

Rechtsanwalt Sebastian Lucenti*

Keine „Lex-COVID-19“ für Corona-Maßnahmen – Teil II

Unverhältnismäßigkeit einer mittelbaren und unmittelbaren Impfpflicht gegen COVID-19

Dieser Aufsatz schließt an den ersten Teil des Autors (NVwZ-Extra 1_2023) an, in dem die Leitplanken für eine gerichtliche Verhältnismäßigkeitsprüfung von Coronamaßnahmen unter Berücksichtigung grundlegender Sachverhaltsaspekte dargestellt worden sind. Mit dem vorliegenden Teil II folgt eine Verhältnismäßigkeitsprüfung im Lichte des aufbereiteten Sachverhalts der durch den Deutschen Bundestag zum 16.3.2022 eingeführten einrichtungs- und unternehmensbezogenen Pflicht zum Nachweis einer COVID-19-Schutzimpfung oder COVID-19-Genesung, den dazu erfolgten Entscheidungen des BVerfG vom 10.2.2022 und vom 27.4.2022 („COVID-19-Impfpflicht I und II“), des ersten gescheiterten gesetzgeberischen Versuchs und künftiger Gesetzesvorhaben für die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht.

I. Einleitung

Entgegen öffentlicher Beteuerungen zahlreicher Politiker, wie der ehemaligen Bundeskanzlerin Merkel am 13.7.2021,¹ des heutigen Bundeskanzlers Scholz und des Kanzlerkandidaten Laschet vor der Bundestagswahl 2021² hat der Bundesrat am 10.12.2021³ auf Grundlage eines Gesetzesentwurfes des Deutschen Bundestages vom 6.12.2021 mit § 20 a IfSG eine Pflicht zum Nachweis einer COVID-19-Schutzimpfung oder Genesung für Personen eingeführt, die in bestimmten Unternehmen und Einrichtungen des Gesundheitssektors oder Pflegeeinrichtungen tätig sind, dh insbesondere für das Pflegepersonal und Ärzte.⁴ Die hierbei statuierte Nachweispflicht führt stufenweise von der Nachweisabfrage durch den Arbeitsgeber, Meldung des fehlenden Immunitätsnachweises gegenüber dem Gesundheitsamt (§ 20 a II IfSG) hin bis zur Anordnung eines behördlichen Betretungs- und Tätigkeitsverbots durch das Gesundheitsamt für die Betroffenen (§ 20 a III IfSG). Im nächsten Schritt drohen den Betroffenen arbeitsrechtliche Konsequenzen ihres Arbeitgebers von Freistellung bis hin zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses nach Abmahnung. Aufgrund der dadurch entfalteten Bedrohung der wirtschaftlichen Existenz erreicht die gesetzliche Nachweispflicht unschwer die Qualität einer mittelbaren Impfpflicht, so dass diese nachfolgend auch als solche bezeich-

net wird. Parallel dazu strebte der Gesetzgeber im ersten Anlauf mit mehreren Entwürfen die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht gegen COVID-19 für die erwachsene Bevölkerung an, die am 7.4.2022 scheiterte. Das BVerfG hat mit seinen Entscheidungen vom 10.2.2022⁵ sowohl Eilanträge zur Aussetzung der einrichtungs- und unternehmensbezogenen Nachweispflicht als auch vom 27.4.2022⁶ in der Hauptsache die gegen § 20 a IfSG gerichteten Verfassungsbeschwerden ohne mündliche Verhandlung zurückgewiesen. Hierbei stützte sich das Gericht maßgeblich auf die Daten und Bewertungen des dem Bundesgesundheitsministeriums unterstehenden Robert-Koch Instituts (RKI) und des Paul Ehrlich Instituts (PEI) sowie der Ständigen Impfkommision (STIKO), die bei dem RKI eingerichtet ist, für die es nach § 4 der Geschäftsordnung der STIKO geschäftsführend tätig ist und bei ihrer Aufgabenerfüllung unterstützt. Die nachfolgende Bearbeitung erweitert den Blick für eine umfassende Verhältnismäßigkeitsprüfung der mittelbaren Impfpflicht des § 20 a IfSG und einer unmittelbaren allgemeinen Impfpflicht.

II. Unverhältnismäßigkeit einer einrichtungsbezogenen und einer allgemeinen Impfpflicht gegen COVID-19

Eine Verhältnismäßigkeitsprüfung gelingt nur, wenn eine umfassende richterliche Sachverhaltsermittlung zu den maßgebenden Fragestellungen erfolgt.

1. Sicherheit der COVID-19-Impfstoffe

Ausgangspunkt der Betrachtung ist, dass ein Impfstoff ein vorbeugendes Arzneimittel ist, welches gesunden Menschen

* Der Autor ist Rechtsanwalt. Der vorliegende Aufsatz bildet ausschließlich die Rechtsauffassung des Autors ab.

1 <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/merkel-spahn-rki-100.html>.

2 <https://www.zdf.de/nachrichten/zdfheute-live/tv-triell-laschet-baerbock-scholz-impfungen-video-100.html>.

3 BR-Drs. 830/21.

4 BT-Drs. 20/188.

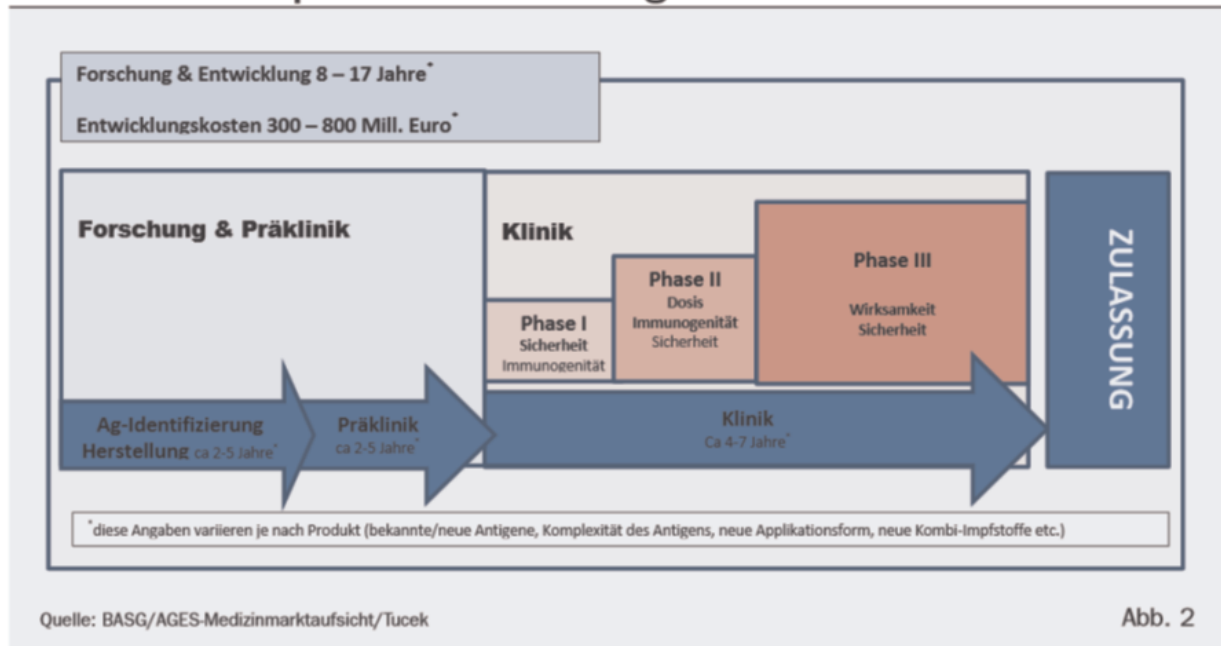
5 BVerfGE 160, 336 = NVwZ 2022, 319.

6 BVerfG NVwZ 2022, 950.

verabreicht wird, so dass hohe Anforderungen an Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit zu stellen sind. Insbesondere die in Deutschland hauptsächlich eingesetzten mRNA-Injektionen sind in vielfacher Hinsicht kritisch zu würdigen. So dürfen mRNA-Injektionen erst seit dem Jahre 2009 als Impfstoffe bezeichnet werden. Der deutsche Gesetzgeber hatte in Umsetzung der EU-VO (EG) 1394/2007 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13.11.2007 über Arzneimittel für neuartige Therapien durch die Ergänzung der Impfstoffdefinition des § 4 IV Arzneimittelgesetz (AMG), die bis dato nur Antigene als Bestandteil enthielten

nun um die unscheinbare Passage „oder rekombinante Nucleinsäuren“ (mRNA) erweitert.⁷ Eine öffentliche wissenschaftliche und parlamentarische Debatte im Deutschen Bundestag vor dieser Änderung des AMG über Vorteile und Risiken der Erweiterung des Impfstoffbegriffes hat nicht stattgefunden. Ferner ist zu berücksichtigen, dass eine reguläre Impfstoffentwicklung – wie das nachfolgende Schaubild zeigt – 8 Jahre bis 17 Jahre bis zur etwaigen Zulassung benötigt, da erst diverse Forschungs- und klinische Phasen zur Wirksamkeit und Sicherheit erfolgreich durchlaufen werden müssen.⁸

Phasen der Impfstoff-Entwicklung



Den Produktinformationen des am 21.12.2020 durch die EMA bedingt zugelassenen Impfstoffs Comirnaty (Biontech/Pfizer) ist zu entnehmen, dass Dauer des Impfschutzes, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder anderen Impfstoffen, der Einfluss auf das Erbgut (Genotoxizität) und krebserregende Wirkung (Karzinogenität) unbekannt sind und dass die Sicherheit und Wirksamkeit durch den Zulassungsinhaber durch einen klinischen Studienbericht bis Ende 2023 nachgewiesen werden muss.⁹ Bei dem am 6.1.2021 von der EMA bedingt zugelassenen Impfstoff Spikevax (Moderna) liegen – bis auf erste Studien zur Genotoxizität – dieselben Unsicherheiten vor, so dass die Sicherheit und Wirksamkeit des Impfstoffs durch bis Dezember 2022 und bis zum 30.9.2022 vorzulegende Studien nachgewiesen werden müssen.¹⁰ Angesichts des deutlich längeren regulären Forschungs- und Präklinikzeitraums wird auch bis Ende 2023 keine vergleichbar hohe Nachweisgüte zur Sicherheit und Wirksamkeit der zugelassenen COVID-19 Impfstoffe erreichbar sein. Die verabreichten Substanzen haben ungeachtet ihrer Standardzulassungen am 3.10.2022 für Spikevax und am 10.10.2022 für Comirnaty¹¹ angesichts ihrer neuartigen Verfahrensart sowie der bereits ab November 2020 von Biontech/Pfizer veranlassten Auflösung der Kontrollgruppe und damit entfallenden vergleichenden Nachkontrollzeit der geimpften und ungeimpften Zulassungsstudienteilnehmer¹² weiterhin experimentellen Charakter. Auch die Massenimpfungen in Deutschland ersetzen herbei keine für die Sicherheit erforderliche Tiefe langjähriger Studien.

a) Art und Umfang der Verdachtsfälle von schweren Nebenwirkungen und Todesfällen

Wesentliches Kriterium zur Beurteilung der Sicherheit der neuartigen COVID-19-Impfstoffe bildet der Vergleich der Anzahl der Verdachtsfälle von schweren Nebenwirkungen und Todesfällen zu den bislang traditionellen regulär zugelassenen Impfstoffen. Hierbei überrascht es nicht, dass die massive Verkürzung der Forschungs- und Entwicklungsphasen erheblich zulasten der Sicherheit geht. Dies zeigt sich anschaulich, wenn man die Zahl der Verdachtsfälle von schwerwiegenden unerwünschten Nebenwirkungen und Todesfällen, die dem PEI für alle Nicht-COVID-19-Impfstoffe für den Zeitraum vom 1.1.2000 bis zum 31.12.2020¹³ gemeldet wurden, mit denen der COVID-19-Impfstoffe in dem kurzen Zeitraum vom 27.12.2020 bis zum 31.12.2021¹⁴ vergleicht:

7 BT-Drs. 16/12256, 10.

8 https://aerztezeitung.at/wp-content/uploads/2017/12/State_Entwicklung_Impfstoffe.pdf.

9 https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_de.pdf.

10 https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-product-information_de.pdf.

11 <https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2022/220916-chmp-standardzulassung-comirnaty-spikevax.html>.

12 <https://www.spektrum.de/news/notfall-zulassungen-bringen-auch-nachteile/1805888>.

13 <http://52625146fm.pei.de/fmi/webd/#UAWDB>.

14 PEI Sicherheitsbericht v. 7.2.2022, S. 8 f.

Parameter	Zeitraum 2003 bis 2019		Zeitraum 27.12.2020 bis 31.12.2021	
Anzahl von Impfdosen	625.500.000 ¹⁵		148.760.720 ¹⁶	
Verdachtsfälle auf unerwünschte Impfnebenwirkungen	alle Impfstoffe vom 1.1.2000 bis 31.12.2020	Anteil in %	COVID-19-Impfstoffe 27.12.2020 bis 31.12.2021	Anteil in %
schwerwiegende Nebenwirkungen	24.438	0,0039	29.786	0,0200
Todesfälle	456	0,0001	2.255	0,0015
Hochrechnung der Verdachtsfälle	alle Impfstoffe		COVID-19-Impfstoffe	Faktor gerundet
Annahme für einen durchschnittlichen Impfdosenverbrauch pro Jahr (625.500.000 Dosen / 17 Jahre)	36.794.118		36.794.118	
schwerwiegende Nebenwirkungen pro Jahr	1.438		7.367	5,1
Todesfälle pro Jahr	27		558	20,7

Nach § 4 XIII AMG handelt es sich bei schwerwiegenden Nebenwirkungen um solche, die tödlich oder lebensbedrohend sind, eine stationäre Behandlung oder Verlängerung einer solchen erforderlich machen oder zu bleibender oder schwerwiegender Behinderung, Invalidität, kongenitalen Anomalien oder Geburtsfehlern führen. Die Europäische Datenbank für gemeldete Verdachtsfälle von Arzneimittelnebenwirkungen (EudraVigilance-Database der EMA) listet im Zusammenhang mit lebensbedrohlichen Verdachtsfällen von COVID-19-Impfstoffen insgesamt 32 verschiedene Krankheitsbilder auf, wie etwa Atemnot, Thrombosen, Embolien, Schlaganfälle, Herzrhythmusstörungen, koronare Herzerkrankungen, Lähmungen, Krampfleiden und Erblindungen.¹⁷

b) Deutliche Anzeichen für eine hohe Untererfassung schwerwiegender und tödlicher Impfnebenwirkungen

Das PEI führt im Sicherheitsbericht von Februar 2022 – ohne flächendeckende Obduktionen oder eigene Untersuchungen an Verstorbenen – für den Zeitraum vom 27.12.2020 bis zum 31.12.2021 von 2255 gemeldeten Verdachtstodesfällen lediglich 85 kausal auf die Impfungen zurück.¹⁸ Im Sicherheitsbericht des PEI vom 7.9.2022 werden für den Zeitraum vom 27.12.2020 bis zum 30.6.2022 insgesamt 3023 Verdachtstodesfälle erfasst, bei denen das PEI für 120 Fälle eine Impfkausalität annimmt.¹⁹ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Erfassung und Überwachung von unerwünschten Impfnebenwirkungen in Form eines rein passiven Meldesystems an das PEI durch die Gesundheitsämter (§ 11 IV IfSG), die feststellenden Ärzte (§ 8 I Nr. 1 IfSG) und die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Impfzentren (§ 13 V IfSG) erfolgt. So werden Verdachtsfälle schwerwiegende unerwünschter Impfnebenwirkungen oder Verdachtsfälle mit tödlicher Folge selbst dann nicht erfasst, wenn diese zwar ärztlich festgestellt, die Behandlung entsprechend kodiert und gegenüber der Krankenkasse abgerechnet, nicht aber an das Gesundheitsamt gemeldet werden. Ferner haben die bereits Anfang August 2021 veröffentlichten stichprobenartigen pathologischen Untersuchungen von Prof. Dr. Schirmacher der Uni Heidelberg von 40 Personen binnen 2 Wochen nach der Impfung verstorbenen Personen gezeigt, dass 30 % bis 40 % kausal an der Impfung gestorben sind, so dass mit einer ganz erheblichen Dunkelziffer zu rechnen ist.²⁰ Ungeachtet dieser Erkenntnisse beharrt das PEI auf der Einschätzung, dass es wegen der ärztlichen Meldepflicht nach §§ 6 I Nr. 3, 11 IV IfSG keinen Anlass für die Annahme einer relevanten Dunkelziffer gebe. Dies widerspricht den bisherigen Erfahrungen²¹ und wissenschaftlichen Studien,

die Meldequoten von unerwünschten Impfnebenwirkungen von unter 1 % (Studie aus 2009)²² bis zu von circa 6 % (Studie aus 2017) ermitteln.²³ Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Metastudie unter Auswertung von 37 Einzelstudien aus dem Jahre 2006, die eine mittlere Meldequote von 6 % von unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen feststellt.²⁴ Die Dunkelziffer der nicht erfassten Verdachtsfälle unerwünschter Nebenwirkungen dürfte danach somit bei über 90 % liegen. Unter Anwendung von Meldequoten von 5 % und 1 % führt eine Hochrechnung auf Grundlage der Daten des PEI zu folgendem Bild:

Parameter	Daten des PEI zum 31.12.2021	Hochrechnung bei Meldequote von 5 % (Faktor 20)	Hochrechnung bei Meldequote von 1 % (Faktor 100)
Verdachtsfälle aller unerwünschter Nebenwirkungen	244.576 ²⁵	4.891.520	24.457.600
Verdachtsfälle schwerwiegender unerwünschter Nebenwirkungen	29.786 ²⁶	595.720	2.978.600
Verdachtsfälle mit Todesfolge	2.255 ²⁷	45.100	225.500

Ferner weist eine an das PEI gerichtete stichprobenartige Auswertung der ärztlich codierten Abrechnungsdaten des Betriebskrankenkassenverbands vom 21.2.2022 für das erste Halbjahr 2021 und circa der Hälfte für das dritte Quartal 2021 von nur 10937716 Versicherten bereits 216695 Fälle

15 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/467046/umfrage/impfstoffverbrauch-in-deutschland/>.

16 PEI Sicherheitsbericht vom 7.2.2022, S. 1.

17 EudraVigilance; in regelmäßigen Abständen aktualisierte und aufbereitete Daten unter: <https://www.impfnebenwirkungen.net/report.pdf> (Stand: 25.3.2022).

18 PEI Sicherheitsbericht v. 7.2.2022, S. 8 f.

19 PEI Sicherheitsbericht v. 7.9.2022, S. 8.

20 <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/126061/Heidelberger-Pathologie-pocht-auf-mehr-Obduktionen-von-Geimpften>; <https://www.welt.de/vermischtes/article232900871/Corona-Pathologie-fordert-mehr-Obduktionen-von-Geimpften.html>.

21 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/175157/Unerwunschte-Arzneimittelwirkungen-Warum-Meldungen-nicht-erfolgen>.

22 <https://digital.ahrq.gov/sites/default/files/docs/publication/r18hs017045-lazarus-final-report-2011.pdf>.

23 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28447485/>.

24 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16689555/>.

25 PEI Sicherheitsbericht v. 7.2.2022, S. 7.

26 PEI Sicherheitsbericht v. 7.2.2022, S. 8 f.

27 PEI Sicherheitsbericht v. 7.2.2022, S. 8 f.

ärztlicher Behandlungen von Verdachtsfällen von unerwünschter Impfnebenwirkungen aus.²⁸ Im Vergleich dazu hat das PEI bis zum 31.12.2021 auf Grundlage von 61,4 Mio. Geimpften nur 244576 Verdachtsfälle von unerwünschten Nebenwirkungen erfasst.²⁹ Erst auf Nachfrage eines Abgeordneten des Deutschen Bundestages bestätigte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einer Stellungnahme vom 16.6.2022, dass im Jahr 2021 im vertragsärztlichen Bereich insgesamt 2487526 Patienten wegen Impfnebenwirkungen (nicht meldepflichtige Impfreaktionen wie meldepflichtige Impfnebenwirkungen) ärztlich behandelt wurden.³⁰ Hierbei wird zwar nicht verkannt, dass die erfassten Abrechnungsdaten der Betriebskrankenkassen und der KBV ärztliche Behandlungen von Verdachtsfällen unerwünschter Nebenwirkungen aller Schweregrade erfassen können, allerdings ist bei einer möglichen mindestens 10-fachen Untererfassung von Nebenwirkungen durch das PEI eine unverzügliche Detailanalyse aller Krankenkassendaten dringend geboten. Als Ursachen für die anzunehmende hohe Untererfassung kommen in Betracht, dass impfende Ärzte ungeachtet der bestehenden Meldepflicht die Vornahme von Meldungen scheuen, weil dies eine vergütungslose Bearbeitungszeit von mindestens 30 Minuten je Meldung bedeutet, angesichts der hohen Zahl täglicher Impfungen bei gleichzeitig bestehender umfassender mündlicher Aufklärungspflichten aus § 630 e I, II BGB eine zivilrechtlichen Haftung sowie strafrechtlichen Folgen im Falle unwirksamer Impfeinwilligungen gem. § 630 d I, II BGB drohen und unerwünschte Impfnebenwirkungen öffentlich zumeist verharmlost werden. Insoweit bestehen vielfältige Interessenkollisionen. Das Ausmaß der Differenz der erfassten Verdachtsfälle des PEI und der (Betriebs-)Krankenkassen ist alarmierend und erfordert eine unverzügliche Detailprüfung der Abrechnungsdaten aller Krankenkassen durch das PEI, um die Sicherheit der eingesetzten COVID-Impfungen zu überprüfen. Es liegen beträchtliche Anhaltspunkte vor, die für eine hohe Untererfassung schwerwiegender bis tödlicher Nebenwirkungen der COVID-19-Impfstoffe sprechen. Bei wiederholten Mehrfachimpfungen in immer kürzeren Abständen bei immer neuen Virusvarianten steht zu erwarten, dass sich deren Anzahl um ein Vielfaches erhöht. Der Umstand, dass das PEI keine Nachforschungen aus den verfügbaren Krankenkassendaten anstellt, um Klarheit über das Ausmaß der Untererfassung von unerwünschten Impfnebenwirkungen der COVID-19-Impfstoffe zu gewinnen, begründet ernsthafte Zweifel an der Unabhängigkeit und Zuverlässigkeit des Gremiums. Ebenso befremdlich ist, dass das PEI die nach § 13 V IfSG zur Überwachung der Sicherheit der Impfstoffe (Pharmakovigilanz) von den zur Auskunft verpflichteten Kassenärztlichen Vereinigungen und Impfzentren die codierten Diagnosedaten zu unerwünschten Impfnebenwirkungen bis heute nicht mit allem gebotenen Nachdruck einholt und auswertet. Dies wiegt umso schwerer, als dass der Gesetzgeber bereits mit der Gesetzesbegründung zur Neufassung des § 13 V IfSG vom 3.11.2020³¹ die lange bekannte Untererfassung von Impfnebenwirkungen durch das passive Meldesystem des PEI gesehen und die Pharmakovigilanz durch die Auswertung von Krankenkassendaten verbessern wollte. Die Sicherheitsbewertung des PEI und die Risiko-/Nutzenbewertung der Impfungen durch die STIKO sind damit nicht belastbar.

c) Mögliche Spätfolgen der COVID-19-Impfstoffe

Angesichts der Neuartigkeit der zumeist und erstmalig bei einem Impfstoff eingesetzten mRNA-Technologie sind deren Auswirkungen auf den menschlichen Körper nicht langfristig

erforscht und daher auch nicht bekannt. Wissenschaftlich fundierte seriöse Aussagen über Art, Ausmaß und Dauer möglicher negativer später auftretender Nebenwirkungen der mRNA-Impfstoffe können nicht getroffen werden. Entgegen der pauschalen Behauptung des RKI³² und der Aussage des PEI,³³ es gebe keine Spätfolgen bei Impfstoffen – dem das BVerfG in der Entscheidung vom 27.4.2022 unbezogen gefolgt ist³⁴ – hat das European Centre for Disease Prevention and Control in einem Beitrag vom 22.12.2014 für die ab dem Jahr 2009 in Europa begonnene Impfkampagne gegen die Schweinegrippe (H1N1) mit dem Impfstoff Pandemrix berichtet, dass in den Niederlanden Narkolepsieerkrankung bei Kindern im Zeitraum von wenigen Tagen bis zu 3 Jahren nach der Injektion auftraten.³⁵ Ebenso wie die zunächst bedingt zugelassenen COVID-19-Impfstoffe wurde auch Pandemrix in einem deutlich verkürzten Verfahren zugelassen. In der Datenbank der Europäischen Arzneimittelagentur sind noch bis Januar 2015 über 1300 Narkolepsiefälle, bei der es sich um eine lebenslange Schlaf-Wachstörung handelt, registriert worden. In Deutschland genügte 29 erfasste PEI-Verdachtsfälle dieser schweren Nebenwirkung, um die Impfung von Pandemrix im Jahr 2012 in Deutschland zu beenden.³⁶

2. Kurzer Schutz vor schwerem Krankheitsverlauf und kein relevanter Fremdschutz durch COVID-19-Impfstoffe

Anders als viele traditionelle Schutzimpfungen bieten die vier vorbenannten COVID-19-Impfstoffe nur für einen kurzen Zeitraum von bis zu etwa 6 Monaten einen zuverlässigen Schutz vor schweren Krankheitsverläufen und Todesfällen (Eigenschutz) und mangels steriler Immunität keinen maßgeblichen Schutz vor Infektion und Weitergabe des Virus (Fremdschutz). So ist bereits seit dem 14.12.2021 bis zum 13.3.2022 laut Angaben des RKI der Anteil der geimpften Personen mit Auffrischungsimpfung auf den Intensivstationen von 5,8 % auf 39,5 % sprunghaft angestiegen und steigt stetig an.³⁷ Gemäß dem Wochenbericht des RKI vom 28.7.2022 verteilen sich 3048 COVID-19-Neuaufnahmen mit bekannten Impfstatus auf den Intensivbettenauslastung für den Zeitraum vom 27.6.2022 bis zum 24.7.2022 wie folgt: 449 Personen ohne Impfung (14,7 %), 109 Personen mit einer Impfung (3,6 %), 367 Personen mit zwei Impfungen (12 %), 1717 Personen mit drei Impfungen (56,3 %) und 406 Personen mit vier oder mehr Impfungen (13,3 %).³⁸ Wie

28 <https://bkk-provita.de/wp-content/uploads/2022/02/Paul-Ehrlich-Institut-Preseinformation-Impfnebenwirkungen-nach-Corona-Impfung-1.pdf>; <https://bkk-provita.de/wp-content/uploads/2022/02/Preseinformation-der-BKK-ProVita-vom-25.2.2022.pdf>; <https://www.welt.de/politik/deutschland/plus237106177/Coronavirus-Impf-Nebenwirkungen-deutlich-mehr-als-bisher-bekannt.html>.

29 PEI Sicherheitsbericht v. 7.2.2022, S. 7.

30 <https://prod.berliner-zeitung.de/open-mind/schwere-impfnebenwirkungen-zu-verharmlosen-nuetzt-der-impfkampagne-nichts-mehr-li.242352>; https://www.epochtimes.de/assets/uploads/2022/06/2022-06-16_Anfrage_codierte-Impfnebenwirkungen-Covid-19.pdf.

31 BT-Drs. 19/23944, 28.

32 https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Sicherheit.html# (Stand: 18.11.2021).

33 Laut PEI allenfalls Langzeitnebenwirkung möglich (<https://www.pei.de/DE/service/faq/faq-coronavirus-inhalt2.html>), Stand: 10.6.2022.

34 BVerfG NVwZ 2022, 950 Rn. 223.

35 <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/update-narcolepsy-cases-associated-pandemrix-vaccination-2009-netherlands>.

36 <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Narkolepsie-nach-Schweinegrippe-Impfung-273293.html>.

37 <https://www.mdr.de/wissen/corona-covid-anteil-von-geboosterten-auf-intensivstationen-nimmt-asant-zu-100.html>.

38 RKI Wochenbericht v. 28.7.2022, S. 18 (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-07-28.pdf?__blob=publicationFile).

groß angesichts dessen die Schutzwirkung bei immer kürzerer Wirkungsdauer stets veralteter Impfstoffe vor schweren Verläufen und Todesfällen bei immer neuen Virusvarianten sein wird, ist somit höchst fraglich. Unverständlicherweise stützte der Gesetzgeber die beabsichtigte Einführung einer allgemeinen COVID-19-Impflicht insbesondere auf eine vermeintliche deutliche Reduzierung des Infektionsrisikos,³⁹ obwohl sich die Zulassung der Impfstoffe – wie sich am Beispiel von Comirnaty von Biontech/Pfizer zeigt – nur auf den Schutz vor einer Erkrankung, nicht aber vor einer Infektion oder Virusweitergabe bezieht.⁴⁰ Dies blenden sowohl die STIKO in ihren Empfehlungen als auch das BVerfG in seiner Hauptsacheentscheidung vom 27.4.2022 aus.⁴¹ Ferner muss bei der Schutzwirkung der COVID-19-Impfstoffe vor einer Infektion sorgfältig zwischen der – zumeist öffentlich beworbenen – relativen Risikoreduktion und absoluten Risikoreduktion differenziert werden. Nach den Zulassungsstudien für die Wuhan-Virusvariante soll die Risikoreduktion einer Infektion durch den Impfstoff Comirnaty (Biontech Pfizer) bei 95 %, durch Spikevax (Moderna) bei 94 % und durch Vaccine Janssen (Johnson & Johnson) sowie durch Vaxzevria (AstraZeneca) jeweils bei 67 % liegen. Eine in der medizinischen Fachzeitschrift *The Lancet* am 20.4.2021 veröffentlichte Studie⁴² zeigt, dass die absolute Risikoreduktion nach den Daten der Zulassungsstudien für die Wuhan-Virusvariante allerdings weitaus geringer ist, nämlich lediglich bei 0,70 % für Comirnaty (Biontech Pfizer), bei 1,2 % für Spikevax (Moderna), bei 1,2 % für Vaccine Janssen (Johnson & Johnson) und bei 1,3 % für Vaxzevria (AstraZeneca) liegt. Die folgende Tabelle verdeutlicht die Darstellungsarten:

Vergleich zwischen relativer und absoluter Risikoreduktion für eine Infektion beim Impfstoff Comirnaty (Biontech Pfizer)	
Studienteilnehmer mit Impfstoff	Studienteilnehmer mit Placebo
21.720	21.728
davon infiziert	davon infiziert
8	162
Gesamtzahl der Infizierten: 170	
154 Infizierte weniger als in der Placebogruppe	
Anteil in % (mit Impfstoff)	Anteil in % (mit Placebo)
0,037	0,746
relative Risikoreduktion ((154 : 162) x 100)	
95,062	
absolute Risikoreduktion (0,746 – 0,037)	
0,709.	

Eine umfassende Bewertung der Risikoreduktion erfordert den Blick auch darauf, dass nach der Zulassungsstudie für Comirnaty das statistische Risiko eines ungeimpften Studienteilnehmers sich mit der Wuhan-Variante des Virus zu infizieren, ohnehin nur bei 0,746 % (= (162 Infizierte : 21728 Studienteilnehmer) x 100) lag. Dies bedeutet ferner, dass erst 143 (= 100:0,7) Menschen mit dem Impfstoff von Biontech geimpft werden müssen, um statistisch eine COVID-19-Infektion zu verhindern,⁴³ die wiederum nicht zwangsläufig zu einer Erkrankung führen muss. Diese 143 Personen tragen jedoch die Risiken unerwünschter Nebenwirkungen und unkalkulierbarer Langzeitfolgen. Diese verzerrende Vermarktungsstrategie der Arzneimittelhersteller ist in der medizinischen Fachwelt seit vielen Jahren bekannt und wird auch unter COVID-19 kritisiert.⁴⁴ Im Rahmen der gerichtlichen Entscheidungen zu 2G- und 3G-Maßnahmen sowie der einrichtungsbezogenen Impflicht werden diese bedeutsamen

Tatsachen nicht einmal erwähnt. Eine COVID-19-Impflicht mit jährlich fortlaufenden Mehrfachimpfungen und abnehmenden Infektionsschutzwirkung bei immer neuen Virusvarianten würde dieses Missverhältnis für die statistisch nicht bis gering gefährdeten Personengruppen bis 59 Jahren ohne einschlägige Vorerkrankungen noch weiter in die Höhe treiben. Darüber hinaus vermögen die Impfstoffe keine sterile Immunität herzustellen, so dass Infektion und Übertragung weiterhin möglich sind. Schließlich zeigen zahlreiche bis Ende 2021 erstellte Studien, dass bereits unter Delta entweder gar keine oder keine klinisch und epidemiologisch relevante Infektionsreduzierung durch die bis dahin bedingt zugelassenen Impfstoffe erreicht wird.⁴⁵ Höchst bedenklich ist ferner die auf Druck der Politik⁴⁶ vollzogene Kehrtwende der Ständigen Impfkommission (STIKO) vom 16.8.2021, eine allgemeine Impfempfehlung für Kinder und Jugendliche im Alter von 12-17 Jahren ohne einschlägige medizinische Indikationen auszusprechen,⁴⁷ obwohl weder die extrem geringe Anzahl schwerer Verläufe oder Todesfälle in Folge COVID-19 in dieser Altersgruppe dies begründen. Noch unverständlicher war die Ausweitung der Impfempfehlung der STIKO am 25.5.2022 auf die Altersgruppe der 5-11-jährigen Kinder.⁴⁸

3. Stellungnahme

a) Legitimer Zweck

Als legitime Zwecke einer Impflicht kommen Schutz von Leben und der Gesundheit der Bevölkerung sowie die Erhaltung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems in Betracht. Im Rahmen dessen stellt eine Impflicht zum Zwecke des Eigenschutzes kein legitimes Ziel dar,⁴⁹ da der Einzelne die Entscheidungsfreiheit aus Art. 2 II GG hat, ob er sich therapeutischen oder sonstigen Maßnahmen unterziehen will, die seiner Besserung dienen oder nicht.⁵⁰ Die grundrechtlich geschützte Freiheit schließt damit auch die „Freiheit zur Krankheit“ und damit das Recht ein, eine Heilbehandlung abzulehnen. Als legitimer Zweck kommt daher allenfalls eine Impflicht zum Zwecke des Fremdschutzes in Betracht.

b) Geeignetheit des Mittels

Für die Eignung eines freiheitseinschränkenden Gesetzes genügt die Möglichkeit, mit dem Gesetz den verfolgten legiti-

39 BT-Drs. 20/899, 4, 6, 28.

40 Produktdatenblatt Corminaty S. 86 (https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_de.pdf).

41 BVerfG NVwZ 2022, 950 Rn. 185.

42 [https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(21\)00069-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(21)00069-0/fulltext); <https://www.aerzteblatt.de/archiv/221054/Fake-News-in-der-Medizin-Relatives-Risiko>.

43 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/221054/Fake-News-in-der-Medizin-Relatives-Risiko>.

44 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/46111/Klinische-Studien-Wie-korrekte-Statistiken-tauschen-koennen>; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/221054/Fake-News-in-der-Medizin-Relatives-Risiko>; <https://www.rwi-essen.de/unstatistik/109/>; <https://www.arzt-wirtschaft.de/coronakrise/der-corona-impfstoff-ist-zu-90-prozent-wirksam-ein-parade-beispiel-fuer-falsch-verstandene-statistiken/>.

45 Stellungnahme ÄFI v. 30.1.2022 als sachkundiger Dritter an das BVerfG (1 BvR 2649/21), S. 14 ff. (https://downloads.individuelle-impfentscheidung.de/1_BvR_2649_21.pdf).

46 <https://www.berliner-zeitung.de/news/stiko-will-der-politik-beim-kind-impfen-entgegenkommen-li.176771>.

47 https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/PM_2021-08-16.html.

48 Epidemiologisches Bulletin 21/2022, 25 ff. (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/21_22.pdf?__blob=publicationFile).

49 Wolff/Zimmermann NVwZ 2021, 182 (183); Gierhake ZRP 2021, 115 (116); WD 3-3000 – 196/21, S. 8.

50 BVerfGE 22, 180 = NJW 1967, 1795; BVerfGE 22, 219.

men Zweck zu erreichen.⁵¹ Das eingesetzte Mittel muss den Zweck zumindest fördern. Das Eignungskriterium greift erst korrigierend ein, wenn die freiheitseinschränkende Maßnahme dem Zweck zuwiderläuft. Die Eignung einer Impfpflicht für die Erzielung eines Fremdschutzes ist allerdings nicht im relevanten Maße messbar. Keiner der experimentellen Impfstoffe vermag eine sterile Immunität herzustellen und kann somit weder eine Infektion noch eine Übertragung des Virus verhindern.⁵² Selbst die Viruslast zwischen geimpften und ungeimpften Personen unterscheidet sich spätestens unter der Delta- und Omikronvariante nicht oder nur noch kaum messbar, so dass kein epidemiologisch relevanter Infektions- und Übertragungsschutz besteht.⁵³ Demgegenüber begründet das BVerfG in seinem Beschluss vom 10.2.2022 die Ablehnung der Aussetzung der einrichtungsbezogenen Impfpflicht im Eilverfahren (Impfpflicht I)⁵⁴ und ebenso in der Hauptsacheentscheidung vom 27.4.2022 (Impfpflicht II)⁵⁵ aufgrund veralteter Daten zur Impfeffektivität damit, die COVID-19-Impfstoffe böten auch für die Omikronvariante einen relevanten Drittschutz vor Ansteckung und Übertragung. Diese Annahme und die darauf basierenden Entscheidungen des BVerfG sind angesichts der in diesem Verfahren eingeholten und unter Vorlage aktueller Studien ausführlich begründeten sachkundigen gegensätzlichen Stellungnahme vom 30.1.2022⁵⁶ sowie des Umstandes, dass die COVID-19 Impfstoffe nur zur Vermeidung eines schweren Krankheitsverlaufs entwickelt worden sind, schlicht falsch. Ferner folgt das BVerfG in seiner Hauptsacheentscheidung fehlerhaft⁵⁷ aus der unspezifischen Aussage des wöchentlichen Lageberichts des RKI vom 21.4.2022, die Infektionsgefährdung der Ungeimpften sei sehr hoch, die der 2-fach Geimpften hoch und die der 3-fach Geimpften moderat,⁵⁸ dass die Impfungen auch auf einen verbesserten Ansteckungs- und Übertragungsschutz böten. Dies trifft nicht zu, weil die betreffende Passage des RKI-Lageberichts im Zusammenhang mit dem Schutz vor einem schweren Verlauf steht.⁵⁹ Ferner zeigt sich bei sorgfältiger Auswertung des vorbenannten RKI-Lageberichts, dass unter Omikron bereits seit Jahresbeginn 2022 in allen Altersgruppen eine steil abfallende Impfeffektivität bestand und in den Meldewochen 12-15 von den symptomatischen 196624 COVID-19 Fällen 37341 auf grundimmunisierte (18,99 %), 121737 auf geboosterte (61,91 %) und 37546 auf ungeimpfte Personen (19,09 %) im Alter 18-59 Jahre entfielen.⁶⁰ Von einem relevanten Drittschutz durch die neuartigen COVID-19-Impfstoffe kann somit keine Rede sein. Vielmehr ist erkennbar, dass die Geimpften im Vergleich zu den Ungeimpften zu einem ganz überwiegenden Anteil das Infektionsgeschehen beherrschen. Eine derartig unzureichende Auseinandersetzung eines Gerichts mit wesentlichen Sachverhaltsdetails im Rahmen einer Verhältnismäßigkeitsprüfung, bei der es auf beiden Seiten um Rechtsgüter von überragendem Rang geht, ist nicht akzeptabel.

c) Erforderlichkeit des Mittels

Ein Grundrechtseingriff darf nur so weit gehen, wie es der Schutz des Gemeinwohls erfordert⁶¹ und kein gleich wirksames Mittel zur Erreichung des Gemeinwohls zur Verfügung steht, das den Grundrechtsträger weniger und Dritte sowie die Allgemeinheit nicht stärker belastet.⁶² An der Erforderlichkeit fehlt es angesichts des in Teil I des Aufsatzes (dort Abschn. III 6) ausführlich dargestellten milderer alternativen Maßnahmenpakets, insbesondere durch die Möglichkeit von täglichen Tests in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen. Ebenso zeigt sich, dass unter Omikron die Anzahl schwerer Verläufe mit Krankenhausaufenthalten und

Todesfällen gegenüber den Vorgängervarianten deutlich geringer sind.

d) Angemessenheit des Mittels

Eine einrichtungsbezogene Impfpflicht stellt wie eine allgemeine Impfpflicht eine tiefgreifende Beeinträchtigung der Rechte auf Leben, körperliche Unversehrtheit und Selbstbestimmung des Einzelnen aus Art. 2 II 1 GG dar. Die COVID-19-Impfstoffe begründen das Risiko schwerer bis tödlicher Nebenwirkungen und angesichts der fehlenden Langzeiterfahrungen ihrer Auswirkungen auf den menschlichen Körper zudem unkalkulierbare Risiken für negative gesundheitliche Spätfolgen. Wie bereits dargestellt, übersteigen die jährlich hochgerechnete Anzahl der Verdachtsfälle von schweren Nebenwirkungen und Verdachtsfällen für Todesfälle bei den COVID-19-Impfstoffen die Anzahl bei allen anderen bisherigen Impfungen in 17 Jahren ganz erheblich. Hinzu kommen sehr deutliche Anzeichen für eine hohe Dunkelziffer nicht nur von Verdachtsfällen, sondern von kausal auf die COVID-19-Impfstoffe zurückgehende schwere unerwünschte Nebenwirkungen und Todesfälle. Die Einschätzung des BVerfG es handle sich nach den „validen Feststellungen“ des PEI bei schweren bis tödlichen Impfnebenwirkungen um höchst seltene Einzelfälle⁶³ ist daher unzutreffend. So hat Gericht das PEI nicht einmal befragt, auf welche Weise mit wieviel zur Verfügung stehenden Personal die gemeldeten Fälle verarbeitet, auf Grundlage welcher Untersuchungen sowie welchen Kriterien die Kausalität zwischen Schadensbild und Impfung beurteilt wird und warum die codierten Krankenkassendaten und Daten des Instituts des Entgeltsystems für Krankenkassen (InEK) nicht ausgewertet werden, obwohl es sich um das Leben und Gesundheit von Millionen Menschen handelt, die Gegenstand der größten Impfkampagne in der Bundesrepublik Deutschland mit völlig neuartigen Impfstoffen sind. Im Rahmen einer Angemessenheitsprüfung ist daher durch die Rechtsprechung durch eigene Überlegungen und intensive Sachverhaltsermittlung erst zu klären, ob die veröffentlichten Daten des RKI und PEI eine verlässliche Grundlage für eine Einschätzung der Sicherheit der COVID-19-Impfstoffe und Maß der Risikoreduktion vor Infektion, Übertragung und schweren Verläufen sowie Todesfällen bilden. Weiterhin kann das individuelle Impfrisiko und der Eintritt schwerer oder tödlicher Nebenwirkungen aufgrund gesundheitlicher Expositionen deutlich erhöht sein. Aus Art. 2 II 1 GG folgt allerdings, dass jedes einzelne menschliche Leben gleichwertig ist.⁶⁴ Daher können drohen-

51 BVerfGE 152, 68 (130 f.) = NJW 2019, 3703; BVerfGE 156, 63 (116).

52 [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00648-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00648-4/fulltext); [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00768-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00768-4/fulltext).

53 <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.2.15.22271001v1>; [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00768-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00768-4/fulltext); Stellungnahme ÄFI v. 30.1.2022 als sachkundiger Dritter an das BVerfG (1 BvR 2649/21), S. 14 ff. (abrufbar unter: https://downloads.individuelle-impfentscheidung.de/1_BvR_2649_21.pdf).

54 BVerfGE 160, 336 = NVwZ 2022, 319 (321) Rn. 19.

55 BVerfGE NVwZ 2022, 950 Rn. 171 ff.

56 Stellungnahme ÄFI v. 30.1.2022 als sachkundiger Dritter an das BVerfG (1 BvR 2649/21), S. 14 ff. (abrufbar unter: https://downloads.individuelle-impfentscheidung.de/1_BvR_2649_21.pdf).

57 BVerfGE NVwZ 2022, 950 Rn. 185 aE.

58 RKI Lagebericht v. 21.4.2022, S. 4.

59 RKI Lagebericht v. 21.4.2022, S. 4.

60 RKI Lagebericht v. 21.4.2022, S. 28 ff.

61 BVerfGE 100, 226 (241) = NJW 1999, 2877 = NVwZ 1999, 1218 Ls.;

BVerfGE 110, 1 (28) = NJW 2004, 2073 = NVwZ 2004, 1346 Ls.

62 BVerfGE 148, 40 (57) = NVwZ 2018, 1056.

63 BVerfGE NVwZ 2022, 950 Rn. 223 f., 231.

64 BVerfGE 115, 118 = NJW 2006, 751 (753) = NVwZ 2006, 447 Ls.

de schwere COVID-19-Verläufe oder Coronatodesfälle nicht mit impfbedingten Todesfällen oder schweren Impfschäden – erscheinen sie bislang auch statistisch unbedeutend – gegeneinander aufgerechnet werden.

III. Verstoß gegen Art. 1 I GG

Ebenso verstößt der Gesetzgeber mit einer Impfpflicht mit derartigen Impfstoffen – unabhängig von Alter und Berufsgruppe – gegen die nicht durch ein Gesetz einschränkbare elementare staatliche Verpflichtung aus Art. 1 I GG zur Achtung der Menschenwürde jedes einzelnen Menschen. Dies schließt es aus, Menschen zum bloßen Objekt staatlichen Handelns zu degradieren.⁶⁵ So hat das BVerfG in einer Grundsatzentscheidung die Nichtigkeit von § 14 III LuftSiG als Ermächtigungsgrundlage für einen Abschuss eines von Terroristen gekaperten Verkehrsflugzeugs mit Flugzeuginsassen festgestellt, weil die entführten Flugzeuginsassen als Rettungsobjekt anderer Menschen benutzt, entrechtlicht und verdinglicht werden.⁶⁶ Auch Prognoseunsicherheiten im Rahmen der Gefahrenabwehr vermögen unter Geltung des Art. 1 I GG keine vorsätzliche (wenn auch mit bedingtem Vorsatz erfolgte) Tötung⁶⁷ oder körperliche Schädigung unschuldiger Menschen zu rechtfertigen. Der Staat darf das menschliche Individuum nicht auf einen potenziellen Virus-träger reduzieren und diesem zugunsten des Gemeinwohls kurz- oder langfristig körperlichen Schäden zufügen oder in Todesgefahr bringen. Soweit das BVerfG in seiner Hauptsacheentscheidung zur einrichtungsbezogenen Impfnachweispflicht eine solche Verletzung des Art. 1 I GG nicht zu sehen vermag, weil keine mit Zwangsmitteln durchsetzbare Impfpflicht bestehe,⁶⁸ so wird die massive Druckwirkung verkannt. Im Ergebnis werden die Betroffenen unter Androhung des Arbeitsverlustes und damit der Bedrohung ihrer finanziellen Existenz ohne Rücksicht auf ihre persönliche Situation oder ihrer individuellen Chancen auf dem Arbeitsmarkt genötigt, eine Injektion mit experimentellen Impfstoffen über sich ergehen zu lassen, die das Risiko schwerer sowie tödlicher Nebenwirkungen begründet. Unter diesem Druck – der einem mittelbaren Impfwang gleichkommt – werden Angehörige des Gesundheitssystems unfreiwillig zum lebenden Schutzschild anderer Menschen, mithin zum bloßen disponiblen Objekt für staatliches Handeln. Diese rechtsfehlerhafte gerichtliche Entscheidung betrifft knapp über 100000 ungeimpfte berufstätige Menschen im deutschen Gesundheitssystem (Stand: Apr. 2022).⁶⁹ Die Entscheidungen des BVerfG zur Bundesnotbremse I und II sowie Impfpflicht I und II zeigen anschaulich, welch gefährlicher Irrweg eingeschlagen werden kann, wenn einem Rechtsgut – sei es auch Leben und Gesundheit vulnerabler Menschen – in nahezu absoluter Weise ein Maximalschutz eingeräumt wird.

IV. Fazit und Ausblick

Weder die vom Gesetzgeber Anfang des Jahres 2022 beabsichtigte und im ersten Anlauf gescheiterte allgemeine Impfpflicht noch die noch seit dem 16.3.2022 eingeführte und bis zum 31.12.2022 befristete gesetzliche indirekte einrichtungs- und unternehmensbezogenen COVID-19-Schutzimpfpflicht nach § 20 a IfSG halten bei einer umfassenden

Sachverhaltsauswertung einer Verhältnismäßigkeitskontrolle stand. Die mit der Prüfung von gesetzlichen Nachweispflichten für eine Schutzimpfung gegen COVID-19 oder einer etwaigen künftigen allgemeinen Schutzimpfungspflicht gegen COVID-19 befassten Gerichte sind aufgerufen, eine umfassende kritische Sachverhaltsvermittlung vorzunehmen. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse oder die Feststellung der Unrichtigkeit von gesetzgeberischen Annahmen ermöglichen es, selbst eine zunächst als verfassungsgemäß bewertete gesetzliche Regelung auf jeder Stufe der Verhältnismäßigkeitsprüfung zukünftig als verfassungswidrig anzusehen.⁷⁰ Dass Verwaltungsgerichte in aktuellen Eilentscheidungen, wie etwa das OVG Münster vom 16.09.2022 ein Betretungs- und Tätigkeitsverbot einer ungeimpften Sekretärin,⁷¹ das OVG Lüneburg vom 08.09.2022 ein Tätigkeitsverbot eines ungeimpften Zahnarztes⁷² oder das BVerwG in seinem Beschluss vom 07.07.2022 in einem Hauptsacheverfahren eine soldatische Duldungspflicht nach § 17 II Nr. 1 Satz 1 Nr. 1 SG für eine COVID-19-Schutzimpfung⁷³ noch immer insbesondere unter unreflektierter Bezugnahme auf RKI-Daten und der erkennbar rechtsfehlerhaften Entscheidung des BVerfG vom 27.04.2022 auf einen vermeintlich bestehenden relevanten Infektions- und Transmissionsschutz der COVID-19-Impfstoffe stützen, bekräftigt die Notwendigkeit einer raschen kritischen Aufarbeitung der Corona-Rechtsprechung.

Das IfSG ist im Hinblick auf die Feststellung und Bewältigung einer medizinischen Notlage evidenzbasiert zu reformieren. Hierzu gehört die dem RKI und PEI zugewiesene Rolle dahingehend zu ändern, diesen die alleinige Datenerhebungs- und Datendeutungshoheit zu entziehen. Die Stellung und Gewichtung des RKI im Rahmen des § 4 IfSG ist auf eine Stimme eines weisungsunabhängigen interdisziplinär besetzten Expertengremiums außerhalb des Einflussbereichs des Bundesgesundheitsministeriums zu reduzieren. Diesem Expertengremium sind sämtliche relevanten Rohdaten der Gesundheitsämter, Intensivstationen und Krankenkassen für die Einschätzung einer medizinischen Notlage nationaler Tragweite und Entwicklung von evidenzbasierten Schutzmaßnahmen zur Verfügung stellen. Die neutrale Evaluierung des Nutzen-/Schadensverhältnisses der Schutzimpfungen gegen COVID-19 erfordert die Einsetzung eines weiteren unabhängigen nicht personenidentischen interdisziplinären Expertenrats. Ebenso ist eine Umstellung des passiven Meldesystems von Impfnebenwirkungen in ein flächendeckendes aktives Monitoring mit Datenzugriffsrechten erforderlich, im Rahmen dessen das PEI ein Mitglied eines unabhängigen Gremiums zur Bewertung der Arzneimittelsicherheit ist. ■

65 BVerfGE 115, 118 = NJW 2006, 751 (757) = NVwZ 2006, 447 Ls.

66 BVerfGE 115, 118 = NJW 2006, 751 (757 f.) = NVwZ 2006, 447 Ls.

67 BVerfGE 115, 118 = NJW 2006, 751 (759) = NVwZ 2006, 447 Ls.

68 BVerfG NVwZ 2022, 950 Rn. 91.

69 <https://www.welt.de/politik/deutschland/article238074997/Trotz-Impfpflicht-Mehr-als-100-000-Mitarbeiter-im-Gesundheitswesen-sind-nicht-geimpft.html>.

70 BVerfG NVwZ 2022, 950 Rn. 167 aE, 235.

71 OVG Münster COVuR 2022, 669.

72 OVG Lüneburg COVuR 2022, 665.

73 BVerwG BeckRS 2022, 15743; a.A. TruppDG Süd BeckRS 2022, 26825.