**Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) mit Änderungen durch den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP – Drucksache 20/2573 – sowie der Beschlussempfehlung Drucksache 20/3312 vom 06.09.2022 und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) Drucksache 20/3328 vom 07.09.2022**

**Artikel 1a/Inkrafttreten am 24.September 2022**

**§ 28b Besondere Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) unabhängig von einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite bei saisonal hoher Dynamik**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesetzestext** | **Begründung** |
| **§ 28b Besondere Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) unabhängig von einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite bei saisonal hoher Dynamik** | *Zu Nummer 3 (§ 28b IfSG neu)*  *Die Ausgangslage für den Umgang mit der COVID-19-Pandemie hat sich verändert. Die Verfügbarkeit hochwirksamer Impfstoffe und antiviraler Medikamente und ein schon relativ hoher Immunitätsgrad in der Bevölkerung durch Impfung oder Infektion haben zur Folge, dass der Rechtsrahmen für Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) dieser neuen Phase der Pandemie angepasst werden kann. Statt der reinen Eindämmung der Fallzahlen (Containment) richtet sich der Fokus in der aktuellen Phase bei schon hoher Immunität auf den Schutz vulnerabler Gruppen (Protektion), die Abmilderung schwerer Erkrankungen und die Vermeidung von Todesfällen (Mitigierung) sowie die Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen kritischen Infrastrukturen. Ausgehend von den wissenschaftlichen Prognosen – insbesondere des Corona-ExpertInnenrates und des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 IfSG – für Herbst/Winter und den Erfahrungen der beiden Vorjahre ist davon auszugehen, dass die Zahlen der Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 aus saisonalen Gründen im kommenden Herbst und Winter erneut steigen werden. Hinzu kommen sonstige respiratorische Atemwegserkrankungen (u. a. Influenza und RSV), die ebenfalls saisonal gehäuft auftreten, aber in den vergangenen beiden Jahren durch Schutzmaßnahmen weitgehend ausgeblieben sind. Dies wird in der Gesamtschau das Gesundheitssystem und die sonstigen kritischen Infrastrukturen erneut deutlich belasten. Um eine Überlastung zu verhindern, werden in § 28b verschiedene Schutzmaßnahmen vorgesehen.*  *Die unabhängig von der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite geltenden Ermächtigungen der Länder, zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) Schutzmaßnahmen zu erlassen (bisher § 28a Absatz 7 und 8), und die bislang in § 28b vorgesehenen Regelungen zu bundesweit einheitlich geltenden Schutzmaßnahmen werden für die Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 in § 28b neu geregelt. Dieser Zeitraum spiegelt Erfahrungen sowohl aus den vergangenen zwei Jahren der COVID-19-Pandemie als auch aus dem jährlichen Saisonverlauf der Influenza (Grippe) wider. Demnach steigt gerade in diesem Zeitraum die Anzahl respiratorischer Atemwegserkrankungen. Mit dem Beginn der sog. Grippesaison ist auf der nördlichen Halbkugel aufgrund der bisherigen Surveillance-Systeme ab der 40. Kalenderwoche (Anfang Oktober) zu rechnen. Ein Saisonende ist erst ab April des Folgejahres zu erwarten.*  *Im Herbst und Winter 2022/23 ist voraussichtlich durch die Ausbreitung des Subtypus BA.5 der Variante Omikron des Coronavirus SARS-CoV-2 mit erhöhten Infektionszahlen in der Bundesrepublik Deutschland zu rechnen. Das Auftreten von Varianten mit neuartigen Erreger- bzw. Immunfluchteigenschaften ist darüber hinaus jederzeit möglich und nicht vorhersehbar. Des Weiteren ist durch saisonbedingte Effekte mit einem Wiederanstieg der Infektionszahlen zum Herbst/Winter 2022/2023 zu rechnen. Steigende Infektionszahlen wiederum können selbst beim Vorherrschen einer Virusvariante, die mit einem milderen Krankheitsverlauf assoziiert ist, zu einem Anstieg der Hospitalisierungszahlen und einer Belastung der kritischen Infrastrukturen durch Krankheitsausfälle führen.*  *In seiner 11. Stellungnahme geht der ExpertInnenrat der Bundesregierung zu COVID-19 hierauf in seinen Szenarienbildungen ein. So geht der Rat in seinem Basisszenario (Krankheitslast wie BA.4, BA.5, BA 2.12.1) davon aus, dass es über die gesamte kältere Jahreszeit zu einem gehäuften Auftreten von Infektionen und Arbeitsausfällen in der berufstätigen Bevölkerung kommt. Im Gegensatz zur normalen saisonalen Influenza beträgt die Dauer der Winterwelle nicht zwei bis drei Monate, sondern erstreckt sich in Wellen über einen längeren Zeitraum. Der ExpertInnenrat kommt daher zu dem Schluss, dass eine moderate COVID-19-Belastung erneut u. a. flächendeckende Maßnahmen des Übertragungsschutzes (Masken und Abstand) erforderlich machen könnte. Selbst bei dem vom ExpertInnenrat als günstigstes Szenario beschriebenen Modell (Dominanz einer Virusvariante mit verringerter krankmachender Wirkung) wäre ohne Maßnahmen mit einer Infektionshäufung – insbesondere im Bereich der Kinder – und entsprechender Belastung des Gesundheitswesens (vor allem im Bereich Kinder- und Jugendmedizin) sowie Ausfällen der Eltern am Arbeitsplatz wegen Betreuung oder eigener Infektion zu rechnen.*  *Der Verlauf der ersten Omikron-Welle zu Jahresbeginn 2022 und auch die sog. „Sommerwelle“ haben gezeigt, welchen Belastungen das Gesundheitssystem, insbesondere im stationären Bereich, ausgesetzt war und z. T. immer noch ist. Für ein „ungünstiges Szenario“, d.h. eine neue Virusvariante mit verstärkter Immunflucht oder Übertragbarkeit und erhöhter Krankheitsschwere, im Herbst und Winter geht der ExpertInnenrat von einer starken Belastung auf den Intensiv- und sogar den Normalstationen aus, die zu regionalen Überlastungen des Gesundheitssystems führen würde. Auch die Reaktivierung des „Kleeblatt-Verlegungskonzeptes“ wird daher für notwendig erachtet.*    *Der Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 IfSG kommt zu dem Schluss, dass das Tragen medizinischer Masken und Atemschutzmasken ein sehr wirksames Instrument in der Pandemiebewältigung sein kann und eine medizinische Maske oder Atemschutzmaske – richtig getragen – die Übertragung von aerosolgetragenen Infektionen minimiert. Die epidemiologisch messbare Wirksamkeit von Gesichtsmasken sei durch mehrere Evidenzgrade belegt. Auch der ExpertInnenrat legt in seiner 11. Stellungnahme dar, dass eine vorübergehende Maskenpflicht (medizinischer Mund-/Nasenschutz, möglichst FFP2) ein wirksames und schnelles Instrument zur Infektionskontrolle darstellt.*  *Die Studie von Talic et al. (effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis, 2021) stellt auf Basis der Auswertung von sechs Studien (Bundagaard 2021, Doung-Ngern 2020, Krishnamachari 2021, Lio 2021, Xu 2020 und Wang 2020) fest, dass ein Maskenmandat im Median zu einer Reduktion der Inzidenz um 53 Prozent führt. Zhang and Warner (2020) weisen außerdem nach, dass Masken mitunter einen größeren Effekt auf die Reduktion der Reproduktionszahl haben als Lockdowns, An et al. (2021) und Haug et al. 2020 bestätigen dieses Ergebnis in ihren Studien.*  *Insbesondere in Risikosettings, wie medizinischen oder pflegerischen Bereichen, sollte aus hygienischer Sicht zum Fremd- und Selbstschutz die FFP2-Maske präferiert werden. Entscheidend für einen infektionsreduzierenden Effekt von FFP2-Masken ist der kontinuierlich gewährleistete Dichtsitz (insbesondere bei aerosolgenerierenden Tätigkeiten mit FIT-Test gemäß Arbeitsschutz).* |
| (1) Unabhängig von einer durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite gilt zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus Krankheit-2019 (COVID-19) und zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen in der Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023:  1. Fahrgäste in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personenfernverkehrs, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, sind verpflichtet, eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) zu tragen,  2. das Kontroll- und Servicepersonal und das Fahr- und Steuerpersonal in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personenfernverkehrs, soweit tätigkeitsbedingt physische Kontakte zu anderen Personen bestehen, sowie Fahrgäste in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personenfernverkehrs, die das sechste, aber noch nicht das 14. Lebensjahr vollendet haben, sind verpflichtet eine medizinische Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) oder eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) zu tragen,  3. die folgenden Einrichtungen dürfen nur von Personen betreten werden, die eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) tragen sowie einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 vorlegen,  a) Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt,  b) voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen und vergleichbare Einrichtungen;   Beschäftigte in diesen Einrichtungen müssen einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 abweichend von § 22a Absatz 3 mindestens dreimal pro Kalenderwoche vorlegen,  4. in folgenden Einrichtungen oder Unternehmen dürfen in der Pflege nur Personen tätig werden, die eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) tragen sowie mindestens dreimal pro Kalenderwoche einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 vorlegen:  a) ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen oder in der eigenen Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person erbringen sowie  b) ambulante Pflegedienste und Unternehmen, die vergleichbare Dienstleistungen wie voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen erbringen; Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zählen nicht zu diesen Dienstleistungen. Gleiches gilt für Personen, die diese Leistungen im Rahmen eines persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen,  5. die folgenden Einrichtungen dürfen von Patienten und Besuchern nur betreten werden, wenn sie eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) tragen:  a) Arztpraxen, Zahnarztpraxen, psychotherapeutische Praxen,  b) Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe,  c) Einrichtungen für ambulantes Operieren,  d) Dialyseeinrichtungen,  e) Tageskliniken,  f) Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Buchstaben a bis e genannten Einrichtungen vergleichbar sind,  g) Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden,  h) Rettungsdienste.  Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anzuordnen, dass Fluggäste sowie Service- und Steuerpersonal in den Verkehrsmitteln des Luftverkehrs verpflichtet sind, eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder eine medizinische Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) zu tragen. Eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder eine medizinische Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) muss nicht getragen werden von  1. Kindern, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben,  2. Personen, die ärztlich bescheinigt auf Grund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, einer ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankung oder einer Behinderung keine Atemschutzmaske oder medizinische Gesichtsmaske tragen können, und  3. gehörlosen und schwerhörigen Menschen und Personen, die mit ihnen kommunizieren, sowie ihren Begleitpersonen.  Beförderer sind verpflichtet, die Einhaltung der Verpflichtungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 sowie auf Grund einer Rechtsverordnung nach Satz 2 durch stichprobenhafte Kontrollen zu überwachen; Einrichtungen und Unternehmen nach Satz 1 Nummer 3 bis 5 sind verpflichtet, die Einhaltung der Verpflichtungen nach Satz 1 Nummer 3 bis 5 durch stichprobenhafte Kontrollen zu überwachen. Personen, die die Verpflichtungen nach Satz 1 oder auf Grund einer Rechtsverordnung nach Satz 2 nicht erfüllen, können von der Beförderung oder dem Betreten der Einrichtung oder des Unternehmens ausgeschlossen werden.  Die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) nach Satz 1 Nummer 3 bis 5 gilt nicht, wenn die Erbringung oder Entgegennahme einer medizinischen oder vergleichbaren Behandlung dem Tragen einer Atemschutzmaske entgegensteht, sowie für in den Einrichtungen und Unternehmen behandelte, betreute, untergebrachte oder gepflegte Personen in den für ihren dauerhaften Aufenthalt bestimmten Räumlichkeiten.  Die Verpflichtung zur Vorlage eines Testnachweises nach Satz 1 Nummer 3 und 4 gilt nicht für Personen, die in oder von den in Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten Einrichtungen und Unternehmen behandelt, betreut, untergebracht oder gepflegt werden.  Bei Personen, die in einer oder einem in Satz 1 Nummer 4 genannten Einrichtung oder Unternehmen tätig sind und die ihre Tätigkeit von ihrer Wohnung aus antreten, kann die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung abweichend von § 22a Absatz 3 auch durch Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung erfolgen. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung weitere Personengruppen von der Nachweispflicht eines Testes nach Satz 1 Nummer 3 und 4 auszunehmen. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen. | *Zu Absatz 1*  *Nach Satz 1 gelten für die Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) und zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen verschiedene Schutzmaßnahmen bundesweit. Nach Satz 1 Nummer 1 gilt eine bundesweite Pflicht zum Tragen einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) für Fahrgäste in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personenfernverkehrs, die das 14. Lebensjahr vollendet haben. Atemschutzmasken sind den FFP2-Masken dann vergleichbar, wenn sie eine ähnliche oder bessere Filterleistung aufweisen (FFP3-Masken, KN95-Masken etc.).*  *Nach Satz 1 Nummer 2 gilt auch für das Kontroll- und Servicepersonal sowie das Fahr- und Steuerpersonal in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personenfernverkehrs, soweit tätigkeitsbedingt physische Kontakte zu anderen Personen bestehen (z.B. Kontrollpersonal, Servicepersonal im Bordbistro etc.), sowie für Fahrgäste, die das sechste, aber noch nicht das 14. Lebensjahr vollendet haben, die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) oder einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar). Die Differenzierung im Vergleich zur Nummer 1 trägt den Erfordernissen des Arbeitsschutzes, u. a. mit Blick auf Zumutbarkeit der Tragedauer, Rechnung. Die Differenzierung nach dem Alter nimmt Rücksicht auf die besondere Belastung des mehrstündigen Tragens einer Atemschutz-maske (FFP2 oder vergleichbar) für Kinder.*  *Nach Satz 1 Nummer 3 dürfen Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, oder voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen nur von Personen betreten werden, die eine Atemschutzmaske tragen und einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 vorlegen. Von Beschäftigten in diesen Einrichtungen und Unternehmen muss der Testnachweis nach § 22a Absatz 3 mindestens dreimal pro Kalenderwoche vorgelegt werden.*  *Die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske gilt auch für in den Einrichtungen und Unternehmen behandelte, betreute, untergebrachte oder gepflegte Personen außer in den für ihren dauerhaften Aufenthalt bestimmten Räumen (siehe Begründung zu Satz 5). Diese Maßnahme dient dem Schutz der in diesen Einrichtungen behandelten, betreuten, untergebrachten oder gepflegten Personen, bei denen im Falle einer Infektion mit SARS-CoV-2 ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf besteht.*  *Nach Satz 1 Nummer 4 dürfen in ambulanten Pflegediensten und Unternehmen, die vergleichbare Dienstleistungen wie voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen erbringen, in der Pflege nur Personen tätig sein, die eine Atemschutzmaske tragen und mindestens dreimal pro Kalenderwoche einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 vorlegen. Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zählen nicht zu diesen Dienstleistungen. Dazu gehören auch Personen, die in ambulanten Pflegediensten tätig sind, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen (klarstellend in Buchstabe a genannt) sowie Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen für die Erbringung entsprechender Dienstleistungen beschäftigen. Diese stellen ein entsprechendes Unternehmen dar.*  *Nach Satz 1 Nummer 5 dürfen Arztpraxen, Zahnarztpraxen, psychotherapeutische Praxen, Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Buchstaben a bis e genannten Einrichtungen vergleichbar sind, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden sowie des Rettungsdienstes, von Besuchern und Patienten nur betreten werden, die eine Atemschutzmaske tragen. Die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske gilt für in den Einrichtungen behandelte, betreute oder gepflegte Personen sowie Besucher und weitere Externe. Diese Maßnahme dient dem Schutz der in diesen Einrichtungen behandelten, betreuten, untergebrachten oder gepflegten Personen, bei denen im Falle einer Infektion mit SARS-CoV-2 ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf besteht. Ausnahmen – etwa zu Behandlungszwecken – bleiben, wie an anderer Stelle für Absatz 1 geregelt, unberührt. Ebenso bleiben weitergehende Vorschriften des Bundes und der Länder zum Infektionsschutz unberührt. Dies betrifft insbesondere die Regelungen nach Absatz 2.*  *Nach Satz 2 kann die Bundesregierung mit Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates für Fluggäste und Service- und Steuerpersonal in Verkehrsmittel des Luftverkehrs eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder eine medizinische Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) anordnen.*  *Ausgenommen von der Maskenpflicht (Atemschutzmaske und medizinische Gesichtsmaske) sind – wie bereits bislang nach § 28b Absatz 1 Satz 4 – nach Satz 3 Kleinkinder (unter 6 Jahre alt), Personen, die ärztlich bescheinigt auf Grund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, einer ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankung oder einer Behinderung keine Maske tragen können, sowie Gehörlose und Schwerhörige, ihre Begleitpersonen sowie Personen, mit denen Gehörlose und Schwerhörige kommunizieren. Außerdem verstoßen Personen nicht gegen diese Pflicht, die für einen eng begrenzten Zeitraum der notwendigen Aufnahme von Speisen und Getränken ihre Maske abnehmen (vgl. OVG Lüneburg, Beschl. v. 2. Juni 2022 – 14 MN 259/22, Rn. 20).*  *Nach Satz 4 sind Beförderer sowie die in Satz 1 Nummer 3 bis 5 genannten Einrichtungen und Unternehmen verpflichtet, stichprobenhaft die Einhaltung der Maskenpflicht nach Satz 1 zu kontrollieren. Die in Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten Einrichtungen und Unternehmen sind außerdem verpflichtet, stichprobenhaft die Einhaltung der Testnachweispflicht nach Satz 1 Nummer 3 und 4 zu kontrollieren. Die Rechtmäßigkeit der zur Erfüllung der Kontrollpflicht erforderlichen Datenverarbeitung richtet sich nach den Bestimmungen der DSGVO und des BDSG, insbesondere nach Artikel 9 Absatz 2 lit. i DSGVO, § 22 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe c, § 26 Absatz 3 BDSG. Eine Speicherung der Testnachweise ist nicht erforderlich. Die Nichtbeachtung der Maskenpflicht kann zum Leistungsausschluss oder Betretungsverbot führen (Satz 5).*  *Satz 6 regelt eine Ausnahme von der Maskenpflicht nach Satz 1 Nummer 3 bis 5, wenn die Erbringung oder Entgegennahme einer medizinischen oder vergleichbaren Behandlung dem Tragen einer Atemschutzmaske entgegensteht (z. B. HNO-ärztliche oder zahnärztliche Untersuchung bzw. Behandlung). Eine Ausnahme von der Maskenpflicht nach Satz 1 Nummer 3 bis 5 gilt auch für in den Einrichtungen und Unternehmen behandelte, betreute oder gepflegte Personen in den für ihren dauerhaften Aufenthalt bestimmten Räumlichkeiten; das betrifft u. a. Patientenzimmer. Dagegen gilt die Maskenpflicht grundsätzlich in allen gemeinschaftlich genutzten Räumlichkeiten, wo eine Vielzahl von Kontakten stattfindet (z. B. Bistro in einem Krankenhaus, Wartezonen, Aufzüge, gemeinschaftliche Aufenthaltsräume).*  *Nach Satz 7 sind ausgenommen von der Testnachweispflicht nach Satz 1 Nummer 3 und 4 Personen, die in oder von den dort genannten Einrichtungen und Unternehmen behandelt, betreut oder gepflegt werden. Zum Schutz dieser Personengruppe gelten die für die Einrichtung und das Unternehmen maßgebenden Hygieneanforderungen, die durch § 35 (neu) erhöht und konkretisiert werden, etwa durch die Benennung eines oder mehrere verantwortlicher Personen für die Einhaltung von Hygieneanforderungen, von Maßgaben zum Impfen und Testen sowie zur Versorgung mit antiviralen COVID-19-Arzneimitteln.*  *Satz 8 sieht vor, dass bei Personen, die in einer oder einem in Satz 1 Nummer 4 genannten Einrichtung oder Unternehmen tätig sind und die ihre Tätigkeit von ihrer Wohnung aus antreten, die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung abweichend von § 22a Absatz 3 auch durch Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung erfolgen kann. Die Vorschrift stellt eine Abweichung von § 22a Absatz 3 dar, der voraussetzt, dass die dem Testnachweis zugrunde liegende Testung entweder vor Ort unter Aufsicht desjenigen stattgefunden hat, der der jeweiligen Schutzmaßnahme unterworfen ist, im Rahmen einer betrieblichen Testung im Sinne des Arbeitsschutzes durch Personal erfolgt ist, das die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzt, oder von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommen oder vor Ort überwacht worden ist. Die Vorschrift trägt den praktischen Bedürfnissen der in der ambulanten Pflege Tätigen Rechnung, indem sie für diesen Personenkreis auch eine Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 durch dafür zugelassene Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Aufsicht eines Dritten genügen lässt. Voraussetzung dafür, dass die Testung durch Antigen-Tests zur Eigenanwendung ohne Überwachung stattfinden kann, ist, dass die Person ihre Tätigkeit unmittelbar von ihrer Wohnung aus antritt. Das betrifft z. B. die für ambulante Pflegedienste typischen Fälle, in denen der Dienst unmittelbar von der Wohnung des Beschäftigten aus angetreten wird und Besuche bei Patienten unmittelbar von der eigenen Wohnung aus beginnen. In diesen Fällen wäre es nicht sachgerecht, wenn – allein um eine Testung unter Aufsicht durchzuführen – zuvor noch ein Büro oder eine Niederlassung des ambulanten Pflegedienstes aufgesucht werden müsste. Daran, dass die Person in den in Satz 1 Nummer 4 genannten Einrichtungen und Unternehmen nur tätig werden darf, wenn die Testung erfolgt ist, ändert die Vorschrift nichts. Sie erleichtert es den in der ambulanten Pflege Tätigen lediglich, ihrer Pflicht zum Nachweis einer Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 nachzukommen.*  *Die Landesregierungen werden nach Satz 8 ermächtigt, durch Rechtsverordnung weitere Personengruppen von der Testnachweispflicht nach Satz 1 Nummer 3 und 4 auszunehmen (z. B. Postboten, und Lieferanten, die keinen unmittelbaren Kontakt zu Personen haben, die in einer Einrichtung gepflegt oder behandelt werden, Begleitpersonen). Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen. Es entspricht dabei der Staatspraxis der Länder, dass insbesondere ein Mitglied der Landesregierung zum Erlass der Verordnung ermächtigt wird.* |
| (2) Soweit dies zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) und zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen erforderlich ist, können in der Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 folgende Maßnahmen notwendige Schutzmaßnahmen im Sinne des § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 sein:  1. die Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) oder einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar)  a) in öffentlich zugänglichen Innenräumen, in denen sich mehrere Personen aufhalten,  b) in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs für Fahrgäste,  c) in Obdachlosenunterkünften und Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern,  2. die Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) für das Kontroll- und Servicepersonal und das Fahr- und Steuerpersonal in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs, soweit tätigkeitsbedingt physische Kontakte zu anderen Personen bestehen,  3. die Verpflichtung zur Testung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in  a) Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern, Obdachlosen- und Wohnungslosenunterkünften sowie sonstigen Massenunterkünften,  b) Schulen, Kindertageseinrichtungen und  c) Justizvollzugsanstalten, Abschiebungshafteinrichtungen, Maßregelvollzugseinrichtungen sowie anderen Abteilungen oder Einrichtungen, wenn und soweit dort dauerhaft freiheitsentziehende Unterbringungen erfolgen, insbesondere psychiatrische Krankenhäuser, Heime der Jugendhilfe und für Senioren. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Bei Freizeit-, Kultur- und Sportveranstaltungen, in Freizeit- und Kultureinrichtungen sowie in gastronomischen Einrichtungen und bei der Sportausübung ist vorzusehen, dass Personen, die über einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 verfügen, von der Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) ausgenommen sind. Den Personen, die über einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 verfügen, können Personen gleichgestellt werden, die über einen Impfnachweis nach § 22a Absatz 1 verfügen und bei denen die letzte Einzelimpfung höchstens drei Monate zurückliegt, und Personen, die über einen Genesenennachweis nach § 22a Absatz 2 verfügen. Das Hausrecht der Betreiber oder Veranstalter, entsprechende Zugangsvoraussetzungen festzulegen, bleibt unberührt. | *Zu Absatz 2*  *Für die Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 können darüber hinaus bestimmte weitere Schutzmaßnahmen von den Ländern (per Verwaltungsakt oder nach § 32 durch Rechtsverordnung) nach Absatz 2 vorgesehen werden, soweit dies zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 und zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen erforderlich ist. Diese Ermächtigung trägt der Erfahrung Rechnung, dass die Länder nötige weitere Schutzmaßnahmen praxisnäher ausgestalten können.*  *Nach Satz 1 Nummer 1 kann eine Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) oder einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) in öffentlich zugänglichen Innenräumen, in denen sich mehrere Personen aufhalten, sowie in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs für Fahrgäste angeordnet werden. Es liegt in der Verantwortung der Länder zu entscheiden, ob und in welchem Umfang sie diese Ermächtigung nutzen. So können die Länder eine Maskenpflicht auch nur für bestimmte öffentlich zugängliche Innenräume (z.B bestimmter Branchen) oder Konstellationen anordnen oder auch weitere praxisnahe Ausnahmen vorsehen (z.B. in gastronomischen Einrichtungen zum Essen und Trinken). Öffentlich zugängliche Innenräume sind Bereiche innerhalb eines Gebäudes, die nach dem erkennbaren Willen des Inhabers von jedermann benutzt oder betreten werden können. Die Zugänglichkeit muss sich nach allgemeinen Merkmalen bestimmen, die grundsätzlich jeder erfüllen kann. Die Entrichtung eines Eintrittspreises oder die Zugangsbeschränkung für Mitglieder stehen der Annahme eines öffentlich zugänglichen Innenraums nicht entgegen. Erfasst werden z. B. Verkaufseinrichtungen, Dienstleistungsbetriebe, Kultureinrichtungen, gastronomische Einrichtungen, Hotel- und Beherbergungsbetriebe, Freizeiteinrichtungen. Zu den öffentlich zugänglichen Innenräumen gehören insbesondere Arztpraxen, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyseeinrichtungen, Rettungsdienste und Tageskliniken.*  *Nach Satz 1 Nummer 2 kann für das Kontroll- und Servicepersonal und das Fahr- und Steuerpersonal in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs, soweit tätigkeitsbedingt physische Kontakte zu anderen Personen bestehen, eine Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske vorgesehen werden. Durch das Tragen einer FFP2- oder vergleichbaren Maske würde einer solchen Pflicht ebenfalls entsprochen werden.*  *Schließlich kann nach Satz 1 Nummer 3 eine Verpflichtung zur Testung auf das Coronavirus SARS-CoV-2 vorgesehen werden. Die gilt in Bezug auf Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern, Obdachlosenunterkünfte, sonstige Massenunterkünfte, Schulen, Kindertageseinrichtungen, Justizvollzugsanstalten, Abschiebungshafteinrichtungen, Maßregelvollzugseinrichtungen sowie anderen Abteilungen oder Ein-richtungen, wenn und soweit dort dauerhaft freiheitsentziehende Unterbringungen erfolgen, insbesondere psychiatrische Krankenhäuser, Heime der Jugendhilfe und für Senioren.*  *Die in Absatz 1 Satz 3 geregelten Ausnahmen von der Maskenpflicht gelten nach Satz 2 entsprechend.*  *Soweit von der Ermächtigung nach Satz 1 Nummer 1 Gebrauch gemacht wird, ist bei Freizeit-, Kultur- oder Sportveranstaltungen, in Freizeit- und Kultureinrichtungen sowie in gastronomischen Einrichtungen und bei der Sportausübung nach Satz 3 zwingend vorzusehen, dass bestimmte Personen von der Maskenpflicht (Atemschutzmaske und medizinische Gesichtsmaske) ausgenommen sind. Dies gilt für Personen, die über einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 verfügen. Ihnen können Personen, die über einen Genesenennachweis nach § 22a Absatz 2 verfügen, und Personen, die über einen Impf-nachweis nach § 22a Absatz 1 verfügen, sofern die letzte Einzelimpfung höchstens drei Monate zurückliegt, gleichgestellt werden. Bei einer Impfung oder Genesung, die maximal drei Monate zurückliegt, kann davon ausgegangen werden, dass die Schutzwirkung vor Ansteckung und Übertragung hoch ist und damit die Wahrscheinlichkeit, sich zu infizieren, deutlich reduziert ist.*  *Die Ausnahmen von der Maskenpflicht lassen sich bei Freizeit-, Kultur- oder Sportveranstaltungen, in Freizeit- und Kultureinrichtungen sowie in gastronomischen Einrichtungen und bei der Sportausübung durch Nachweiskontrollen gut kontrollieren (z.B. beim Betreten eines Kinos, Theaters oder Konzerts). Die Ausnahme konzentriert sich zudem auf Lebensbereiche in denen eine Maske nicht dauerhaft getragen werden kann (z. B. Bars, Restaurants) oder die Maske nicht wirksam getragen werden kann, z. B. weil sie nach kurzer Zeit durchschwitzt (z. B. Tanzveranstaltungen, Sportausübung). Für Personen, die über keinen der in den Sätzen 3 und 4 genannten Nachweise verfügen, verbleibt es bei der Pflicht, eine Maske zu tragen; allerdings können die Länder weitere Ausnahmen vorsehen.*  *Die Anordnung einer Maskenpflicht dient der deutlichen Reduktion des Infektionsrisikos. Der Verzicht auf eine solche Maskenpflicht erscheint dann gerechtfertigt, wenn andere Faktoren das Infektionsrisiko verringern. Die Kontrolle ist beispielsweise durch entsprechende digitale Hilfsmittel ohne großen Aufwand umsetzbar, etwa durch visuelle Lösungen in der Corona-Warn-App und der CovPassApp, die entsprechend technisch überarbeitet werden. Alternativ bleibt die analoge Kontrolle des Datums eines entsprechenden Impf,- Test- oder Genesenennachweises. Die Verfahren zur Kontrolle sind durch zwischenzeitlich geltende Zugangsbeschränkungen der vergangenen zwei Jahre bekannt und weitgehend erprobt.*  *Durch einen Testnachweis nach § 22a Absatz 3 kann das Infektionsrisiko deutlich reduziert werden. Insbesondere die in der Coronavirus-Testverordnung genannten Antigen-Schnelltests sind zur Erkennung von Infektionen und demnach zur Unterbrechung von Infektionsketten geeignet. Von Personen mit einem aktuellen negativen Testergebnis geht ein deutlich vermindertes Risiko aus, das Virus weiterzutragen.*  *Die aktuelle wissenschaftliche Evidenz zeigt, dass auch nach einer Auffrischimpfung der Impfschutz gegen eine (symptomatische) SARS-CoV-2-Infektion mit der Zeit nachlässt. Bei einer „frischen Impfung“, die maximal drei Monate zurückliegt, kann davon ausgegangen werden, dass die Schutzwirkung anfangs erneut hoch ist und damit die Wahrscheinlichkeit sich zu infizieren deutlich reduziert ist. Zugleich reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, dass entsprechend „frisch geimpfte“ Personen das Virus weitertragen (Übertragungsschutz). Unter anderem diese Studien legen dies nahe: Die Häufigkeit bestätigter SARS-CoV-2-Infektionen bei Personen ab 60 Jahren war nach einer vierten Dosis des BNT162b2-Impfstoffs geringer als nach nur drei Dosen (Bar-On, Y. M. et al. Protection by a fourth dose of BNT162b2 against Omicron in Israel. N. Engl. J. Med. 386, 1712–1720 (2022)). Ergebnisse einer weiteren Studie deuten stark darauf hin, dass eine vierte BNT162b2-Dosis im Vergleich zu einer dritten Dosis, die mindestens vier Monate zuvor verabreicht wurde, einen frühzeitigen Schutz vor einer PCR-bestätigten SARS-CoV-2-Infektion, symptomatischen COVID-19, COVID-19-bedingten Krankenhaus-aufenthalten, schweren COVID-19-Infektionen und COVID-19-bedingten Todesfällen bei Personen ab 60 Jahren bietet (Magen, O. et al. Fourth dose of BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine in a nationwide setting. N. Engl. J. Med.` 386, 1603–1614 (2022)). Eine israelische Kohortenstudie mit im Gesundheitswesen Tätigen bestätigt diese Aussagen: Die vierte Impfung konnte das Risiko einer Durchbruchsinfektion von unter 60-jährigen um fast zwei Drittel senken (Matan J. Cohen, MD, PhD; Yonatan Oster, MD; Allon E. Moses, MD; Avishay Spitzer, MD; Shmuel Benenson, MD; and the Israeli-Hospitals 4th Vaccine Working Group 2022). Haushaltsstudien aus Norwegen und Dänemark zeigen ferner, dass eine Impfung auch unter vorherrschender Zirkulation der Omikron-Variante des Coronavirus SARS-CoV-2 die Übertragbarkeit nach Grundimmunisierung und nach Auffrischimpfung weiter reduziert. Mehrere pharmazeutische Unternehmen entwickeln zudem seit Ende November 2021 angepasste Versionen ihres mRNA-Impfstoffs. Neben einem monovalenten Omikron-BA.1-Impfstoff wird ebenfalls auch ein bivalenter Impfstoff entwickelt, der mRNA sowohl für das Spikeprotein des Wuhan-Stamms als auch das der Omikron-BA.1-Variante enthält sowie ein weiterer entsprechender bivalenter Impfstoff, der eine Omikron BA.4/5-Komponente enthält. Unternehmensangaben zufolge sind diese Impfstoffe imstande, eine stärkere Immunantwort gegen Omikron hervorzurufen als der ursprüngliche Impfstoff gegen den Wuhan-Stamm. Sie induzieren eine Abwehr gegen die Omikron-Varianten BA.1, BA.4 und BA.5. Für einen bivalenten Impfstoff mit Omikron BA.1-Komponente läuft seit 22. Juli 2022 bei der europäischen Arzneimittel-Zulassungsbehörde EMA ein Zulassungsverfahren (nach vorangegangenem Rolling Review). Für einen bivalenten, an BA.4/5 angepassten Impfstoff liegen positive tierexperimentelle Ergebnisse vor und am 9. August 2022 wurde bei der EMA ein Rolling Review initiiert. Die britische Arzneimittelbehörde MHRA hat zudem am 15. August 2022 eine Zulassung für einen der angepassten Impfstoffe bereits erteilt. Laut britischem Gesundheitsministerium biete das Vakzin eine gute Immunreaktion gegen die Omikron-Subvariante BA.1. Zudem habe eine Studie gezeigt, dass der Impfstoff auch gegen die Omikron-Subvarianten BA.4 und BA.5 Wirkung zeige.*  *Auch eine erst vor kurzem durchgemachte Infektion führt zu einem Anstieg der Immunantwort. Die Regelung ändert nichts an der grundsätzlichen Gültigkeitsdauer von 12 Monaten für das digitale Impfzertifikat. Diese Gültigkeitsdauer orientiert sich an der Dauer des Schutzes vor schwerer Erkrankung und trifft keine Aussage über den Übertragungsschutz. Die Ausnahme impliziert daher auch nicht mittelbar, dass alle drei Monate eine weitere Impfung als notwendig erachtet oder empfohlen wird. Soweit eine frisch geimpfte Person über Übertragungsschutz verfügt, ist es nicht erforderlich, von ihr einen Test zu verlangen.*  *Sollte sich durch neuere Forschungen oder Fortschritte bei der Impfstoffentwicklung eine längere Phase des Übertragungsschutzes nachweisen lassen, kann die Bundesregierung die Zeit verlängern, die seit der letzten Impfung vergangen sein darf (Absatz 8 Nummer 2).*    *Satz 5 stellt klar, dass die allgemeinen privatrechtlichen Möglichkeiten der Betreiber oder Veranstalter, Zugangsvoraussetzungen zu ihren Räumlichkeiten und Veranstaltungen festzulegen, unberührt bleiben. Hierunter kann die Entscheidung fallen, den Zugang allein an die Vorlage eines negativen Testnachweises zu knüpfen, auch wenn eine Person eine Maske trägt, oder den Zugang allein auf Geimpfte, deren letzte Einzelimpfung nicht mehr als drei Monate zurückliegt, Genesene und Getestete zu begrenzen. Ebenso wäre es etwa möglich, eine Maskenpflicht auch für getestete, genesene und geimpfte Personen beizubehalten. Es handelt sich hierbei um eine unternehmerische Entscheidung. Das Hausrecht ist auch dann zu berücksichtigen, wenn es ausnahmsweise stärkeren Bindungen durch das allgemeine Gleichbehandlungsgebot unterliegt (vgl. BVerfGE 148, 267). Maßgeblich ist dann, dass der Ausschluss von Personen nicht willkürlich erfolgt. Dies ist bei den hier in Rede stehenden Zugangsvoraussetzungen jedoch nicht anzunehmen, da sie im Grundsatz von jedermann zu erfüllen sind.* |
| (3) Soweit dies zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) und zur Aufrechterhaltung eines geregelten Präsenz-Unterrichtsbetriebs erforderlich ist, kann in der Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 für folgende Personen die Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) eine notwendige Schutzmaßnahme im Sinne des § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 sein:  1. Kinder und Schülerinnen und Schüler ab dem fünften Schuljahr in Schulen und Kinderhorten, in sonstigen Ausbildungseinrichtungen, in Heimen und in Ferienlagern und  2. Beschäftigte in Schulen und Kinderhorten, in sonstigen Ausbildungseinrichtungen, in Heimen, in Ferienlagern, in Kindertageseinrichtungen sowie in einer nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch erlaubnispflichtigen Kindertagespflege.  Bei der Entscheidung über Schutzmaßnahmen nach Satz 1 sind insbesondere das Recht auf schulische Bildung, auf soziale Teilhabe und die sonstigen besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen. Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. | *Zu Absatz 3*  *Für die Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 kann darüber hinaus, soweit dies zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 und zur Aufrechterhaltung eines geregelten Präsenz-Unterrichts-betriebs erforderlich ist, von den Ländern einerseits für Kinder und Schüler ab dem fünften Schuljahr in Schulen, Kinderhorten und sonstigen Ausbildungseinrichtungen sowie in Heimen und Ferienlagern und andererseits für das dort tätige Personal sowie für das in Kindertageseinrichtungen und in nach § 43 Absatz 1 des Achten Buches Sozialgesetzbuch erlaubnispflichtigen Kindertagespflegen tätige Personal die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske angeordnet werden. Volkshochschulen gehören nicht zu den sonstigen Ausbildungseinrichtungen im Sinne der Vorschrift, weil sie von Erwachsenen genutzt werden, sodass bei ihnen die Besonderheiten, denen mit der Regelung Rechnung getragen werden soll, nicht vorliegen.*  *Die Erforderlichkeit der Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske zur Aufrechterhaltung eines geregelten Präsenz-Unterrichtsbetriebs stellt ein eigenständiges Tatbestandsmerkmal der Ermächtigungsgrundlage dar. Diese Ermächtigung gilt daher nicht grundsätzlich in der Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023, sondern setzt eine Gefährdung des geregelten Präsenzunterrichtsbetriebes voraus. Eine solche ist u. a. dann anzunehmen, wenn durch eine Vielzahl von Infektionen und dadurch bedingten Krankheits- und Isolationszeiten der Übergang zu hybriden oder digitalen Unterrichtsmodellen droht oder wenn durch einen hohen Krankenstand des Lehrpersonals ein geregelter Unterricht absehbar nicht mehr gewährleistet werden kann.*  *Durch das Tragen einer FFP2- oder vergleichbaren Maske würde einer solchen Pflicht ebenfalls entsprochen werden. Für Kinder und Schüler in Einrichtungen zu Betreuung von Kindern bis zur Vollendung des 4. Schuljahres kann daher eine Maskenpflicht auch nicht über Absatz 2 angeordnet werden. Die Wirksamkeit der Verwendung von Masken als Schutzmaßnahme in Schulen hängt wesentlich davon ob, wie die Maske getragen wird (dauerhaft und mit gutem Sitz). Ein verantwortungsvoller Umgang mit der Maske ist bei älteren Kindern eher wahrscheinlich als im Grundschulalter. Anders als im Fern- und Nahverkehr ist für den Unterrichtsbetrieb eine medizinische Maske vorgesehen, da dies den Anforderungen an einen mehrstündigen täglichen Unterricht mit hoher Konzentration Rechnung trägt. Für sonstige Personengruppen, die das Schulgebäude betreten, gilt eine Maskenpflicht nach Maßgabe von Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 (z.B. Elternabend).*  *Bei der Entscheidung über derartige Schutzmaßnahmen sind nach Satz 2 insbesondere das Recht auf schulische Bildung, auf soziale Teilhabe und die sonstigen besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen. Die in Absatz 1 Satz 3 geregelten Ausnahmen von der Maskenpflicht gelten nach Satz 3 entsprechend.* |
| (4) Unabhängig von einer durch den Deutschen Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite können in einem Land oder in einer oder mehreren konkret zu benennenden Gebietskörperschaften eines Landes in der Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 zusätzlich zu den in den Absätzen 2 und 3 genannten Maßnahmen folgende Maßnahmen notwendige Schutzmaßnahmen im Sinne des § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 sein, sofern in dem Land oder in der oder den konkret zu benennenden Gebietskörperschaften eine konkrete Gefahr für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen besteht und das Parlament des betroffenen Landes dies für das Land oder eine oder mehrere konkret zu benennende Gebietskörperschaften festgestellt hat:  1. die Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) oder einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) bei Veranstaltungen im Außenbereich, soweit ein Abstand von 1,5 Metern regelmäßig nicht eingehalten werden kann,  2. die Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) oder einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) für Veranstaltungen in öffentlich zugänglichen Innenräumen,  3. die Verpflichtung für den Groß- und Einzelhandel, für Betriebe, Einrichtungen, Gewerbe, sowie Angebote und Veranstaltungen aus dem Freizeit-, Kultur- und Sportbereich für öffentlich zugängliche Innenräume, in denen sich mehrere Personen aufhalten, Hygienekonzepte zu erstellen, die die Bereitstellung von Desinfektionsmitteln sowie Maßnahmen zur Vermeidung unnötiger Kontakte und Lüftungskonzepte vorsehen können,  4. die Anordnung eines Abstandsgebots mit einem Abstand von 1,5 Metern (Mindestabstand) im öffentlichen Raum, insbesondere in öffentlich zugänglichen Innenräumen,  5. die Festlegung von Personenobergrenzen für Veranstaltungen in öffentlich zugänglichen Innenräumen.  Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Feststellung nach Satz 1 gilt als aufgehoben, sofern das Parlament in dem betroffenen Land nicht spätestens drei Monate nach der Feststellung nach Satz 1 die Feststellung erneut trifft; dies gilt entsprechend, sofern das Parlament in dem betroffenen Land nicht spätestens drei Monate nach der erneuten Feststellung erneut die Feststellung trifft. | *Zu Absatz 4*  *Für die Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 können unter Berücksichtigung der in Absatz 6 genannten Ziele in einem Land oder in einer oder mehreren konkret zu benennenden Gebietskörperschaften über die Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3 hinaus weitere Schutzmaßnahmen angeordnet werden, sofern in dem betroffenen Land oder in der oder in den konkret zu benennenden Gebietskörperschaften eine konkrete Gefahr für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen besteht und das Parlament des betroffenen Landes dies für das Land oder eine oder mehrere konkrete Gebietskörperschaften festgestellt hat. Absatz 7 definiert das Vorliegen einer entsprechenden konkreten Gefahr.*  *Nach Satz 1 Nummer 1 kann die Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) oder einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) bei Veranstaltungen im Außenbereich (z.B. Sportevents im Stadion, Kulturveranstaltungen im Freien, Volksfeste etc.), soweit ein Abstand von 1,5 Metern regelmäßig nicht eingehalten werden kann, festgelegt werden. Der Hauptübertragungsweg für das Coronavirus SARS-CoV-2 ist die respiratorische Aufnahme virushaltiger Partikel, die beim Atmen, Husten, Sprechen, Singen und Niesen entstehen (Wang CC, et al. Airborne transmission of respiratory viruses, 2021). Auch wenn die Wahrscheinlichkeit der Übertragung im Außenbereich geringer ist, ist sie nicht ausgeschlossen. Besonders bei Großveranstaltungen ist oftmals kein Mindestabstand möglich. Grundsätzlich ist die Wahrscheinlichkeit einer Exposition gegenüber infektiösen Partikeln jeglicher Größe im Umkreis von ein bis zwei Metern um eine infektiöse Person herum erhöht (Liu L et al. Short-range airborne transmission of expiratory droplets between two people, 2017 und Xu et al. Relationship Between COVID-19 Infection and Risk Perception, Knowledge, Attitude, and Four Non-pharmaceutical Interventions During the Late Period of the COVID-19 Epidemic in China: Online Cross-Sectional Survey of 8158 Adults, 2020). Neben einer steigenden Lautstärke können auch individuelle Unterschiede zu einer verstärkten Freisetzung beitragen (Asadi S et. Al. Aerosol emission and supere-mission during human speech increase with voice loudness, 2019; Hartmann A et al. Emission rate and particle size of bioaerosols during breathing, speaking and coughing, 2020 und Edwards DA et al. Ex-haled aerosol increases with COVID-19 infection, age, and obesity, 2021). Je mehr Personen zusammenkommen, desto größer ist das Risiko, dass sogenannte „Superspreader“ dabei sein könnten. Diese Gefahr ist bei Omikron sehr viel größer als bei vorherigen Varianten (Michael Riediker et al. Higher viral load and infectivity increase risk of aerosol transmission for Delta and Omicron variants of SARS-CoV-2, 2022). Lio et al. (Effectiveness of personal protective health behaviour against COVID-19, 2021) zeigten, dass in Macao das Maskentragen im Freien das COVID-19-Risiko um 69.3 Prozent reduzierte.*  *Nach Satz 1 Nummer 2 kann die Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) oder einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) für Veranstaltungen in öffentlich zugänglichen Innenräumen ohne die in Absatz 2 Satz 3 genannte Ausnahme angeordnet werden.*  *Nach Satz 1 Nummer 3 kann für Betriebe, Einrichtungen, Gewerbe, Groß- und Einzelhandel und Angebote und Veranstaltungen aus dem Freizeit-, Kultur- und Sportbereich für öffentlich zugängliche Innenräume, in denen sich mehrere Personen aufhalten, die Verpflichtung vorgesehen werden, Hygienekonzepte zu erstellen, die die Bereitstellung von Desinfektionsmitteln, Maßnahmen zur Vermeidung unnötiger Kontakte, etwa durch Wege- und Leitkonzepte und Lüftungskonzepte vorsehen können. Nach Satz 1 Nummer 4 kann ein Abstandsgebot mit einem Abstand von 1,5 Metern (Mindestabstand) im öffentlichen Raum angeordnet werden, insbesondere in öffentlich zugänglichen Innenräumen. Schließlich können nach Satz 1 Nummer 5 Personenobergrenzen für Veranstaltungen in öffentlich zuänglichen Innenräumen festgelegt werden.*  *Die in Absatz 1 Satz 3 geregelten Ausnahmen von der Maskenpflicht gelten entsprechend (Satz 2).*  *Die Feststellung des Parlaments nach Satz 1 gilt nach Satz 3 als aufgehoben, sofern das Parlament in dem betroffenen Land nicht spätestens drei Monate nach der Feststellung nach Satz 1 die Feststellung erneut trifft; dies gilt entsprechend, sofern das Parlament in dem betroffenen Land nicht spätestens drei Monate nach der erneuten Feststellung erneut die Feststellung trifft.* |
| (5) Rechtsverordnungen, die nach § 32 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 und den Absätzen 2 bis 4 erlassen werden, sind mit einer allgemeinen Begründung zu versehen. Schutzmaßnahmen nach den Absätzen 2 bis 4 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 und nach § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 und nach den §§ 29 bis 31 können jeweils auch kumulativ angeordnet werden. Individuelle Schutzmaßnahmen gegenüber Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen oder Ausscheidern nach § 28 Absatz 1 Satz 1 sowie die Schließung von Einrichtungen und Betrieben im Einzelfall nach § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 bleiben unberührt. Bei Entscheidungen über Schutzmaßnahmen sind soziale, gesellschaftliche und wirtschaftliche Auswirkungen auf den Einzelnen und die Allgemeinheit einzubeziehen und zu berücksichtigen, soweit dies mit der Erreichung der in Absatz 6 genannten Ziele vereinbar ist. Die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen sind zu berücksichtigen. | *Zu Absatz 5*  *Absatz 5 Satz 1 ordnet eine Begründungspflicht für Rechtsverordnungen an, die nach § 32 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 und den Absätzen 2 bis 4 erlassen werden.*  *Schutzmaßnahmen nach den Absätzen 2 bis 4 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 und nach den §§ 29 bis 31 können jeweils auch kumulativ angeordnet werden. Individuelle Schutzmaßnahmen gegenüber Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen oder Ausscheidern nach § 28 Absatz 1 Satz 1 sowie die Schließung von Einrichtungen und Betrieben im Einzelfall nach § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 bleiben außerdem weiterhin nach Satz 3 möglich. Bei Entscheidungen über Schutzmaßnahmen sind nach Satz 4 soziale, gesellschaftliche und wirtschaftliche Auswirkungen auf den Einzelnen und die Allgemeinheit einzubeziehen und zu berücksichtigen, soweit dies mit der Erreichung der in Absatz 6 genannten Ziele vereinbar ist. Insbesondere sind die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen (Satz 5).* |
| (6) Entscheidungen über Schutzmaßnahmen nach den Absätzen 2 bis 4 sind insbesondere am Schutz von Leben und Gesundheit durch Verhinderung einer Vielzahl schwerer Krankheitsverläufe, am Schutz vulnerabler Personengruppen und der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen kritischen Infrastrukturen auszurichten. | *Zu Absatz 6*  *Entscheidungen über die Schutzmaßnahmen nach den Absätzen 2 bis 4 sind insbesondere am Schutz von Leben und Gesundheit durch Verhinderung einer Vielzahl schwerer oder tödlicher Krankheitsverläufe, am Schutz vulnerabler Personengruppen und der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen kritischen Infrastrukturen auszurichten. Die Zielbestimmung bringt den vom ExpertInnenrat und vom Sachverständigenausschuss nach § 5 Absatz 9 empfohlenen Strategiewechsel zum Ausdruck. Anders als zu Beginn der Pandemie geht es nicht mehr um die reine Eindämmung der Fallzahlen (Containment), sondern um die Abmilderung schwerer Krankheitsverläufe und die Vermeidung von Todesfällen (Mitigierung), den Schutz vulnerabler Gruppen (Protektion) und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und anderer kritischer Infrastrukturen. Hintergrund des Strategiewechsels ist der Umstand, dass – anders als zu Beginn der Pandemie – zwischenzeitlich hochwirksame Impfstoffe und antivirale Medikamente zur Verfügung stehen. Daran sind auch der Rechtsrahmen und insbesondere die Zielbestimmung von Schutzmaßnahmen auszurichten, um dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu genügen.* |
| (7) Eine konkrete Gefahr für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen besteht, wenn aufgrund eines besonders starken Anstiegs von Indikatoren nach Satz 2 erster Halbsatz oder deren Stagnation auf einem sehr hohen Niveau oder bei einem versorgungsrelevanten Rückgang der stationären Kapazitäten davon auszugehen ist, dass es im Gesundheitssystem oder den sonstigen kritischen Infrastrukturen zu einem schwerwiegenden Sach- oder Personalmangel oder einer Überlastung der Kapazitäten kommt. Indikatoren hierfür sind das Abwassermonitoring, die Anzahl der Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen, die Surveillance-Systeme des Robert Koch-Instituts für respiratorische Atemwegserkrankungen, die Anzahl der in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen; ebenso sind die verfügbaren stationären Versorgungskapazitäten zu berücksichtigen. Absehbare Änderungen des Infektionsgeschehens durch ansteckendere, das Gesundheitssystem stärker belastende Virusvarianten sind zu berücksichtigen. Die Landesregierungen können im Rahmen der Festlegung der Schutzmaßnahmen nach den Absätzen 2 bis 4 in einer Rechtsverordnung nach § 32 Schwellenwerte für die Indikatoren nach Satz 2 festsetzen; entsprechend können die Schutzmaßnahmen innerhalb eines Landes regional differenziert werden. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen. | *Zu Absatz 7*  *Absatz 7 Satz 1 definiert den Begriff der konkreten Gefahr für die Funktionsfähigkeit des Gesundheits-systems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen nach Absatz 4 Satz 1. Eine solche Gefahr liegt vor, wenn aufgrund eines besonders starken Anstiegs von Indikatoren nach Satz 2 erster Halbsatz oder deren Stagnation auf einem sehr hohen Niveau oder bei einem versorgungsrelevanten Rückgang der stationären Kapazitäten davon auszugehen ist, dass es im Gesundheitssystem oder den sonstigen kritischen Infrastrukturen zu einem schwerwiegenden Sach- oder Personalmangel oder einer Überlastung der Kapazitäten (in bestimmten Gebietskörperschaften oder in einem Land) kommt. Dabei kommt es auf eine Gesamteinschätzung der Indikatoren an.*  *Als maßgebliche Indikatoren benennt Satz 2 erster Halbsatz das Abwassermonitoring (§ 13 Absatz 2) und die Anzahl der Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen (Meldewesen nach § 7), die jeweils ein Maßstab und ein Frühwarnsystem für die Krankheitsdynamik sind. Das Abwassermonitoring wird mit diesem Gesetz verstetigt und soll ausgeweitet sowie weiterentwickelt werden. Ungeachtet der noch ausbaufähigen Struktur hierfür, eignet es sich bereits jetzt für eine Trendanalyse im Sinne eines qualitativen, nicht quantitativen Aussagewertes – vor allem in Kombination mit der Inzidenz der Neuinfektionen. Mit den Instrumenten der syndromischen Surveillance des Robert Koch-Instituts stehen Instrumente zur zeitnahen Information und Bewertung der Situation, der Dynamik und der Krankheitslast und -schwere akuter Atemwegserkrankungen zur Verfügung. Diese Surveillancesysteme sind nicht nur in der aktuellen Situation der Pandemie, sondern auch für die Überwachung der zu erwartenden saisonale Co-Zirkulation von SARS-CoV-2 und anderen respiratorischer Viren hilfreich. Mit krankenhausbasierten Sentinel ICOSARI wird z. B. abgebildet, wie sich die Zahl schwerer Atemwegsinfektionen, die im Krankenhaus behandelt werden, entwickeln.*  *Zu diesen Surveillance-Systemen kommt ergänzend die Anzahl der in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen (Hospitalisierungsmeldungen nach den §§ 6, 9 Absatz 1 Nummer 1 Buchstabe o). In der Summe kann damit eine Aussage über die Krankheitsschwere getroffen werden. Anhand der Krankenhauskapazitätssurveillance (§ 13 Absatz 7 neu) und der Daten aus dem DIVI-Intensiv-Register kann die Krankheitslast beurteilt werden. Die konkrete Gefahr ist auf Basis einer Lagebeurteilung mit Berücksichtigung der genannten Indikatoren zu treffen.*  *Absehbare Änderungen des Infektionsgeschehens durch ansteckendere, das Gesundheitssystem stärker belastende Virusvarianten sind nach Satz 3 zu berücksichtigen.*  *Nach Satz 4 können die Landesregierungen durch Rechtsverordnung vorsehen, dass – soweit die Voraussetzungen der Absätze 2 bis 4 jeweils vorliegen – für Schutzmaßnahmen nach den Absätzen 2 bis 4 Schwellenwerte für die Indikatoren nach Satz 2 greifen; entsprechend können die Länder Schutzmaßnahmen regional differenzieren. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen. Es entspricht dabei der Staatspraxis der Länder, dass insbesondere ein Mitglied der Landesregierung zum Erlass der Verordnung ermächtigt wird.* |
| (8) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates,  1. die Verpflichtungen nach Absatz 1 ganz oder teilweise auszusetzen,  2. abweichend von Absatz 2 Satz 4 die Zeit, die die letzte Einzelimpfung höchstens zurückliegen darf, zu regeln. | *Zu Absatz 8*  *Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die Verpflichtungen nach Absatz 1 ganz oder teilweise auszusetzen (oder als Minusmaßnahme: abzuschwächen) und abweichend von Absatz und Absatz 2 Satz 4 die Zeit, die die letzte Einzelimpfung höchstens zurückliegen darf, zu regeln. Dies ermöglicht eine Anpassung, falls Erkenntnisse über die Dauer der Immunität nach einer Impfung (insbesondere mit angepassten Impfstoffen) vorliegen. Diese Ermächtigung ändert nichts an der grundsätzlichen Gültigkeitsdauer von 12 Monaten für das digitale Impfzertifikat. Diese Gültigkeitsdauer orientiert sich an der Dauer des Schutzes vor schwerer Erkrankung und trifft keine Aussage über den Übertragungsschutz.* |