoV-2 betreffen seit Beginn der Pandemie alle Altersgruppen, je nach Phase der Pandemie und Bevölkerungsgruppe jedoch in unterschiedlichem Ausmass. Aufgrund der hohen Durchimpfungsrate der ≥ 65 -jährigen Personen verschob sich das Infektionsgeschehen (Inzidenz der Infektionen) im Verlaufe der Pandemie kontinuierlich von den ältesten vermehrt zu jüngeren Altersgruppen.

Eine hohe Anzahl von schwer verlaufenden Covid-19-Erkrankungen und insbesondere Erkrankungen, welche einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, können zu einer Überlastung des Gesundheitssystems führen.

Während eine Covid-19 Erkrankung bei jungen Personen meist einen milden Verlauf zeigt, steigt mit zunehmendem Alter das Risiko für eine Erkrankung mit schwerem Verlauf deutlich an. Die Inzidenz der Hospitalisationen war bei den ≥ 65 -jährigen Personen im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen mit Abstand am höchsten. Ungeimpfte Personen und ≥ 65 -jährige Personen verzeichneten während des ganzen Zeitraums (auch in den Delta- und Omikron-Wellen) eine deutlich höhere Inzidenz der Hospitalisationen als geimpfte oder < 65 -jährige Personen. Die Inzidenz der Hospitalisationen von geimpften ≥ 65 -jährigen Personen war um ein Vielfaches geringer als jene von ungeimpften Personen gleichen Alters.

Neben älteren Personen haben Personen ≥ 16 Jahre mit definierten chronischen Erkrankungen [1], sowie Personen mit Trisomie 21 [2, 3] und Schwangere [4–8] ein erhöhtes Risiko für einen schweren Verlauf oder Hospitalisationen infolge einer SARS-CoV-2 Infektion. Sie werden deshalb gemäss [Kategorienliste BAG](#) ebenfalls zu den besonders gefährdeten Personen (BGP) gezählt.

Eine deutlich erhöhte Inzidenz zeigen ungeimpfte Personen und Personen ≥ 65 Jahre auch bei den Todesfällen infolge von Covid-19. Die Inzidenzen der Todesfälle von über 65-jährigen Personen mit abgeschlossener Grundimmunisierung waren um ein Vielfaches niedriger als



von ungeimpften Personen gleichen Alters und noch einmal deutlich niedriger bei Personen mit Grundimmunisierung und Auffrischimpfung.

Nach einer SARS-CoV-2 Infektion können langanhaltende, teilweise einschränkende Beschwerden auftreten (Post-Covid-19-Erkrankung / Long Covid). Diese wurden vorwiegend bei Erwachsenen beobachtet und können jedoch, wenn auch seltener, ebenfalls bei Kindern und Jugendlichen auftreten. Die Symptome können über mehrere Wochen und teilweise über Monate andauern. Allgemein steigen die Wahrscheinlichkeit und der Schweregrad einer Post-Covid-19-Erkrankung mit dem Schweregrad der durchgemachten Covid-19-Erkrankung. Erste Studien zeigen, dass geimpfte Erwachsene nach einer durchgemachten SARS-CoV-2 Infektion eine tiefere Wahrscheinlichkeit als ungeimpfte Personen haben, eine Post-Covid-19 Erkrankung zu entwickeln ([UKHSA Evidence Briefing](#), [9]).

Studien zur Seroprävalenz in der Schweiz zeigen, dass im Juni 2022 > 97% der Bevölkerung Antikörper gegen SARS-CoV-2 aufwies ([corona-immunitas.ch](#)). Diese können Folgen einer Infektion oder einer Impfung, oder auch durch eine Kombination von beidem sein. Gemäss verfügbarer Evidenz nimmt nach einer Impfung der Schutz vor (Re-)Infektionen bei den neueren Varianten (z.B. Omikron) relativ schnell ab. Der Schutz vor schweren Covid-19 Verläufen bleibt länger erhalten, nimmt über die Zeit, insbesondere bei älteren und besonders gefährdeten Personen, aber ebenfalls ab. Deshalb wird je nach epidemiologischer Lage und je nach Risikoprofil von Bevölkerungsgruppen eine Auffrischimpfung empfohlen.

1.4 Soziale und gesundheitliche Auswirkungen der Pandemie

Die Covid-19-Pandemie hat verdeutlicht, dass nicht alle Menschen gleich von einer Erkrankung und den Einschränkungen der getroffenen Präventionsmassnahmen betroffen sind und auch nicht alle Menschen den gleichen Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens haben. Insbesondere Personen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status erleiden eher einen schweren Covid-19 Verlauf und sterben eher an der Erkrankung [10, 11].

Die Massnahmen zur Pandemiebekämpfung mit Schulschliessungen und weiteren Einschränkungen haben gezeigt, dass dadurch neben dem Schulbetrieb auch die Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen signifikant beeinträchtigt werden ([unesco: school closures](#)). Diese Massnahmen haben vor allem bei der jungen Bevölkerung zu einer erhöhten psychischen Belastung geführt. Dies berichteten zwischen 30-45% der jungen Erwachsenen während der Pandemie ([Psychische Gesundheit OBSAN](#)).

2 Strategische Überlegungen

Die Schweizer Impfstrategie lehnt sich stark an die Impfstrategie der WHO [Global Covid-19 Vaccination Strategy in a Changing World](#) an. Die WHO Impfstrategie stammt von Juli 2022. Eine neue Version für 2023 und die Jahre darüber hinaus ist in Bearbeitung.

Die Impfstrategie orientiert sich an den Eigenschaften der verfügbaren Impfstoffe in Bezug auf die prävalenten und angenommenen Eigenschaften zukünftiger Virusvarianten sowie an den Erkrankungsrisiken spezifischer Bevölkerungsgruppen. Sie berücksichtigt nicht nur die individuelle Risiko-Nutzen-Bewertung, sondern auch die gesamtgesellschaftlichen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie. Die Impfung soll dabei nicht nur menschliches Leid im Sinne von Morbidität und Mortalität reduzieren, sondern auch dazu beitragen, die relevanten gesellschaftlichen Versorgungsfunktionen zu gewährleisten, die negativen Auswirkungen auf das soziale und kulturelle Leben sowie die Bildung zu minimieren und die Wirtschaft vor grossen Schäden zu schützen.



Diese Ziele sollen primär durch die Reduktion der mit der Covid-19-Pandemie verbundenen Krankheitslast erreicht werden. Als mögliche Impfziele in Frage kommen grundsätzlich, je nach Charakteristika des Erregers und der Eigenschaften der verfügbaren Impfstoffe, ein Herdenschutz, eine Elimination des Krankheitserregers oder eine hohe Durchimpfungsrate zum individuellen Schutz zu benennen. In der Covid-19-Pandemie sind mit den bis heute verfügbaren Impfstoffen die beiden ersten Impfziele nicht erreichbar. Eine hohe Durchimpfungsrate anzustreben ist hingegen sinnvoll. Denn je höher die Durchimpfung insbesondere in den Risikogruppen ist, desto weniger wird das Gesundheitssystem durch schwer verlaufende Covid-19-Fälle belastet. Zusätzlich beschreibt die WHO als weiteres Ziel, die Entwicklung und Verfügbarkeit von verbesserten Impfstoffen zu beschleunigen, welche die Immunität und einen möglichen Schutz vor Transmission gewährleisten resp. verbessern sollen.

Die Impfstrategie der Schweiz definiert im Folgenden die übergeordneten Ziele für die Covid-19-Impfung, sowie die einzelnen Strategien pro Zielgruppe und deren etwaige Priorisierung. Dabei sind jeweils die epidemiologische Lage, internationale Empfehlungen und Rahmenbedingungen [12, 13] sowie die Besonderheiten der Covid-19-Situation in der Schweiz und des schweizerische Gesundheitssystem zu berücksichtigen.

Die aus der Impfstrategie abgeleitete Impfempfehlung definiert Impfschemata für die einzelnen Bevölkerungsgruppen. Sie orientiert sich an den aktuell vorherrschenden Virusvarianten, der Wirksamkeit und Schutzdauer der Impfstoffe bei den einzelnen Zielgruppen und an der zu beobachtenden Immunität in der Bevölkerung.

Expertinnen und Experten weltweit erwarten, dass SARS-CoV-2 längerfristig endemisch wird. Demnach wird das Virus also nicht wieder verschwinden, sondern wird weiterhin in der Bevölkerung zu Infektionen führen. Die meisten Menschen haben bereits zumindest eine gewisse Immunität durch Impfung und/oder Infektion erworben. Als Folge davon kann erwartet werden, dass Covid-19 dauerhaft keine unmittelbare Bedrohung für die öffentliche Gesundheit darstellen wird, wie dies in der pandemischen Phase der Fall war. Einzelne Bevölkerungsgruppen werden aber weiterhin stark gefährdet sein. Covid-19 wird auch als endemische Krankheit vor allem bei vulnerablen Personen schwere Verläufe und Post-Covid-19-Erkrankungen hervorrufen können. Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit beziehungsweise spezifischer Zielgruppen werden weiterhin Massnahmen einschliesslich der wiederholten Empfehlung zur Impfung notwendig sein, wie dies auch bei anderen impfverhütbaren Krankheiten der Fall ist.

Der Übergang in eine endemische Situation wird in absehbarer Zeit erwartet. Vorerst stehen aber der Umgang mit weiteren epidemischen SARS-CoV-2-Wellen durch neu auftretende Varianten des Virus und deren Bekämpfung mit den aktuell und zukünftig verfügbaren Impfstoffen im Vordergrund der Überlegungen. Die Impfung als präventive Massnahme wird auch im langfristigen Umgang mit SARS-Cov-2 eine zentrale Rolle einnehmen, wobei der Zugang und das Verständnis der Bevölkerung für die Präventionsmassnahmen wichtig sind.

Die Massnahmen zum Schutz der öffentlichen Gesundheit werden sich in der Übergangsphase sowie in der Zeit, in der sich Covid-19 als endemische Krankheit in der Schweiz etabliert hat, von denen der pandemischen Krisenbewältigung unterscheiden. Teststrategien und Fallmanagement müssen an die endemische Situation angepasst werden. Die Erkrankung von Personen mit potentiell schweren Verläufen von Covid-19 soll frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Dazu soll der niederschwellige Zugang zur Behandlung möglich sein.



2.1 Zielsetzungen

Im Einklang mit internationalen Empfehlungen [13] verfolgt die Impfstrategie drei Ziele in hierarchisch absteigender Bedeutung.

Übergeordnete Ziele der Impfung:

1. Verminderung der Krankheitslast insbesondere von schweren und tödlich verlaufenden Covid-19-Fällen.
2. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung.
3. Reduktion der negativen direkten und indirekten gesundheitlichen, psychischen, sozialen wie wirtschaftlichen Auswirkungen während einer Covid-19-Pandemie.

1. Die Verminderung der Krankheitslast insbesondere von schweren und tödlich verlaufenden Covid-19-Fällen ist prioritäres Impfziel, da die Covid-19-Pandemie zu einer Übersterblichkeit und klaren Zusatzmorbidity in der Bevölkerung führte (siehe Kapitel 1.3). Besonders gefährdete Personen tragen dabei die Hauptkrankheitslast und haben ein deutlich erhöhtes Hospitalisations- und Sterberisiko [1–4]. Die Impfung ist die wichtigste Massnahme für deren Schutz vor schweren Erkrankungen insbesondere bei besonders gefährdeten Personen.

2. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist das zweite übergeordnete Impfziel. Das Gesundheitssystem muss einerseits die Krankheitslast durch Covid-19 bewältigen können und andererseits der Schweizer Bevölkerung auch für alle nicht durch Covid-19 verursachten Krankheiten und Gesundheitsprobleme weiterhin zur Verfügung stehen. Grundsätzlich bietet die Impfung einen guten individuellen Schutz vor schweren Verläufen. Je nach epidemiologischer Lage bietet die Impfung aber keinen Schutz vor Infektion und Transmission. Deshalb kann die Krankheitslast von Covid-19 ohne wirksame nicht-pharmazeutische Massnahmen in gewissen Phasen zu einer Überlastung des Gesundheitssystems führen. Zu dieser Überlastung kommt es durch eine hohe Zahl von Covid-19-Patientinnen und Patienten in stationärer und insbesondere intensivmedizinischer Behandlung. Deshalb kann es je nach epidemiologischer Lage nötig sein, nebst der Impfung ebenfalls nicht-pharmazeutische Massnahmen zu treffen. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung wird erreicht durch Reduktion der Krankheitslast von Covid-19 (siehe Ziel 1) und durch die Einsatzfähigkeit des Gesundheitspersonals. Das setzt den optimalen Schutz der Gesundheit des Personals zur Reduktion des Personalausfalls aufgrund von Covid-19 voraus. Um die Gesamtleistung des Gesundheitssystems zu erhalten, darf die Auslastung der Intensiv-/Intermediärpflegestationen durch Covid-19-Patientinnen und Patienten ein tragbares Mass nicht überschreiten. Die Verschiebung von nichtdringlichen Behandlungen in den Spitälern soll höchstens kurzfristig in Betracht gezogen werden müssen.

3. Die Reduktion der negativen direkten und indirekten gesundheitlichen, psychischen, sozialen sowie wirtschaftlichen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie ist das dritte übergeordnete Impfziel. Das Erreichen des Ziels 3 wird durch das Erlangen der Ziele 1 und 2 sowie, falls notwendig, durch nicht-pharmazeutische Massnahmen, insbesondere in gewissen Settings und Bevölkerungsgruppen, unterstützt. Dieses Impfziel kann je nach Wirkung der verfügbaren Impfstoffe auf die vorherrschenden Virusvarianten nicht oder nur zu einem geringen Grad erreicht werden.

Nichtpharmazeutische Massnahmen zur Kontrolle der Pandemie können allerdings zu grossen wirtschaftlichen Problemen mit Umsatzrückgängen und existentiellen Bedrohungen (Betriebsschliessungen, Konkurse, Kurzarbeit etc.) führen. Sie schränken zudem das soziale und kulturelle Leben sowie die Bildung stark ein. Von den daraus resultierenden negativen



Folgen auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden (www.coronastress.ch) sind Jugendliche und junge Erwachsene besonders stark betroffen (siehe Kapitel 1.4). Trotzdem können nichtpharmazeutische Massnahmen aufgrund der Krankheitslast für nötig befunden und somit empfohlen oder angeordnet werden.

2.2 Impfung gegen Covid-19

Einer Impfung kommt als primäre Präventionsmassnahme zur Verminderung von gesundheitlichen wie auch anderen Folgen von Covid-19 hohe Bedeutung zu. Die Impfung mit den verfügbaren Impfstoffen ermöglicht weiten Teilen der Bevölkerung, einen guten Schutz gegen schwere Covid-19-Verläufe (Hospitalisation und Tod) zu entwickeln. Dieser Schutz nimmt über die Zeit insbesondere bei BGP ab. In den ersten Wellen (Ursprungs-Variante) schützte die Impfung auch zu einem gewissen Grad vor Infektion und Transmission, während sich die Wirksamkeit der Impfung während späteren Wellen (Omikron-Varianten) insbesondere auf den Schutz vor schweren Verläufen beschränkte. Gegen die Omikron Varianten kann die Impfung hingegen kaum Schutz vor symptomatischen Infektionen bieten und hat nur einen zu vernachlässigenden Schutz vor Transmission. Der Bedarf für neu entwickelte Impfstoffe und deren Wirkung gegen neue Varianten wird sich in Zukunft zeigen.

In der Schweiz zugelassene Impfstoffe (Stand November 2022): In der Schweiz und in Liechtenstein sind sechs Impfstoffe mit drei verschiedenen Impfstoff-Technologien zur Prävention von Covid-19 zugelassen, empfohlen und verfügbar. Bei den Impfstoffen von Moderna (*Spikevax*[®] und *Spikevax Bivalent Original / Omicron*[®] BA.1) und Pfizer/BioNTech (*Comirnaty*[®] und *Comirnaty Bivalent Original / Omicron* BA.1) handelt es sich um so genannte mRNA-Impfstoffe. Der Impfstoff von Johnson & Johnson (*Covid-19 Vaccine Janssen*[®]) ist ein adenoviraler Vektorimpfstoff. *Nuvaxovid*[®] von Novavax ist ein proteinbasierter Impfstoff. Alle Impfstoffe basieren auf der Präsentation des Spikeproteins (Variante Wuhan und bei bivalenten zusätzlich Variante Omikron). Die genauen Dosierungen sowie detaillierte Angaben zu Wirksamkeit, Sicherheit und Schutzdauer können der [Impfempfehlung](#) entnommen werden.

Tabelle 1: Zugelassene Covid-19-Impfstoffe Schweiz (Stand November 2022).

Impfstoff	Technologie
Comirnaty [®] (Pfizer/BioNTech)	mRNA-Impfstoff, monovalent
Comirnaty [®] Bivalent Original / Omicron BA.1 (Pfizer/BioNTech)	mRNA-Impfstoff, bivalent
Spikevax [®] (Moderna)	mRNA-Impfstoff, monovalent
Spikevax [®] Bivalent Original / Omicron BA.1 (Moderna)	mRNA-Impfstoff, bivalent
Covid-19 Vaccine Janssen [®] (Johnson & Johnson)	Adenoviraler Vektor-Impfstoff, monovalent
Nuvaxovid [®] (Novavax)	Adjuvantierter Spike-Protein basierter Impfstoff, monovalent

In der Schweiz wurden vor allem die Impfstoffe eingesetzt, die auf der neuartigen mRNA-Technologie basieren, und auch als erste zugelassen wurden. Die später zugelassenen Vektor- und Protein-Impfstoffe wurden zu Beginn als Alternative für Personen empfohlen, denen aus medizinischen Gründen keine mRNA-Impfstoffe verabreicht werden konnten oder



weil diese mRNA-Impfstoffe ablehnten. Seit Herbst 2022 wird der zugelassene Proteinimpfstoff generell zur Auffrischimpfung empfohlen.

Die mRNA-Impfstoffe bieten die Möglichkeit, vergleichsweise rasch auf neue oder gleich mehrere Virusvarianten angepasst und in grossen Mengen produziert zu werden. Dies kann im Hinblick auf das Auftreten neuer Varianten ein Vorteil sein. Ebenso zum Einsatz können Impfstoffe (wie z.B. Nuvaxovid) kommen, deren Wirksamkeit weniger von der Virusvariante abhängig ist und somit einen breiteren Schutz bieten kann.

2.3 Ansatz zum Erreichen der Impfziele

Um die übergeordneten Impfziele 1-3 zu erreichen, wird eine auf Zielgruppen-orientierte Impfstrategie verfolgt.

Die in Tabelle 2 dargestellte Reihenfolge der Zielgruppen basiert auf der Krankheitslast pro Zielgruppe und des geschätzten Beitrags der Impfung zur Erreichung der übergeordneten Impfziele. Dies vor dem Hintergrund der aktuellen epidemiologischen Lage und Immunität in der Schweizer Bevölkerung.

Die Gliederung soll zudem eine Priorisierung aufzeigen, z.B. im Falle einer Impfstoffknappheit oder hinsichtlich des Zeitpunktes der Verabreichung der Impfung zum bestmöglichen Schutz während einer Infektionswelle.

Die ursprüngliche Version dieser Tabelle (siehe Anhang 1) berücksichtigte des Weiteren die Situation, dass die Impfstoffe eine hohe Wirksamkeit zur Reduktion von allen symptomatischen SARS-CoV-2 Infektionen (nicht nur schwerer Verläufe) sowie der Übertragung aufweisen und umfasst sieben Zielgruppen. Unter Umständen, wie sie beispielsweise im Herbst 2022 vorliegen, bei denen die Wirksamkeit zur Reduktion der Infektionen und/oder der Übertragung nicht mehr oder nur sehr gering gegeben sind, können gewisse Zielgruppen zusammengefasst oder von einer aktuellen Impfempfehlung ausgenommen werden. Im Herbst 2022 stehen deshalb nur zwei Zielgruppen im Fokus. Zusätzlich zu diesen Zielgruppen kann in der Impfempfehlung weiteren Personengruppen der Zugang zu einer Impfung ermöglicht werden. Die anfängliche Definition der Zielgruppen und die im Jahr 2020 geschätzte Personenanzahl pro Gruppe sind dem Anhang 2 zu entnehmen.

Tabelle 2: Zielsetzung, zugeordnete Zielgruppen mit spezifischen Impfzielen und assoziierten erforderlichen Impfstoffeigenschaften.

Zielsetzung	Zielgruppen ¹ (hierarchische Reihenfolge)	Spezifische Ziele pro Gruppe	Notwendige Impfstoff-Eigenschaften
Individueller Schutz von BGP's vor schweren Verläufen und Todesfällen; Aufrechterhaltung Gesundheitsversorgung, Betreuung und Pflege der BGP	1) Besonders gefährdete Personen (BGP): Erwachsene ≥ 65 Jahre Personen 16-64 Jahre mit bestimmten chronischen Erkrankungen und weiteren Konditionen (siehe Kategorienliste)	Direkter Schutz der Geimpften vor schweren Verläufen (Reduktion/Verhinderung von Hospitalisation und Todesfällen)	Wirksam bei älteren Personen und Personen mit Komorbiditäten. Verhinderung schwerer Erkrankung.

¹ Definition der Zielgruppen und Personenanzahl pro Gruppe, siehe Anhang 2.



Zielsetzung	Zielgruppen ¹ (hierarchische Reihenfolge)	Spezifische Ziele pro Gruppe	Notwendige Impfstoff-Eigenschaften
	2) Gesundheitspersonal mit Patientenkontakt und Betreuungspersonal von BGP	a) Direkter Schutz der Geimpften vor selten schweren Verläufen b) Sicherstellung der Gesundheitsversorgung (Reduktion Betreuungs – bzw. Arbeitsausfall durch Covid-19-Erkrankungen)	Wirksamkeit zur Reduktion der schweren Erkrankungen und somit von Hospitalisation aufgrund von Covid-19. Zumindest geringe Reduktion symptomatischer Infektionen (Reduktion Arbeitsausfall)

3 Internationale Konformität der nationalen Impfstrategie

Die Impfstrategie, die übergeordneten Impfziele sowie die Priorisierung der Zielgruppen in der Schweiz sind konform mit den Empfehlungen der WHO [12, 13].

Dazu gehört, dass der Zugang zur Impfung prioritär besonders vulnerablen und älteren Personen ermöglicht wird und dann auf andere Bevölkerungsgruppen erweitert wird.

Die Schweiz anerkennt (vollständige) Impfserien mit Impfstoffen, welche von der WHO anerkannt sind ([WHO Emergency Use Listing](#)). Empfehlungen zur Vervollständigung einer Impfserie, um nach medizinischen Gesichtspunkten einen möglichst guten Impfschutz sicher zu stellen, sind in der Impfpfempfehlung beschrieben.

4 Umsetzung der Impfstrategie

4.1 Umsetzung in den Kantonen und Rolle des Bundes

Die Umsetzung der Impfstrategie und der Impfpfempfehlungen obliegt den Kantonen. Insbesondere sind die Kantone zuständig, ein angemessenes Impfangebot sicherzustellen, um die Nachfrage nach Covid-19-Impfungen niederschwellig, effizient und zeitnah bedienen zu können. Die Nachfrageförderung gehört ebenfalls in den Zuständigkeitsbereich der Kantone.

Der Bund unterstützt die Kantone in der Umsetzung auf verschiedenen Ebenen. Die Beschaffung der Impfstoffe gegen Covid-19 und die logistische Grobverteilung an die Kantone erfolgt seit Pandemiebeginn durch den Bund. Längerfristig sollen indes Beschaffung und Logistik in die Standardstrukturen des Gesundheitswesens überführt werden.

Weiter unterstützt der Bund die Kantone durch die Bereitstellung von Informationsmaterialien zur Covid-19-Impfung für die Bevölkerung und für Fachpersonen. Der Bund erarbeitet ferner Informationskampagnen zur Covid-19-Impfung zur Sensibilisierung und Nachfrageförderung bei der Bevölkerung.

4.2 Monitoring der Umsetzung

Die Umsetzung der Impfpfempfehlungen zur Covid-19-Impfung wird mit einem spezifischen Monitoring verfolgt und analysiert. Gestützt auf das Epidemien-gesetz (Art. 24 Abs. 2 EpG und Art. 36 EpV und Art.40 EpV) legt das BAG nach Absprache mit den Kantonen die zu



erhebenden Daten (Mindestdatensatz) und die Methodik für die Dokumentation und das Monitoring fest. Ausgehend von aggregierten Daten aus der Dokumentation der durchgeführten Covid-19-Impfungen wird die Entwicklung der Impftätigkeit und der Akzeptanz der Impfung in den verschiedenen Zielgruppen engmaschig und zeitnah elektronisch verarbeitet. Ziel des Monitorings ist die Überwachung der aktuellen Krankheitslast und des Impfgeschehens, um die daraus resultierenden Massnahmen ableiten zu können. Es ist besonders wichtig, nationale Echtzeitdaten (inkl. IPS und Spitäler) zu integrieren, um insbesondere in der Krise rechtzeitig entsprechende Massnahmen treffen zu können. Relevante Indikatoren zur Verimpfung in der Schweiz sind auf dem [BAG-Dashboard](#) öffentlich zugänglich.

5 Ethische Überlegungen und Akzeptanzfragen

Ethische Aspekte (siehe Kapitel 5.1) und Impfsakzeptanz (siehe Kapitel 5.2) haben eine grosse Bedeutung bei der Covid-19 Impfstoffstrategie und dem Erreichen der übergeordneten Impfziele. Zum einen müssen notwendige Priorisierungen (z.B. zu Beginn einer Pandemie, wenn Impfstoff nur begrenzt verfügbar ist) ethisch begründet werden; eine hohe Impfsakzeptanz ist andererseits notwendig für eine wirksame Zielgruppen-Impfstoffstrategie (siehe Kapitel 2.3). Die Freiwilligkeit (siehe Kapitel 5.3) der Impfung ist ein wichtiges Prinzip und trägt zu einer guten Akzeptanz der Impfung bei. Gleiches gilt für die Kostenübernahme durch den Bund (siehe Kapitel 5.4).

5.1 Ethische Überlegungen

Die unter Kapitel 2 dargestellten strategischen Überlegungen folgen den Empfehlungen der WHO zur Impfstoff-Zuordnung und Priorisierung. Diese Empfehlungen gründen ihrerseits auf den Argumentationslinien anerkannter Ethik-Fachpersonen [14].

Im Rahmen der Pandemieplanung mit Fokus Influenza wurde 2018 als Teil einer Priorisierungsliste und zur Kontingentberechnung im Auftrag des BAG eine Literaturanalyse erstellt [15]. In dieser Studie wurde der ethische und gerechtigkeits-theoretische Diskurs aufgearbeitet. Insgesamt konnten 17 ethische Kriterien abgeleitet werden, wie medizinische Leistungen unter Knappheitsbedingungen grundsätzlich fair verteilt werden können. Diese lassen sich in fünf Klassen einteilen: (1) Gleichheitsprinzip, (2) die am schlechtesten Gestellten favorisieren (Bedürfnis-Prinzip), (3) Maximierung des Gesamtnutzens (Utilitarismus-Prinzip), (4) Förderung der gesellschaftlichen Nützlichkeit und (5) Kombination von Kriterien.

Für die Situation einer Knappheit an Impfstoff oder Impfmöglichkeiten, wie sie zu Beginn der Impfstoffverfügbarkeit in der Pandemie Ende 2020 erwartet wurde, aber je nach Entwicklung auch wieder auftreten kann, sind Priorisierungen vorzusehen. In Anhang 3 werden die vorgesehene Priorisierung sowie die zugrundeliegenden ethischen Prinzipien aufgeführt.

Es gilt an dieser Stelle zu beachten, dass es zu Fragen der Priorisierung unter Knappheitsbedingungen, welche im Kern Gerechtigkeitsfragen sind, nebst der ethischen Perspektive auch die sozial-psychologische Perspektive gibt. Während sich die ethische Perspektive als normsetzend versteht (z.B. «wie sollte eine gerechte Verteilung aussehen»), zielt die sozial-psychologische Perspektive auf die Beobachtung der Gerechtigkeitswahrnehmung (z.B. «wie sieht eine in der Bevölkerung als gerecht wahrgenommene Verteilung aus»). Im Idealfall decken sich ethische Argumente mit der Gerechtigkeitswahrnehmung. Dies ist aber nicht immer der Fall [12] und kann zu einem Akzeptanzproblem von bestimmten Priorisierungen führen.

Empirische Präferenz-Untersuchungen zur Allokation von knappen medizinischen Leistungen im Pandemiefall deuten darauf hin, dass die Bevölkerung dem Prinzip «Kränkste zuerst» als



Ausprägung des Bedürfnis-Prinzips [14] sehr hohe Fairness-Bedeutung beimitst [16, 17] (siehe Kapitel 5.2).

Es wird erwartet, dass Covid-19 längerfristig zu einer endemischen Krankheit wird. Covid-19 wird dabei mit schwankender Inzidenz konstant präsent sein, möglicherweise auch mit epidemischen Ausbrüchen. Die Frage, die sich also aus ethischer Sicht stellt, ist die Folgende: Kommt es erneut zu Knappheit und somit auch Verteilungs- und Priorisierungsfragen? Dieser Fall ist nach aktuellem Wissensstand nicht auszuschliessen, insbesondere, wenn neue Varianten auftauchen, die zu schweren Verläufen führen und für die weder die vorhandenen Impfungen noch Therapien in genügendem Mass wirksam sind. Bis angepasste Impfungen und Therapien entwickelt und in genügenden Mengen verfügbar sind, kann es zu Knappheit kommen. Die zuvor erwähnten Überlegungen gelten auch in einem solchen Fall. Die Priorisierung müsste aber ggf. angepasst werden, je nachdem, welche Personengruppe am stärksten betroffen ist.

5.2 Akzeptanzfragen

Die Akzeptanz einer Impfung hängt von vielen Faktoren ab (z. B. Wahrnehmung des individuellen Risikos, erwarteter Nutzen der Impfung, Angst vor Nebenwirkungen, Skepsis gegenüber Staat und Covid-19-Politik usw.) und variiert über die Zeit [18].

Um eine hohe Akzeptanz der Covid-19-Impfung in der Bevölkerung zu erreichen, ist es wichtig, dass

- a) **alle involvierten Stakeholder, die adressierten Zielgruppen und die allgemeine Bevölkerung offene, transparente, adressatengerechte sowie zielführende Informationen erhalten.** Dies insbesondere über die Covid-19-Impfung (z. B. Erläuterung der neuen Impfstofftechnologien, unerwünschte Impferscheinungen) sowie die Impfstrategie- und -empfehlung (u.a. Erläuterung zur Impfstoffzuteilung und prioritärer Gruppen; Zulassungsprozesse und EKIF-Evaluationen);
- b) **die Impfung für alle Zielgruppen freiwillig ist** (siehe Kapitel 5.3);
- c) alle Personen, für die die Impfung empfohlen ist und die sich impfen lassen wollen, einen **einfachen und niederschweligen Zugang** zur Impfung haben (siehe Kapitel 5.4).

Impfbereitschaft und Beurteilung der Impfpriorisierung

Befragungen des Teams ETH-ZHAW-IQVIA im Auftrag des BAG zeigen, dass sich die Impfbereitschaft² seit Beginn der Impfkampagne Ende 2020 im Zeitverlauf³ stetig erhöht und sich im Sommer 2022 bei ca. 75% plafoniert hat. Dabei hat sich die Zahl der Unbestimmten laufend reduziert; sie lag zuletzt bei ca. 5% der Befragten. Andere Studien (z.B. durch [Sotomo](#)) kamen zu vergleichbaren Ergebnissen.

Diese Befragungsergebnisse wurden durch die Zahl der tatsächlich Geimpften bestätigt. So liegt z.B. der Anteil der Geimpften mit mindestens einer Impfung der Altersgruppe 16-64 Jahre bei 77.2% ([covid19.admin.ch](#), Stand 14.11.2022).

Die Impfbereitschaft kann bei späteren Kampagnen (wie z.B. der Auffrischimpfung im Herbst 2022) deutlich verringert sein.

² Es wurden Personen im Alter von 18-75 befragt.

³ Es wurden insgesamt 5 Befragungen durchgeführt. Die Befragungen erfolgten über ein online Panel. Die erste Befragung erfolgte in der zweiten Dezemberhälfte 2020, die fünfte in der letzten Dezemberwoche 2021. Bei der ersten Befragung waren 3'058 aus der französischen (33%) und der deutschen Schweiz (67%) involviert. Die weiteren Befragungen umfassten bereinigte Samples zwischen 1'472-1'416. Für die fünf Samples wurden jeweils bevölkerungsrepräsentativ Quoten für Geschlecht und Alter festgelegt.



Bezugnehmend auf das vorangehende Kapitel 5.1 ist von besonderem Interesse, welche möglichen Impfstrategien von der Bevölkerung als gerecht empfunden werden. Wie gezeigt, gibt es eine Reihe von Priorisierungsprinzipien, die ethisch gerechtfertigt werden können.

Acht verschiedene Priorisierungsprinzipien wurden in den Umfragen abgefragt. Die hierarchische Abfolge der Priorisierung von bestimmten Gruppen (vereinfacht der EKIF-Impfstrategie entsprechend), (1) Risikogruppen und ältere Personen ≥ 65 , gefolgt von (2) Gesundheitspersonal mit engen Kontakten zu (1), dann (3) das übrige Gesundheitspersonal und essentielle Dienste (z.B. Polizei, Feuerwehr etc.), zuletzt (4) die übrigen Personen) wird als sehr gerecht wahrgenommen. Ca. 80% der Befragten beurteilen dieses Prinzip als eher bis sehr gerecht. Das Priorisierungsprinzip, besonders gefährdete Personen zu favorisieren, wird als gleich gerecht empfunden wie das zuvor genannte. Auf der anderen Seite des Spektrums wird das Prinzip, die Impfdosen zufällig an die nachfragenden Personen zu verteilen, von 85% der Befragten als eher bis sehr ungerecht beurteilt. Das Antwortmuster bleibt über die Zeit stabil, Abweichungen lassen sich mit der Dynamik des Pandemieverlaufs erklären. So zeigte sich z.B. bezüglich des Priorisierungsprinzips «gesellschaftliche Funktion» (Spitalangestellte zu priorisieren) zwischen der ersten und zweiten Befragung ein signifikanter Anstieg der Gerechtigkeitswerte von 59% auf 76%. Nachdem sich also eine erste Sättigung der Impfquote der besonders gefährdeten Personen abzeichnete, war in den Augen der Befragten das Gesundheitspersonal an der Reihe.

Die von den Befragten bevorzugte Impfstoffverteilung korreliert insgesamt mit der Priorisierung, die in der vorliegenden Impfstrategie bei Impfstoffknappheit vorgesehen ist.

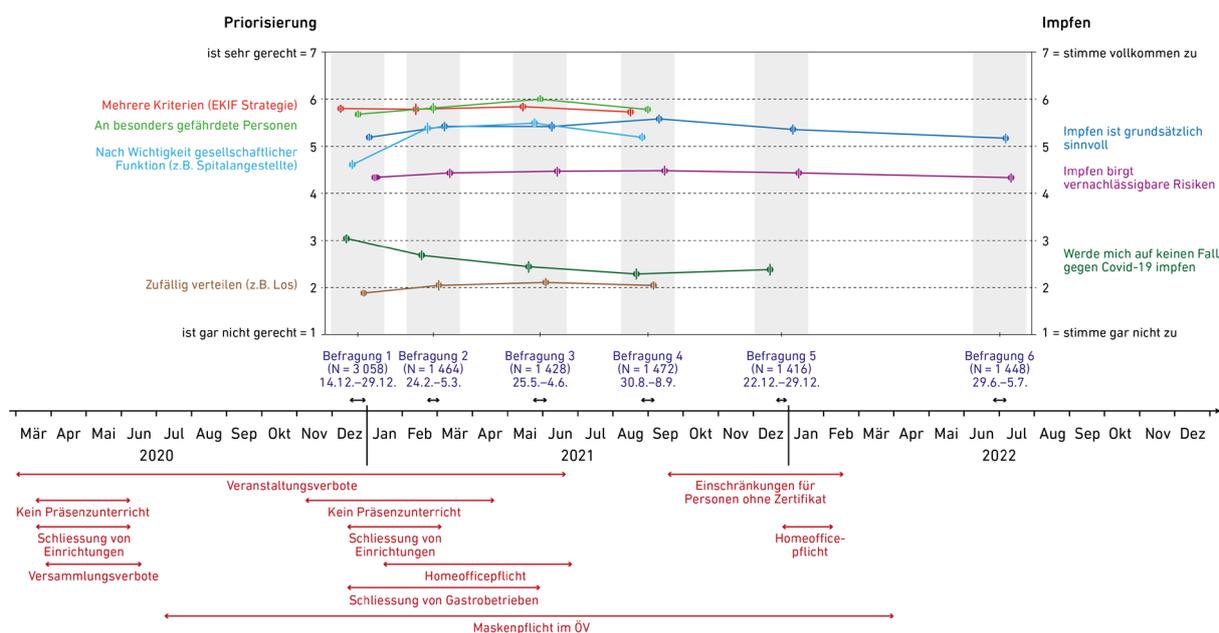


Abbildung 1: Befragung der Bevölkerung zum Impfen und zur Priorisierungsstrategie im Zeitverlauf⁴. Die Fragen zur Priorisierung wurden nur bei den ersten 4 von insgesamt 5 Befragungen gestellt. Punkte: Mittelwerte; vertikale Striche: Vertrauensintervalle.

⁴ Es wurden insgesamt 5 Befragungen durchgeführt. Die Befragungen erfolgten über ein online Panel. Die erste Befragung erfolgte in der zweiten Dezemberhälfte 2020, die fünfte in der letzten Dezemberwoche 2021. Bei der ersten Befragung waren 3'058 aus der französischen (33%) und der deutschen Schweiz (67%) involviert. Die weiteren Befragungen umfassten bereinigte Samples zwischen 1'472-1'416. Für die fünf Samples wurden jeweils bevölkerungsrepräsentativ Quoten für Geschlecht und Alter festgelegt.



5.3 Freiwilligkeit der Impfung

Der Bund setzt auch bei der Covid-19-Impfung auf Information und Sensibilisierung. Die Schweizer Bevölkerung soll verständlich und transparent informiert werden. Jede Person soll in der Lage sein, einen gut informierten, persönlichen Impfscheid zu treffen.

Eine allgemeine Impfpflicht für die Bevölkerung ist in der Schweiz rechtlich ausgeschlossen. Das Epidemiegesezt sieht aber vor, dass unter bestimmten Voraussetzungen Bund und Kantone Impfungen bei gefährdeten Bevölkerungsgruppen, bei besonders exponierten Personen und bei Personen, die bestimmte Tätigkeiten ausüben, für obligatorisch erklären können («Impfobligatorium» oder «Impfpflicht»)⁵. Niemand kann aber gezwungen werden, sich impfen zu lassen (kein «Impfzwang»).

5.4 Kostenübernahme der Covid-19-Impfung

Eine zwecks Bekämpfung der Epidemie in der Schweiz empfohlene Impfung ist für die Bevölkerung kostenlos. Covid-Impfungen aus anderen Beweggründen sind gegen Bezahlung zugänglich. Weitere Informationen können dem [Faktenblatt Finanzierung der Covid-19-Impfungen](#) entnommen werden.

6 Rechtliche Grundlagen und Haftung

Die vorliegende Covid-19-Impfstrategie stützt sich auf die Kompetenz und Pflicht des BAG, Impfeempfehlungen und Richtlinien zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu veröffentlichen (Art. 20 Abs. 1 und 9 Abs. 3 Epidemiegesezt [EpG; SR 818.101]). Detailliertere Angaben zu rechtlichen Fragen sowie Fragen der Haftung bei Impfschäden finden sich in Anhang 4.

⁵ Artikel 6 Absatz 2 lit. d und Artikel 22 EpG



LiteraturReferenzen

- 1 Treskova-Schwarzbach M, Haas L, Reda S, Pilic A, Borodova A, Karimi K et al. Pre-existing health conditions and severe COVID-19 outcomes: an umbrella review approach and meta-analysis of global evidence. *BMC medicine* 2021;19(1):212. 10.1186/s12916-021-02058-6.
- 2 Malle L, Gao C, Hur C, Truong HQ, Bouvier NM, Percha B et al. Individuals with Down syndrome hospitalized with COVID-19 have more severe disease. *Genetics in medicine official journal of the American College of Medical Genetics* 2021;23(3):576–80. 10.1038/s41436-020-01004-w.
- 3 Clift AK, Coupland CAC, Keogh RH, Hemingway H, Hippisley-Cox J. COVID-19 Mortality Risk in Down Syndrome: Results From a Cohort Study of 8 Million Adults. *Ann Intern Med* 2021;174(4):572–6. 10.7326/M20-4986.
- 4 Takla A, Matysiak-Klose D, Bogdan C, Harder T, Ledig T, Neufeind J et al. Empfehlung und Begründung der STIKO zur Impfung gegen COVID-19 von Schwangeren und Stillenden 2021(38):10–29.
- 5 Chinn J, Sedighim S, Kirby KA, Hohmann S, Hameed AB, Jolley J et al. Characteristics and Outcomes of Women With COVID-19 Giving Birth at US Academic Centers During the COVID-19 Pandemic. *JAMA network open* 2021;4(8):e2120456. 10.1001/jamanetworkopen.2021.20456.
- 6 Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)* 2020;370:m3320. 10.1136/bmj.m3320.
- 7 Villar J, Ariff S, Gunier RB, Thiruvengadam R, Rauch S, Kholin A et al. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection: The INTERCOVID Multinational Cohort Study. *JAMA pediatrics* 2021;175(8):817–26. 10.1001/jamapediatrics.2021.1050.
- 8 La Verde M, Riemma G, Torella M, Cianci S, Savoia F, Licciardi F et al. Maternal death related to COVID-19: A systematic review and meta-analysis focused on maternal co-morbidities and clinical characteristics. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2021;154(2):212–9. 10.1002/ijgo.13726.
- 9 Al-Aly Z, Bowe B, Xie Y. Long COVID after breakthrough SARS-CoV-2 infection. *Nature medicine* 2022;28(7):1461–7. 10.1038/s41591-022-01840-0.
- 10 Riou J, Panczak R, Althaus CL, Junker C, Perisa D, Schneider K et al. Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *The Lancet. Public health* 2021;6(9):e683-e691. 10.1016/S2468-2667(21)00160-2.
- 11 Ridder D de, Sandoval J, Vuilleumier N, Azman AS, Stringhini S, Kaiser L et al. Socioeconomically Disadvantaged Neighborhoods Face Increased Persistence of SARS-CoV-2 Clusters. *Frontiers in public health* 2020;8:626090. 10.3389/fpubh.2020.626090.
- 12 World Health Organization. WHO SAGE ROADMAP FOR PRIORITIZING USES OF COVID-19 VACCINES IN THE CONTEXT OF LIMITED SUPPLY: An approach to inform planning and subsequent recommendations based upon epidemiologic setting and vaccine supply scenarios.
- 13 World Health Organization. WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination, 14 September 2020.
- 14 Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *The New England journal of medicine* 2020;382(21):2049–55. 10.1056/NEJMs2005114.
- 15 Krütli P, Smieszek T, Fuchsli RM, Eschle P. Prioritätenliste und Kontingentberechnung – Pandemievorbereitung in der Schweiz. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). TdLab ETH. Zürich: <https://docplayer.org/176579689-Prioritaetenliste-und-kontingentberechnung.html>.
- 16 Krütli P, Rosemann T, Törnblom KY, Smieszek T. How to Fairly Allocate Scarce Medical Resources: Ethical Argumentation under Scrutiny by Health Professionals and Lay People. *PloS one* 2016;11(7):e0159086. 10.1371/journal.pone.0159086.



- 17 Grover S, McClelland A, Furnham A. Preferences for scarce medical resource allocation: Differences between experts and the general public and implications for the COVID-19 pandemic. *British journal of health psychology* 2020;25(4):889–901. 10.1111/bjhp.12439.
- 18 Rawls J. *A theory of justice* (1999 revised ed.): Oxford N.Y: University Press; 1971.



7 Anhang 1: Zielsetzung, zugeordnete Zielgruppen mit spezifischen Impfzielen und assoziierte erforderliche Impfstoffeigenschaften

In der Tabelle werden die im Kapitel 2.3 erwähnten Zielgruppen aufgelistet, wie sie bis zum Auftreten der Omikron Variante zur Anwendung kamen. **Je nach epidemiologischer Lage (wie z.B. im Herbst 2022), werden nicht alle Gruppen angewendet, da je nach prävalenten Virusvarianten der Schutz vor Infektion und Übertragung durch eine Impfung eingeschränkt ist.**

Durchimpfungsrate der Risikogruppen-Impfstrategie: Um die übergeordneten Ziele zu erreichen, soll bei den besonders gefährdeten Personen als Hauptzielgruppe und bei den Angehörigen des Gesundheits- und Betreuungspersonals eine möglichst hohe Durchimpfungsrate angestrebt werden, welche sofern es die epidemiologische Lage erfordert mit Auffrischimpfungen ergänzt wird.

Wenn die Impfstoffe zusätzlich zum Schutz vor Erkrankung und Infektion **auch einen ausgewiesenen Schutz vor Übertragung** bieten, kann die spezifische Impfung von Altersgruppen, die eine stärkere Rolle bei der Ausbreitung spielen und das Erreichen von hohen Durchimpfungsraten in Erwägung gezogen werden mit dem Ziel die Übertragungshäufigkeit mittel- bis langfristig zu reduzieren

Ursprüngliche Version der Tabelle 2 (siehe Kapitel 2.3)

Zielsetzung	Zielgruppen ⁶ (hierarchische Reihenfolge)	Spezifische Ziele pro Gruppe	Notwendige Impfstoff-Eigenschaften
Risiko- gruppen: Individueller Schutz von BGPs vor schweren Verläufen und Todesfällen; Aufrechterhaltung gesundheitliche Versorgung, Betreuung und Pflege der BGP	1) Besonders gefährdete Personen (BGP): Erwachsene ≥ 65 Jahre Personen 16-64 Jahre mit bestimmten chronischen Erkrankungen und weiteren Konditionen und Schwangere siehe Kategorienliste	a) Direkter Schutz der Geimpften vor schweren Verläufen (Reduktion/Verhinderung von Hospitalisation und Todesfällen). Beobachtungsstudien zeigen, dass dieser Schutz sehr hoch liegt (über 90 %), jedoch zeitlich begrenzt.	Wirksam bei älteren Personen und Personen mit Komorbiditäten. Verhinderung schwerer Erkrankung. Günstiges Nutzen/Risiko Verhältnis ⁷ .
	2) Gesundheitspersonal mit Patientenkontakt und Betreuungspersonal von BGP	a) Direkter Schutz der Geimpften vor häufigen milden und selten schweren Verläufen (und initial auch vor Infektionen). b) Sicherstellung der Gesundheitsversorgung	a) Reduktion von Hospitalisationen aufgrund Covid-19; gute Sicherheit/Verträglichkeit. b) Reduktion von allen SARS-CoV-2

⁶ Definition der Zielgruppen und Personenanzahl pro Gruppe, siehe Anhang 2.

⁷ Aufgrund des hohen Komplikationsrisikos bei Infektion ist der Nutzen der Impfung so hoch, dass ein höheres Risiko für unerwünschte Impferscheinungen als bei Nicht-BGP akzeptiert werden kann.



Zielsetzung	Zielgruppen ⁶ (hierarchische Reihenfolge)	Spezifische Ziele pro Gruppe	Notwendige Impfstoff-Eigenschaften
		(Reduktion Arbeitsausfall durch Covid-19-Erkrankungen). c) Indirekter Schutz von BGP und Reduktion Personalausfall durch Verminderung von Übertragungen.	Infektionen. Wirksamkeit gegen Übertragung; gute Sicherheit/Verträglichkeit.
	3) Enge Kontakte von insbesondere immunsupprimierten BGP (Haushaltsmitglieder ab 16 Jahren, pflegende Angehörige)	a) Direkter Schutz der Geimpften vor häufigen milden und seltenen schweren Verläufen (und initial auch vor Infektionen). b) Aufrechterhaltung der Betreuung von immunsupprimierten BGP (keine Hospitalisation der BGP als Pflegenotfall). c) Indirekter Schutz dieser BGP durch Verminderung von Übertragungen (und initial auch vor Infektionen).	a) Reduktion von Hospitalisationen aufgrund Covid-19 und milden Covid-19; gute Sicherheit/Verträglichkeit. b) Reduktion von allen SARS-CoV-2 Infektionen. Wirksamkeit gegen Übertragung; gute Sicherheit/Verträglichkeit.
	4) Personen 16–64 Jahre* in Gemeinschaftseinrichtungen mit erhöhtem Infektions- und Ausbruchsrisko (und altersdurchmischten Bewohnern) * Bewohnerinnen und Bewohner und Personal, welche noch ungeimpft sind (nicht durch Zielgruppe 1 und 3 abgedeckt)	a) Direkter Schutz der Geimpften vor schweren Verläufen (Reduktion/Verhinderung von Hospitalisation und Todesfällen). b) Verhinderung von Ausbrüchen durch Verminderung von Übertragungen (und initial auch vor Infektionen). Gemeint sind Gemeinschaftseinrichtungen mit erhöhtem Infektionsrisiko/-Übertragungsrisiko durch erschwertes Einhalten der Schutzmassnahmen bei gleichzeitig erhöhtem Anteil an Personen mit Komplikationsrisiken (z. B. in Einrichtungen des Freiheitsentzugs,	a) Wirksam bei älteren Personen und Personen mit Komorbiditäten. Verhinderung schwerer Erkrankung. Gutes Nutzen/Risiko Verhältnis. b) Wirksamkeit gegen Übertragung; gute Sicherheit/Verträglichkeit.



Zielsetzung	Zielgruppen ⁶ (hierarchische Reihenfolge)	Spezifische Ziele pro Gruppe	Notwendige Impfstoff-Eigenschaften
		Heimen für Menschen mit Behinderungen.	
Individueller Schutz und Reduktion der Übertragungshäufigkeit in der Bevölkerung	5) Alle Personen 16–64 Jahre (nicht durch 1.-4. abgedeckt), die sich impfen lassen wollen (ggf. stratifiziert nach absteigenden Altersgruppen)	a) Direkter Schutz der Geimpften vor häufigen milden und selten schweren Verläufen (und initial auch vor Infektionen). b) Reduktion von Erkrankungen bei beruflich erhöhtem Expositionsrisiko. c) Reduktion von Arbeitsausfall durch Verminderung von Infektionen und Übertragungen (Reduktion «Isolierte» und keine Quarantäne notwendig). d) Reduktion von indirekten individuellen und kollektiven Folgen der SARS-CoV-2 Pandemie durch weniger Übertragungen.	a) Reduktion von Hospitalisationen mit Covid-19 und milden Covid-19; gute Sicherheit/Verträglichkeit. b) Reduktion von allen SARS-CoV-2 Infektionen. Wirksamkeit gegen Übertragung.
Individueller Schutz und Reduktion der Übertragungshäufigkeit in der Bevölkerung	6) Jugendliche 12–15 Jahre , die sich impfen lassen wollen	a) Direkter Schutz der Geimpften vor häufigen milden und sehr selten schweren Verläufen bei häufiger Exposition (z. B. in Schule / Freizeit). b) Reduktion von indirekten individuellen und kollektiven Folgen (Isolation / Quarantäne) häufiger Exposition. Die Impfung von	a) Reduktion von Hospitalisationen mit Covid-19 und milden Covid-19; gute Sicherheit/Verträglichkeit. b) Reduktion von allen SARS-CoV-2 Infektionen. Wirksamkeit gegen Übertragung.



Zielsetzung	Zielgruppen ⁶ (hierarchische Reihenfolge)	Spezifische Ziele pro Gruppe	Notwendige Impfstoff-Eigenschaften
		Jugendlichen könnte bei einer Impfstoffwirkung gegen Infektion und Übertragbarkeit dazu beitragen, die Virusübertragung insbesondere auf BGP zu reduzieren.	
Individueller Schutz und Reduktion der Übertragungshäufigkeit in der Bevölkerung	7) Kinder 5–11 Jahre , deren Eltern / Erziehungsberechtigte diese aufgrund der individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung für ihr Kind wünschen. die sich impfen lassen wollen	a) Individueller Schutz vor fast immer milden und äusserst selten schweren Covid-19-Erkrankungen bzw. Komplikationen. b) Reduktion von indirekten individuellen und kollektiver Folgen (Isolation / Quarantäne) bei häufiger Exposition. Die Impfung von Kindern könnte bei einer Impfstoffwirkung gegen Infektion und Übertragbarkeit dazu beitragen, die Virusübertragung auf Haushaltsmitglieder insbesondere auf BGP zu reduzieren.	a) Reduktion von Hospitalisationen mit Covid-19 und milden Covid-19; gute Sicherheit/Verträglichkeit. b) Reduktion von allen SARS-CoV-2 Infektionen. Wirksamkeit gegen Übertragung.



8 Anhang 2: Definition der Zielgruppen und geschätzte Anzahl Personen

Zielgruppen		Anzahl Personen
1. Besonders gefährdete Personen (BGP) Total: ca. 2'227'400 Personen	<ul style="list-style-type: none"> Erwachsene ≥ 65 Jahre Davon: a) Bewohnerinnen/Bewohner von Alters- und Pflegeheimen: Alter 65-74: 15610; Alter 75-84: 46530; Alter 85-94: 78410; Alter 95+: 16310 b) Eigener Haushalt, teils mit Spitex u.ä.: Alter 65-74: 815'100; Alter 75-84: 499'420; Alter 85-94: 132'750; Alter 95+: 1680) 	Ca. 1'605'800 a) A/P-Heime: total max. 160'000 b) Zuhause: total 1'448'945
	<ul style="list-style-type: none"> Personen 16–64 Jahre mit chronischen Erkrankungen (Unterteilung in «mit höchstem Risiko», siehe Tabelle 2 der Impfempfehlung) Schwangere Personen mit Trisomie 21 	Ca. 621'600⁸
2. Gesundheitspersonal mit Patientenkontakt und Betreuungspersonal von BGP	Keine abschliessende Liste und ohne hierarchische Reihenfolge (<i>siehe spezifische Empfehlung für diese Zielgruppe</i>). a) <u>Alters- u. Pflegeheime</u> : Pflegepersonal (86000) /Betreuungspersonal: ca. 40000, Ärztinnen/Ärzte: 1800, anderes Personal: 42000 b) <u>Heime für Menschen mit Behinderungen</u> : Pflege- und Betreuungspersonal von BGP c) <u>Allg. Krankenhäuser/Spezialkliniken</u> : Pflegepersonal 68600, Ärztinnen/Ärzte 24200, anderes nichtärztliches Personal 75700. d) <u>Spitex</u> : Pflegepersonal; e) <u>Arztpraxen</u> : Ärztinnen/Ärzte (24420), Medizinische Praxisassistenten und andere nichtärztliche Pflegekräfte (29410) f) <u>Blaulichtorganisationen</u> (Rettungs- u. TransportsanitäterInnen: 3200, REGA: 385), Zivilschutz- und Zivildienstleistende, Militärpersonal (1000): wenn Patientenkontakt oder Betreuung von BGP g) <u>Physiotherapie u. Osteopathie ambulanter Bereich</u> h) <u>Hebammen ambulanter Bereich</u> i) <u>Ergotherapie / Logopädie ambulanter Bereich</u> j) <u>Chiropraktorerinnen/Chiropraktoren ambulanter Bereich</u> k) <u>Zahnarztpraxen</u> : Zahnärztinnen / Zahnärzte 4400, Praxisassistenten ca. 6000	Ca. 560'000 (inkl. BGP <65J.) a) Mit BGP-Kontakt: Ca. 126'000 b) Ca. 46'000 (bei 1:1 Betreuung) c) Ca. 168'500 total d) Ca. 30'100 e) 135'900 total f) Ca. 5'000 g) Ca. 6'960 + Ca.1'400 h) Ca. 1'530 i) Ca. 4'800 j) Ca. 310 k) Ca. 10'400 l) Ca. 21'700

⁸ Summe gemäss Angaben verschiedener Quellen, i.d.R. Schweizer Fachgesellschaften und Patientenorganisationen. Gemäss OBSAN, Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB von 2017: weisen 28,7% der Schweizer Bevölkerung im Alter von 15-64 Jahren mindestens eine Risiko-Vorerkrankungen auf. Dies entspricht hochgerechnet gegen 2 Millionen Personen. Allerdings gehört ein Grossteil davon nicht zu einer Gruppe mit stark erhöhtem Covid-19-Risiko. SGB 2017: Im Alter 35-44 haben 1% zwei oder mehr Risiko-Vorerkrankungen, im Alter 45-54 steigt dieser Anteil auf 4%, mit 55-64 Jahren auf 9%. [Obsan](#).



Zielgruppen		Anzahl Personen
	l) <u>Apotheken</u> : Apothekerinnen/Apotheker und Personal	
3. Enge Kontakte von insbesondere immunsupprimierte BGP	Haushaltsmitglieder und pflegende Angehörige	Ca. 1'243'000 (= 2x BGP<65J.), darunter auch BGP
4. Personen 16–64 Jahre (keine BGP) in Gemeinschaftseinrichtungen mit erhöhtem Infektions- und Ausbruchsrisiko (altersdurchmischte Bewohnerinnen / Bewohner)	Bewohnerinnen und/ Bewohner sowie Personal von Heimen und Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, Psychosomatische und psychiatrische Kliniken, insgesamt ca. 63000 Anstalten des Freiheitsentzugs, Bundesasylzentren und kantonale Kollektiv-Asylunterkünfte, Obdachlosenheime.	Ca.100'000 (BewohnerInnen ohne BGP)
Total Zielgruppen 1–4: ca. 3.5-4 Mio. Personen		
5. Zielgruppe	a) 16–64-Jährige b) 50–64-Jährige c) 16–49-Jährige darunter: Diplomatische Dienste CH + Ausland gem. <u>EDA</u> 6000	a) Ca. 5'600'000 b) Ca. 1'800'000 c) Ca. 3'800'000
6. Zielgruppe	12–15-Jährige	Ca. 335'000
7. Zielgruppe	5–11-Jährige	Ca. 615'000



9 Anhang 3: Mögliche Impfstoffzuteilung bei begrenzter Verfügbarkeit (Prioritäre Gruppen) basierend auf der Strategie zu Beginn der Impfstoffverfügbarkeit in der Pandemie Ende 2020

Die im Folgenden empfohlene, übergeordnete Priorisierung (siehe auch Tabelle weiter unten) orientiert sich an den Empfehlungen der WHO für die Zuteilung von Impfstoffen (2020) [13] und Priorisierung (2021) [12] von Impfzielgruppen im Falle begrenzt verfügbarer Impfstoffe gegen Covid-19. Sie berücksichtigt die weiter unten erläuterten ethischen Prinzipien sowie die Wirkung auf die folgenden strategierelevanten Faktoren:

- das Mortalitäts- und Komplikationsrisiko nach Alter (Wirkung auf übergeordnetes Ziel 1 der Impfstrategie, siehe Kapitel 2.1)
- den Erhalt der Funktionen des Gesundheitswesens und die Vermeidung der Personalüberlastung in den von der Pandemie besonders betroffenen Bereichen wie Akutspitäler und die Betreuung/Pflege von besonders gefährdeten Personen (übergeordnetes Ziel 2 der Impfstrategie)
- das Expositionsrisiko und die Möglichkeit, Ausbrüche zu verhindern (übergeordnete Ziele 1 und 2 der Impfstrategie)

Ethische Prinzipien zur Priorisierung:

Die in Kapitel 2 vorgeschlagene Zuordnung der Zielgruppen und hier aufgeführte Priorisierung folgt im Wesentlichen dem Ziel der Minimierung von schweren und tödlich verlaufenden Covid-19-Erkrankungen. Sie dient damit direkt oder indirekt auch der Aufrechterhaltung eines funktionierenden Gesundheitssystems. In erster Ordnung folgt das Priorisierungsschema dem Prinzip «Kränkste zuerst» (Priorisierungsgruppe P1 (Besonders gefährdete Personen, siehe Tabelle weiter unten). Es wird durch die Leitprinzipien von namhaften Gerechtigkeitstheoretiker gestützt [14, 18]. In zweiter Linie zielt das vorgeschlagene Impfregime auf das oben erwähnte Nutzenmaximierungsprinzip ab, indem es indirekt das Spitalsystem vor einer Überlastung schützt.

Die Priorisierung der Gruppe P2 (Gesundheitspersonal mit Patientenkontakt / Betreuungspersonal von BGP, siehe Tabelle weiter unten) kann als «instrumenteller Wert» (strategische Massnahme zum Schutz von systemrelevanten Berufsgruppen in Kontakt mit vulnerablen Zielgruppen) verstanden werden. Hier wird eine für die Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems wichtige Personengruppe priorisiert. Dieses Prinzip kann wiederum auf die Nutzenmaximierung zurückgeführt werden. Ausserdem gilt für Personen dieser Gruppe, dass sie ein Risiko für das Gemeinwohl eingehen, indem ihr eigenes Ansteckungsrisiko unter Umständen erhöht ist. Diesem zusätzlichen Risiko wird mit der Priorisierung begegnet. Bei den Gruppen P3 (enge Kontakte von insbesondere immunsupprimierten BGP) und P4 (Personen in Gemeinschaftseinrichtungen mit erhöhtem Infektions- und Ausbruchsrisiko) ist die Zuordnung zu einem ethischen Verteilprinzip je nach epidemiologischer Situation und Impfstoffeigenschaften am schwierigsten zu begründen. So können enge Kontakte zu besonders gefährdenden Personen (P3) nur aus der Perspektive gerechtfertigt werden, dass diese teilweise Betreuungs- (und soziale) Funktionen übernehmen und somit «instrumenteller Wert» Status haben. Damit haben sie eine ähnliche Funktion wie das Gesundheitspersonal mit Patientenkontakt.

Bei der Gruppe P4 wird davon ausgegangen, dass die Distanzregeln nicht oder nur erschwert eingehalten werden können und je nach epidemiologischer Lage und Impfstoffeigenschaften ein erhöhtes Ansteckungsrisiko besteht und dies bei einigen Personen zu gesundheitlichen



Komplikationen führen könnte. Letztlich kann hier auch argumentiert werden, dass eine prioritäre Behandlung der Aufrechterhaltung des Betriebs der Institution dient (instrumenteller Wert). Dieses Argument gilt jedoch auch für andere Institutionen als der hier genannten.

Empfohlenes Priorisierungsschema bei begrenzter Impfstoffverfügbarkeit zum Schutz von besonders gefährdeten Personen

Prioritäre Gruppen (Gruppen P1 – P4 in hierarchisch absteigender Reihenfolge in Abhängigkeit der Impfstoffverfügbarkeiten).	
P1	Besonders gefährdete Personen gemäss Dokument «Kategorien besonders gefährdeter Personen» Priorisierung innerhalb dieser Personengruppe: <ol style="list-style-type: none">1. Personen \geq 75 Jahren2. Personen mit chronischen Krankheiten mit höchstem Risiko (siehe Tabelle)3. Personen \geq 65 Jahren4. Pflege-/Betreuungspersonal bzw. gesamtes Personals in Kontakt mit Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen für ältere Menschen (Impfung möglichst gleichzeitig mit Bewohnerinnen und Bewohnern)5. Personen \geq 16 Jahren innerhalb der «Kategorien besonders gefährdeter Personen»
P2	Gesundheitspersonal mit Patientenkontakt / Betreuungspersonal von BGP (falls noch nicht geimpft innerhalb Gruppe P1)
P3	Enge Kontakte (Haushaltsmitglieder ab 16 Jahren, pflegende Angehörige) von insbesondere immunsupprimierten BGP (falls noch nicht geimpft innerhalb Gruppe P1 und P2)
P4	Personen 16–64 Jahre in Gemeinschaftseinrichtungen mit erhöhtem Infektions- und Ausbruchsrisiko (falls noch nicht geimpft innerhalb Gruppe P1, P2 oder P3).

Hinweise zu den prioritären Gruppen:

Impfung von Personen \geq 75 Jahren bzw. \geq 65 Jahren: Diese Altersgruppe weisen das höchste Komplikations- und Mortalitätsrisiko auf (altersbedingt und durch Vorerkrankungen). Somit kann ein hoher Anteil an Todesfällen und Hospitalisationen verhindert werden. Eine Impfindikation ausschliesslich nach Alter ist einfach umzusetzen und zu kommunizieren.

Impfung von Erwachsenen \geq 65 Jahren in Einrichtungen für ältere Menschen (Altersheime) und in Pflegeheimen und möglichst gleichzeitige Impfung des Personals: Diese Gruppe weist neben dem höchsten Komplikations- und Sterberisiko auch ein erhöhtes Expositionsrisiko auf. Die Überlastung des Personals und des Gesundheitssystems (Bereich Betreuung/Pflege) und Ausbrüche können durch Impfung dieser Gruppe reduziert werden.

Impfung von Personen 16–64 Jahre mit Vorerkrankungen (BGP): Diese Personen haben im Vergleich zu den Personen \geq 65 Jahre in der Summe ein niedrigeres Komplikations- wie Mortalitätsrisiko und benötigen unter den Hospitalisierten weniger häufig eine Behandlung auf der IPS.



Eine Priorisierung der Gruppen P3 und P4 vor der restlichen Bevölkerung ab 16 Jahren (Zielgruppe 5, siehe Anhang 2) ist vorzusehen, falls die Impfstoffe gegen Infektion und Übertragbarkeit Wirksamkeit zeigen.



10 Anhang 4: Detailliertere Angaben zu rechtlichen Grundlagen und Haftung

Durchführung der Impfung

Eine Impfung ist eine Anwendung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Das Bundesrecht legt dafür lediglich die Rahmenbedingungen fest (siehe Art. 24 Abs. 3 Heilmittelgesetz [HMG] und Art. 52 Arzneimittelverordnung [VAM]). Zur Bezeichnung von Fachleuten, welche verschreibungspflichtige Arzneimittel eigenständig anwenden dürfen, bedarf es einer kantonalen Bewilligung. Es liegt in der eigenen Verantwortung der betreffenden Fachpersonen, wie sie ihre beruflichen Sorgfaltspflichten erfüllen (siehe Art. 3 und 26 HMG; Art. 40 Medizinalberufegesetz [MedBG]; Art. 16 Gesundheitsberufegesetz [GesBG]). Dabei sind alle zugänglichen Informationen zu berücksichtigen.

Als ein weiterer zentraler Bestandteil kommt die Pflicht zur Aufklärung sowie zur Einholung der Einwilligung der Patientin und des Patienten hinzu. Die zuständige Fachperson muss über die Covid-19-Impfung und namentlich ihre Risiken und Nebenwirkungen so aufklären, dass impfwillige Personen in Kenntnis der Sachlage einwilligen können. Die Aufklärung richtet sich nach den Inhalten der Fachinformation und umfasst auch die Information über einen allfälligen Off-Label-Use. Wichtig ist, dass die impfwilligen Personen im Rahmen der Aufklärung alle nötigen Informationen erhalten, damit sie die Vor- und Nachteile abwägen und eine freie Entscheidung für oder gegen die Impfung treffen können (informed consent). Die erfolgte Aufklärung und Einwilligung ist zu dokumentieren.

Die Aufsicht über die Berufsausübung der Fachpersonen ist Aufgabe der Kantone.

Allgemein lässt sich aber festhalten: Die verantwortliche medizinische Fachperson kann eine Impfung entweder selbst durchführen oder durch Hilfspersonen unter ihrer Aufsicht vornehmen lassen. Obwohl die Verabreichung eines Impfstoffs z.B. an geschulte Personen (wie Gesundheitsfachpersonen, medizinische Assistenten oder Sanitätssoldaten) delegiert werden kann, bleibt die Verantwortung für die Durchführung der Impfung aber stets bei der verantwortlichen Fachperson. Die verantwortliche Fachperson darf auch die Aufklärungspflicht delegieren (siehe SAMW-Leitfaden "Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag"⁹). Dennoch bleibt sie oder er im Rahmen der Sorgfaltspflichten für die Aufklärung verantwortlich. Das widerspiegelt sich auch in der Haftung der verantwortlichen Fachperson für ihre Hilfspersonen (Art. 101 OR). Die Patientensicherheit muss jederzeit gewährleistet sein. Dies ist aus haftungsrechtlicher Sicht besonders wichtig.

Bei der kantonalen Umsetzung der Impfung muss die Art und Weise der Durchführung der Impfung (Impfzentrum, mobile Impfequipe, Arzt, Ärztin, Apotheker, Apothekerin, Pflegefachperson etc.) durch den Kanton geregelt werden.

Wann liegt ein Impfschaden vor?

Nicht jede beliebige Impfreaktion (z.B. lokale Reaktionen an der Einstichstelle, Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen) oder unerwünschte Nebenwirkung (z.B. erhöhte Reizbarkeit) begründet aus rechtlicher Sicht einen Impfschaden und damit eine haftungsrechtliche Verantwortung des Herstellers oder der Impfstelle.

Als schwerwiegende Folgeschäden von Impfungen gelten länger- oder langandauernde schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die geimpfte Person zu einem Schaden (d.h. einer Vermögensverminderung) führen.

⁹ Abrufbar unter <http://www.samw.ch> > Publikationen > Leitfäden. Eidgenössisches Departement des Innern EDI Bundesamt für Gesundheit



Wer haftet für Impfschäden?

Wenn durch einen vom Bund beschafften und empfohlenen Covid-19-Impfstoff Schäden auftreten, folgt die Haftpflicht primär den üblichen Haftungsregelungen, wie sie bei jedem anderen Arzneimittel bzw. Impfstoff gelten.

Bei Impfschäden kommt grundsätzlich eine Haftung der Impfstoffherstellers (a), der impfenden Stelle (Auftragshaftung oder Staatshaftung) (b) sowie subsidiär des Bundes nach dem Epidemiengesetz (Ausfallhaftung) (c) in Frage:

a) Haftung des Impfstoffherstellers (Produktehaftung)

Der Impfstoffhersteller haftet gestützt auf das Produkthaftpflichtgesetz (PrHG; SR 221.112.944).

b) Haftung der impfenden Stelle (Auftragshaftung oder Staatshaftung)

Die Haftung des Arztes und der Ärztin in der Privatpraxis oder im Privatspital beurteilt sich nach dem Obligationenrecht, insbesondere nach den Regelungen des Auftragsrechts (in einem öffentlichen Spital gelten vergleichbare Anforderungen, die Haftung stützt sich aber auf das kantonale Staatshaftungsrecht). Auch die Apothekerin und der Apotheker, welche eine Impfung durchführen, müssen die Sorgfaltspflichten analog einem Arzt bzw. einer Ärztin beachten (siehe Art. 26 Abs. 1 Heilmittelgesetz [HMG; SR 812.21]). Bei der Covid-19-Impfung gelten die gleichen Regeln in Bezug auf die Patientenaufklärung wie bei allen übrigen Impfungen. Nur wenn die Sorgfaltspflicht verletzt wurde und die übrigen Haftungsvoraussetzungen erfüllt sind (namentlich im Vertragsverhältnis: Vertragsverletzung, adäquater Kausalzusammenhang, Verschulden und bei der Staatshaftung: Widerrechtlichkeit und adäquater Kausalzusammenhang), kann die Impfstelle oder die impfende Person haftbar gemacht werden. Ob und inwieweit eine haftungsbegründende Sorgfaltspflichtverletzung im Einzelfall vorliegen könnte, ist letztlich von den kantonalen Behörden und Gerichten zu entscheiden.

c) Entschädigung des Bundes (sog. Ausfallhaftung)

Eine Entschädigung durch den Bund an geschädigte Personen für Impfschäden kommt nur bei Impfungen in Betracht, wenn diese behördlich empfohlen oder angeordnet waren (siehe Art. 64 EpG). Aber sie wird durch den Bund nur gewährt, wenn der Schaden nicht oder nicht vollständig anderweitig gedeckt wird («subsidiäre Haftung oder Ausfallhaftung»). Der Bund leistet nach Art. 64 Absatz 1 EpG bei Impfschäden eine Entschädigung oder Genugtuung¹⁰.

Das BAG veröffentlicht Impfeempfehlungen und Richtlinien zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (Art. 20 Abs. 1 EpG; 9 Abs. 3 EpG). Der Umstand, dass das BAG in Zusammenarbeit mit der Expertenkommission EKIF Impfeempfehlungen erarbeitet und veröffentlicht, begründet jedoch nicht eine Haftung des BAG bzw. der EKIF, weil die Ärzteschaft nicht dazu verpflichtet ist, diese Empfehlungen und Richtlinien einzuhalten.

¹⁰ Weitere Informationen und Unterlagen im Zusammenhang mit der Entschädigung und Genugtuung bei Impfschäden sind hier auf der entsprechenden BAG-Homepage ersichtlich.