

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 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 Drucksache 20/2573 vom 05.07.2022
- durch die Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) Drucksache 20/3312 vom 06.09.2022
 Die Begründungen zu den mit der Beschlussempfehlung geänderten §§ sind in einer eigenen Drucksache hinterlegt und zwar im Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) Drucksache 20/3328 vom 07.09.2022

Das Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 wurde entsprechend der Beschlussempfehlung Drucksache 20/3312 am 08.09.2022 im Bundestag und am 16.09.2022 im Bundesrat verabschiedet sowie am 16.09.2022 im Bundesgesetzblatt veröffentlicht.

Artikel 1 tritt am 17. September 2022 in Kraft
 Artikel 1a tritt am 24. September 2022 in Kraft.

§§ 20a, 22a, 23, 28b und 35 IfSG

Bisheriger Gesetzestext	Gesetzestext mit Änderungen durch Gesetzesentwurf und Änderungsanträge	Begründung Gesetzentwurf Bericht des 14. Ausschusses
<p>§ 20a Immunitätsnachweis gegen COVID-19</p> <p>(1) Folgende Personen müssen ab dem 15. März 2022 über einen Impf- oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder Absatz 2 verfügen:</p> <p>1. Personen, die in folgenden Einrichtungen oder Unternehmen tätig sind:</p> <p>a) Krankenhäuser, b) Einrichtungen für ambulantes Operieren, c) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, d) Dialyseeinrichtungen, e) Tageskliniken,</p>	<p>§ 20a Immunitätsnachweis gegen COVID-19</p> <p>(1) Folgende Personen müssen ab dem 15. März 2022 über einen Impf- oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder Absatz 2 verfügen:</p> <p>1. Personen, die in folgenden Einrichtungen oder Unternehmen tätig sind:</p> <p>a) Krankenhäuser, b) Einrichtungen für ambulantes Operieren, c) Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, d) Dialyseeinrichtungen, e) Tageskliniken,</p>	

<p>f) Entbindungseinrichtungen, g) Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Buchstaben a bis f genannten Einrichtungen vergleichbar sind, h) Arztpraxen, Zahnarztpraxen, i) Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, j) Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, k) Rettungsdienste, l) sozialpädiatrische Zentren nach § 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, m) medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, n) Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und Dienste der beruflichen Rehabilitation, o) Begutachtungs- und Prüfdienste, die auf Grund der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Elften Buches Sozialgesetzbuch tätig werden,</p> <p>2. Personen, die in voll- oder teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder in vergleichbaren Einrichtungen tätig sind,</p> <p>3. Personen, die in ambulanten Pflegediensten und weiteren Unternehmen, die den in Nummer 2 genannten Einrichtungen vergleichbare Dienstleistungen im ambulanten Bereich anbieten,</p>	<p>f) Entbindungseinrichtungen, g) Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Buchstaben a bis f genannten Einrichtungen vergleichbar sind, h) Arztpraxen, Zahnarztpraxen, i) Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, j) Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, k) Rettungsdienste, l) sozialpädiatrische Zentren nach § 119 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, m) medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, n) Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 51 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und Dienste der beruflichen Rehabilitation, o) Begutachtungs- und Prüfdienste, die auf Grund der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder des Elften Buches Sozialgesetzbuch tätig werden,</p> <p>2. Personen, die in voll- oder teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder in vergleichbaren Einrichtungen tätig sind,</p> <p>3. Personen, die in ambulanten Pflegediensten und weiteren Unternehmen, die den in Nummer 2 genannten Einrichtungen vergleichbare Dienstleistungen im ambulanten Bereich anbieten,</p>	
--	--	--

<p>tätig sind; zu diesen Unternehmen gehören insbesondere:</p> <p>a) ambulante Pflegeeinrichtungen gemäß § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie Einzelpersonen gemäß § 77 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,</p> <p>b) ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen,</p> <p>c) Unternehmen, die Assistenzleistungen nach § 78 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen,</p> <p>d) Unternehmen, die Leistungen der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung nach § 42 Absatz 2 Nummer 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und § 46 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung oder heilpädagogische Leistungen nach § 79 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen,</p> <p>e) Beförderungsdienste, die für Einrichtungen nach Nummer 2 dort behandelte, betreute, gepflegte oder untergebrachte Personen befördern oder die Leistungen nach § 83 Absatz 1 Nummer 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen, und</p> <p>f) Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen für die Erbringung entsprechender Dienstleistungen beschäftigen.</p> <p>Satz 1 gilt nicht für Personen, die auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können.</p>	<p>tätig sind; zu diesen Unternehmen gehören insbesondere:</p> <p>a) ambulante Pflegeeinrichtungen gemäß § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie Einzelpersonen gemäß § 77 des Elften Buches Sozialgesetzbuch,</p> <p>b) ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen,</p> <p>c) Unternehmen, die Assistenzleistungen nach § 78 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen,</p> <p>d) Unternehmen, die Leistungen der interdisziplinären Früherkennung und Frühförderung nach § 42 Absatz 2 Nummer 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch und § 46 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch in Verbindung mit der Frühförderungsverordnung oder heilpädagogische Leistungen nach § 79 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen,</p> <p>e) Beförderungsdienste, die für Einrichtungen nach Nummer 2 dort behandelte, betreute, gepflegte oder untergebrachte Personen befördern oder die Leistungen nach § 83 Absatz 1 Nummer 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen, und</p> <p>f) Leistungsberechtigte, die im Rahmen eines Persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch Personen für die Erbringung entsprechender Dienstleistungen beschäftigen.</p> <p>Satz 1 gilt nicht für Personen, die auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können</p>	
--	---	--

<p>(2) Personen, die in den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen tätig sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens bis zum Ablauf des 15. März 2022 folgenden Nachweis vorzulegen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. einen Impfnachweis nach § 22a Absatz 1, 2. einen Genesenennachweis nach § 22a Absatz 2, 3. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden, oder 4. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können. <p>Wenn der Nachweis nach Satz 1 nicht bis zum Ablauf des 15. März 2022 vorgelegt wird oder wenn Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises bestehen, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Daten zu übermitteln. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann bestimmen, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Nachweis nach Satz 1 nicht der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens, sondern dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle gegenüber zu erbringen ist, 	<p>und für Schwangere, die sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden.</p> <p>(2) Personen, die in den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen tätig sind, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens bis zum Ablauf des 15. März 2022 folgenden Nachweis vorzulegen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. einen Impfnachweis nach § 22a Absatz 1, 2. einen Genesenennachweis nach § 22a Absatz 2, 3. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden, oder 4. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können. <p>Wenn der Nachweis nach Satz 1 nicht bis zum Ablauf des 15. März 2022 vorgelegt wird oder wenn Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises bestehen, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle kann bestimmen, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Nachweis nach Satz 1 nicht der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens, sondern dem Gesundheitsamt oder einer anderen staatlichen Stelle gegenüber zu erbringen ist, 	<p>Artikel 1 Zu Nummer 13 (§ 20a IfSG) Zu Buchstabe a</p> <p><i>Es handelt sich um eine Klarstellung, dass Schwangere, die sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden, nicht der einrichtungsbezogenen Impfpflicht unterliegen, d.h. nicht über einen Impf- oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder Absatz 2 verfügen müssen. Die Klarstellung flankiert die bereits in Absatz 2 enthaltene Regelung, nach der Schwangere im ersten Schwangerschaftsdrittel, die in den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen tätig sind, der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen haben, dass sie sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden.</i></p> <p>Zu Buchstabe b</p> <p><i>In § 20a Absatz 2 Satz 2, Absatz 3 Satz 2 und Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „personenbezogene Daten“ durch die Wörter</i></p>
--	---	---

<p>2. die Benachrichtigung nach Satz 2 nicht durch die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens, sondern durch die nach Nummer 1 bestimmte Stelle zu erfolgen hat,</p> <p>3. die Benachrichtigung nach Satz 2 nicht gegenüber dem Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, sondern gegenüber einer anderen staatlichen Stelle zu erfolgen hat.</p> <p>(3) Personen, die in den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen ab dem 16. März 2022 tätig werden sollen, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens vor Beginn ihrer Tätigkeit einen Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 vorzulegen. Wenn Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises bestehen, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt <i>personenbezogene Daten</i> zu übermitteln. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Eine Person nach Satz 1, die keinen Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 vorlegt, darf nicht in den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen beschäftigt werden. Eine Person nach Satz 1, die über keinen Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 verfügt oder diesen nicht vorlegt, darf nicht in den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen tätig werden. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr</p>	<p>2. die Benachrichtigung nach Satz 2 nicht durch die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens, sondern durch die nach Nummer 1 bestimmte Stelle zu erfolgen hat,</p> <p>3. die Benachrichtigung nach Satz 2 nicht gegenüber dem Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, sondern gegenüber einer anderen staatlichen Stelle zu erfolgen hat.</p> <p>(3) Personen, die in den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen ab dem 16. März 2022 tätig werden sollen, haben der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens vor Beginn ihrer Tätigkeit einen Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 vorzulegen. Wenn Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises bestehen, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt <i>personenbezogene Angaben</i> zu übermitteln. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend. Eine Person nach Satz 1, die keinen Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 vorlegt, darf nicht in den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen beschäftigt werden. Eine Person nach Satz 1, die über keinen Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 verfügt oder diesen nicht vorlegt, darf nicht in den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen tätig werden. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr</p>	<p><i>„personenbezogene Angaben“ ersetzt, um einen eindeutigen Bezug zu § 2 Nummer 16 herzustellen.</i></p>
--	--	---

<p>bestimmte Stelle kann allgemeine Ausnahmen von den Sätzen 4 und 5 zulassen, wenn das Paul-Ehrlich-Institut auf seiner Internetseite einen Lieferengpass zu allen Impfstoffen mit einer Komponente gegen das Coronavirus SARS-CoV-2, die für das Inverkehrbringen in Deutschland zugelassen oder genehmigt sind, bekannt gemacht hat; parallel importierte und parallel vertriebene Impfstoffe mit einer Komponente gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bleiben unberücksichtigt.</p> <p>(4) Soweit ein Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 ab dem 16. März 2022 seine Gültigkeit auf Grund Zeitablaufs verliert, haben Personen, die in den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen tätig sind, der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens einen neuen Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 innerhalb eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit des bisherigen Nachweises vorzulegen. Wenn der neue Nachweis nach Satz 1 nicht innerhalb dieses Monats vorgelegt wird oder wenn Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises bestehen, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt <i>personenbezogene Daten</i> zu übermitteln. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.</p> <p>(5) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen haben dem Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich</p>	<p>bestimmte Stelle kann allgemeine Ausnahmen von den Sätzen 4 und 5 zulassen, wenn das Paul-Ehrlich-Institut auf seiner Internetseite einen Lieferengpass zu allen Impfstoffen mit einer Komponente gegen das Coronavirus SARS-CoV-2, die für das Inverkehrbringen in Deutschland zugelassen oder genehmigt sind, bekannt gemacht hat; parallel importierte und parallel vertriebene Impfstoffe mit einer Komponente gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bleiben unberücksichtigt.</p> <p>(4) Soweit ein Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 ab dem 16. März 2022 seine Gültigkeit auf Grund Zeitablaufs verliert, haben Personen, die in den in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtungen oder Unternehmen tätig sind, der Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens einen neuen Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 innerhalb eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit des bisherigen Nachweises vorzulegen. Wenn der neue Nachweis nach Satz 1 nicht innerhalb dieses Monats vorgelegt wird oder wenn Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises bestehen, hat die Leitung der jeweiligen Einrichtung oder des jeweiligen Unternehmens unverzüglich das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, darüber zu benachrichtigen und dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben zu übermitteln. Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.</p> <p>(5) Die in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen haben dem Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich</p>	
--	--	--

<p>die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, auf Anforderung einen Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 vorzulegen. Bestehen Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises, so kann das Gesundheitsamt eine ärztliche Untersuchung dazu anordnen, ob die betroffene Person auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden kann.</p> <p>Das Gesundheitsamt kann einer Person, die trotz der Anforderung nach Satz 1 keinen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt oder der Anordnung einer ärztlichen Untersuchung nach Satz 2 nicht Folge leistet, untersagen, dass sie die dem Betrieb einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtung oder eines in Absatz 1 Satz 1 genannten Unternehmens dienenden Räume betritt oder in einer solchen Einrichtung oder einem solchen Unternehmen tätig wird. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen eine vom Gesundheitsamt nach Satz 2 erlassene Anordnung oder ein von ihm nach Satz 3 erteiltes Verbot haben keine aufschiebende Wirkung.</p>	<p>die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, auf Anforderung einen Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 vorzulegen. Bestehen Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises, so kann das Gesundheitsamt eine ärztliche Untersuchung dazu anordnen, ob die betroffene Person auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden kann. Personen, die über die Echtheit oder inhaltliche Richtigkeit des vorgelegten Nachweises Auskunft geben können, sind verpflichtet, auf Verlangen des Gesundheitsamtes die erforderlichen Auskünfte insbesondere über die dem Nachweis zugrundeliegenden Tatsachen zu erteilen, Unterlagen vorzulegen und Einsicht zu gewähren; § 15a Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.</p> <p>Das Gesundheitsamt kann einer Person, die trotz der Anforderung nach Satz 1 keinen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt oder der Anordnung einer ärztlichen Untersuchung nach Satz 2 nicht Folge leistet, untersagen, dass sie die dem Betrieb einer in Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtung oder eines in Absatz 1 Satz 1 genannten Unternehmens dienenden Räume betritt oder in einer solchen Einrichtung oder einem solchen Unternehmen tätig wird. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen eine vom Gesundheitsamt nach Satz 1 oder Satz 2 erlassene Anordnung oder ein von ihm nach Satz 3 erteiltes Verbot haben keine aufschiebende Wirkung. Sobald ein Nachweis nach Absatz 2 Satz 1 vorgelegt wird, ist die Maßnahme nach Satz 3 aufzuheben und das</p>	<p>Zu Buchstabe c</p> <p>Zu Doppelbuchstabe aa</p> <p><i>Satz 2 sieht im neu eingefügten Halbsatz 2 vor, dass im Fall von Zweifeln an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit des vorgelegten Nachweises Personen, die über die Echtheit oder inhaltliche Richtigkeit des vorgelegten Nachweises Auskunft geben können, auf Verlangen des Gesundheitsamtes die erforderlichen Auskünfte insbesondere über die dem Nachweis zugrundeliegenden Tatsachen erteilen, Unterlagen vorlegen und Einsicht gewähren müssen. Diese Befugnis soll dazu dienen, den Gesundheitsämtern weitere Ermittlungsmöglichkeiten hinsichtlich vorgelegter Nachweise an die Hand zu geben. Durch die Anordnung der entsprechenden Geltung des § 15a Absatz 2 Satz 2 wird festgelegt, dass der</i></p>
--	---	---

<p>(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten nicht für die in den Einrichtungen oder von den Unternehmen behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen.</p> <p><i>(7) Die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 genannten voll- und teilstationären Einrichtungen, die zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind, sind verpflichtet, dem Robert Koch-Institut monatlich Angaben zum Anteil der Personen, die gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft sind, jeweils bezogen auf die Personen, die in der Einrichtung beschäftigt sind oder behandelt, betreut oder gepflegt werden oder untergebracht sind, in anonymisierter Form zu übermitteln. Soweit es zur Erfüllung der Pflichten aus Satz 1 erforderlich ist, darf die Leitung der in Satz 1 genannten Einrichtungen zu diesem Zweck personenbezogene Daten einschließlich Daten zum Impfstatus in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) verarbeiten. Die Daten nach Satz 2 dürfen auch zur Beurteilung der Gefährdungslage in der Einrichtung im Hinblick auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) verarbeitet werden, solange und soweit dies erforderlich ist. § 22 Absatz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes gilt entsprechend. Bestehen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Regelung bereits landesrechtliche Meldeverfahren, die auf bisherigem Bundesrecht beruhen und die zu den durch das Robert Koch-Institut nach Satz 1 zu erhebenden</i></p>	<p>Verwaltungszwangsverfahren mit sofortiger Wirkung einzustellen.</p> <p>(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten nicht für die in den Einrichtungen oder von den Unternehmen behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen.</p> <p>(7) wegefallen</p>	<p><i>Verpflichtete die Auskunft auf solche Fragen verweigern kann, deren Beantwortung ihn selbst oder einen der in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden; Entsprechendes gilt für die Vorlage von Unterlagen.</i></p> <p>Zu Doppelbuchstabe bb</p> <p><i>Durch die Änderung in Satz 4 soll künftig auch die Nachweisanforderung des Gesundheitsamtes sofort vollziehbar sein.</i></p> <p>Zu Doppelbuchstabe cc</p> <p><i>Die Neuregelung in Satz 5 stellt klar, dass bei nachträglicher Vorlage von Nachweisen nach Absatz 2 Satz 1 Maßnahmen nach Satz 3 aufzuheben sind und das Verwaltungszwangsverfahren mit sofortiger Wirkung einzustellen ist. Bußgeldverfahren können nach § 47 Absatz 1 Satz 2 OWiG eingestellt werden. Zu Buchstabe d Es handelt sich um eine Folgeänderung zur Verschiebung des Absatz 7 in § 35.</i></p>
---	--	--

<p><i>Daten anschlussfähig sind, bleiben die landesrechtlichen Meldeverfahren von der Änderung unberührt, wenn die Länder nach Kreisen und kreisfreien Städten aufgeschlüsselte Daten direkt an das Robert Koch-Institut übermitteln; insoweit entfällt die Meldepflicht nach Satz 1. Das Robert Koch-Institut führt die ihm übermittelten Daten zusammen und übermittelt sie monatlich in anonymisierter Form dem Bundesministerium für Gesundheit sowie den Ländern bezogen auf Länder- und Kreisebene. Die nach den Sätzen 2 und 3 erhobenen Daten sind spätestens am Ende des sechsten Monats nach ihrer Erhebung zu löschen; die Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts bleiben unberührt.</i></p> <p>(8) Durch die Absätze 1 bis 5 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.</p>	<p>(8) Durch die Absätze 1 bis 5 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.</p>	
<p>§ 22a Impf-, Genesenen- und Testnachweis bei COVID-19; COVID-19-Zertifikate; Verordnungsermächtigung</p> <p>(1) Ein Impfnachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines vollständigen Impfschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form. Ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 liegt vor, wenn 1. die zugrundeliegenden Einzelimpfungen mit einem oder verschiedenen Impfstoffen erfolgt sind, die</p>	<p>§ 22a Impf-, Genesenen- und Testnachweis bei COVID-19; COVID-19-Zertifikate; Verordnungsermächtigung</p> <p>(1) Ein Impfnachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines vollständigen Impfschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form. Ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 liegt vor, wenn 1. die zugrundeliegenden Einzelimpfungen mit einem oder verschiedenen Impfstoffen erfolgt sind, die</p>	<p><i>Artikel 1</i></p>

<p>a) von der Europäischen Union zugelassen sind oder b) im Ausland zugelassen sind und die von ihrer Formulierung her identisch mit einem in der Europäischen Union zugelassenen Impfstoff sind,</p> <p>2. insgesamt drei Einzelimpfungen erfolgt sind und 3. die letzte Einzelimpfung mindestens drei Monate nach der zweiten Einzelimpfung erfolgt ist. Abweichend von Satz 2 Nummer 2 liegt ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei zwei Einzelimpfungen vor und ab dem 1. Oktober 2022 bei zwei Einzelimpfungen nur vor, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die betroffene Person einen bei ihr durchgeführten spezifischen positiven Antikörpertest in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form nachweisen kann und dieser Antikörpertest zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch keine Einzelimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erhalten hatte, 2. die betroffene Person mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert gewesen ist, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten Erregernachweis nachweisen kann und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung 	<p>a) von der Europäischen Union zugelassen sind oder b) im Ausland zugelassen sind und die von ihrer Formulierung her identisch mit einem in der Europäischen Union zugelassenen Impfstoff sind oder c) von der Weltgesundheitsorganisation im Rahmen des Emergency Use Listing anerkannt wurden und mindestens eine Einzelimpfung mit einem mRNA-Impfstoff erfolgt ist, der die Voraussetzungen nach Buchstabe a oder Buchstabe b erfüllt,</p> <p>2. insgesamt drei Einzelimpfungen erfolgt sind und 3. die letzte Einzelimpfung mindestens drei Monate nach der zweiten Einzelimpfung erfolgt ist. Abweichend von Satz 2 Nummer 2 liegt ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei zwei Einzelimpfungen vor und ab dem 1. Oktober 2022 bei zwei Einzelimpfungen nur vor, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die betroffene Person einen bei ihr durchgeführten spezifischen positiven Antikörpertest in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form nachweisen kann und dieser Antikörpertest zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch keine Einzelimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erhalten hatte, 2. die betroffene Person mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert gewesen ist, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten Erregernachweis nachweisen kann und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung 	<p><i>Zu Nummer 14 (§ 22a IfSG) Zu Buchstabe a</i></p> <p><i>Bisher kann ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus nur dann erreicht werden, wenn die zugrundeliegenden Einzelimpfungen mit Impfstoffen erfolgt sind, die von der EU oder im Ausland zugelassen sind und von ihrer Formulierung her identisch mit einem in der EU zugelassenen Impfstoff sind (vgl. § 22a Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 IfSG).</i> <i>Mit der Änderung wird geregelt, dass künftig auch dann ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegt, wenn teilweise eine Impfung mit den von der WHO-gelisteten Impfstoffen, namentlich COVAXIN, Covilo, Convidecia und CoronaVac, stattgefunden hat. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Bewertungen (STIKO und PEI) neuer wissenschaftlicher Evidenz ergeben haben, dass die Verabreichung einer weiteren (Booster-)Dosis mit einem mRNA-Impfstoff nach Erhalt von Impfdosen mit einem WHO-gelisteten Impfstoff zu einem Impfschutz führt, der vergleichbar ist mit einer dreifachen Impfung (Grundimmunisierung plus Auffrischimpfung) mit EMA-zugelassenen oder im Ausland zugelassenen, aber von der Formulierung her identischen mRNA-Impfstoffen.</i></p>
---	--	---

<p>a) auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht sowie b) zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch nicht die zweite Impfdosis gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erhalten hat, oder 3. die betroffene Person sich nach Erhalt der zweiten Impfdosis mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert hat, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten Erregernachweis nachweisen kann und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung a) auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht sowie b) seit dem Tag der Durchführung der dem Testnachweis zugrundeliegenden Testung 28 Tage vergangen sind. Abweichend von Satz 3 liegt in den in Satz 3 Nummer 1 bis 3 genannten Fällen ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei einer Einzelimpfung vor; an die Stelle der zweiten Einzelimpfung tritt die erste Einzelimpfung.</p> <p>(2) Ein Genesenennachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines durch vorherige Infektion erworbenen Immunschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn 1. die vorherige Infektion durch einen Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-NAAT oder</p>	<p>a) auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht sowie b) zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch nicht die zweite Impfdosis gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erhalten hat, oder 3. die betroffene Person sich nach Erhalt der zweiten Impfdosis mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert hat, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten Erregernachweis nachweisen kann und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung a) auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht sowie b) seit dem Tag der Durchführung der dem Testnachweis zugrundeliegenden Testung 28 Tage vergangen sind. Abweichend von Satz 3 liegt in den in Satz 3 Nummer 1 bis 3 genannten Fällen ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei einer Einzelimpfung vor; an die Stelle der zweiten Einzelimpfung tritt die erste Einzelimpfung.</p> <p>(2) Ein Genesenennachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines durch vorherige Infektion erworbenen Immunschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn 1. die vorherige Infektion durch einen Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-NAAT oder</p>	
---	---	--

<p>weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) nachgewiesen wurde und 2. die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion mindestens 28 Tage und höchstens 90 Tage zurückliegt.</p> <p>(3) Ein Testnachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Nichtvorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn die zugrundeliegende Testung durch In-vitro-Diagnostika erfolgt ist, die für den direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bestimmt sind oder auf Grund ihrer CE-Kennzeichnung oder auf Grund einer gemäß § 11 Absatz 1 des Medizinproduktegesetzes erteilten Sonderzulassung verkehrsfähig sind, und die zugrundeliegende Testung maximal 24 Stunden zurückliegt und</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vor Ort unter Aufsicht desjenigen stattgefunden hat, der der jeweiligen Schutzmaßnahme unterworfen ist, 2. im Rahmen einer betrieblichen Testung im Sinne des Arbeitsschutzes durch Personal erfolgt ist, das die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzt, oder 3. von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommen oder vor Ort überwacht worden ist. <p>(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und</p>	<p>weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) nachgewiesen wurde und 2. die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion mindestens 28 Tage und höchstens 90 Tage zurückliegt.</p> <p>(3) Ein Testnachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Nichtvorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn die zugrundeliegende Testung durch In-vitro-Diagnostika erfolgt ist, die für den direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bestimmt sind oder auf Grund ihrer CE-Kennzeichnung oder auf Grund einer gemäß § 11 Absatz 1 des Medizinproduktegesetzes erteilten Sonderzulassung verkehrsfähig sind, und die zugrundeliegende Testung maximal 24 Stunden zurückliegt und</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vor Ort unter Aufsicht desjenigen stattgefunden hat, der der jeweiligen Schutzmaßnahme unterworfen ist, 2. im Rahmen einer betrieblichen Testung im Sinne des Arbeitsschutzes durch Personal erfolgt ist, das die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzt, oder 3. von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommen oder vor Ort überwacht worden ist. <p>(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und</p>	
---	---	--

<p>Forschung von den Absätzen 1 bis 3 abweichende Anforderungen an einen Impf-, einen Genesenen- und einen Testnachweis zu regeln. In der Rechtsverordnung darf die Bundesregierung</p> <p>1.hinsichtlich des Impfnachweises abweichend von Absatz 1 regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die Intervallzeiten, aa) die nach jeder Einzelimpfung für einen vollständigen Impfschutz abgewartet werden müssen und bb) die höchstens zwischen den Einzelimpfungen liegen dürfen, b) die Zahl und mögliche Kombination der Einzelimpfungen für einen vollständigen Impfschutz und c) Impfstoffe, deren Verwendung für einen Impfnachweis im Sinne des Absatzes 1 anerkannt wird, <p>2. hinsichtlich des Genesenennachweises abweichend von Absatz 2 regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nachweismöglichkeiten, mit denen die vorherige Infektion nachgewiesen werden kann, b) die Zeit, die nach der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion vergangen sein muss, c) die Zeit, die die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion höchstens zurückliegen darf, <p>3. hinsichtlich des Testnachweises abweichend von Absatz 3 Nachweismöglichkeiten regeln, mit denen die mögliche Infektion nachgewiesen werden kann.</p> <p>In der Rechtsverordnung sind angemessene Übergangsfristen für die Anwendung der von den Absätzen 1 bis 3 abweichenden Anforderungen an einen Impf-, einen Genesenen- oder einen Testnachweis vorzusehen.</p>	<p>Forschung von den Absätzen 1 bis 3 abweichende Anforderungen an einen Impf-, einen Genesenen- und einen Testnachweis zu regeln. In der Rechtsverordnung darf die Bundesregierung</p> <p>1. hinsichtlich des Impfnachweises abweichend von Absatz 1 regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die Intervallzeiten, aa) die nach jeder Einzelimpfung für einen vollständigen Impfschutz abgewartet werden müssen und bb) die höchstens zwischen den Einzelimpfungen liegen dürfen, b) die Zahl und mögliche Kombination der Einzelimpfungen für einen vollständigen Impfschutz und c) Impfstoffe, deren Verwendung für einen Impfnachweis im Sinne des Absatzes 1 anerkannt wird, <p>2. hinsichtlich des Genesenennachweises abweichend von Absatz 2 regeln:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Nachweismöglichkeiten, mit denen die vorherige Infektion nachgewiesen werden kann, b) die Zeit, die nach der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion vergangen sein muss, c) die Zeit, die die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion höchstens zurückliegen darf, <p>3. hinsichtlich des Testnachweises abweichend von Absatz 3 Nachweismöglichkeiten regeln, mit denen die mögliche Infektion nachgewiesen werden kann.</p> <p>In der Rechtsverordnung sind angemessene Übergangsfristen für die Anwendung der von den Absätzen 1 bis 3 abweichenden Anforderungen an einen Impf-, einen Genesenen- oder einen Testnachweis vorzusehen.</p>	
---	--	--

<p>(5) Zusätzlich zu der Impfdokumentation ist auf Wunsch der geimpften Person die Durchführung einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Impfzertifikat) durch folgende Personen zu bescheinigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die zur Durchführung der Schutzimpfung berechnigte Person oder 2. nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker. <p>Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Impfdokumentation über eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Impfzertifikats, insbesondere, um die Identität der geimpften Person und die Authentizität der Impfdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat. Zur Erstellung des COVID-19-Impfzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARSCoV-2 verpflichtete Person die in § 22 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 4 genannten personenbezogenen Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Impfzertifikat technisch generiert. Das Robert Koch-Institut ist befugt, die zur Erstellung und Bescheinigung des COVID-19-Impfzertifikats erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.</p> <p>(6) Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist</p>	<p>(5) Zusätzlich zu der Impfdokumentation ist auf Wunsch der geimpften Person die Durchführung einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Impfzertifikat) durch folgende Personen zu bescheinigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die zur Durchführung der Schutzimpfung berechnigte Person oder 2. nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker. <p>Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Impfdokumentation über eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Impfzertifikats, insbesondere, um die Identität der geimpften Person und die Authentizität der Impfdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat. Zur Erstellung des COVID-19-Impfzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARSCoV-2 verpflichtete Person die in § 22 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 4 genannten personenbezogenen Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Impfzertifikat technisch generiert. Das Robert Koch-Institut ist befugt, die zur Erstellung und Bescheinigung des COVID-19-Impfzertifikats erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.</p> <p>(6) Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist</p>	
---	---	--

<p>auf Wunsch der betroffenen Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Genesenzertifikat) zu bescheinigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. durch die zur Durchführung oder Überwachung der Testung berechnigte Person oder 2. nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker. <p>Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Testdokumentation in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Genesenzertifikats, insbesondere, um die Identität der getesteten Person und die Authentizität der Testdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat. Zur Erstellung des COVID-19-Genesenzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung der Testung in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 verpflichtete Person folgende Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Genesenzertifikat technisch generiert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. den Namen der getesteten Person, ihr Geburtsdatum, 2. das Datum der Testung und 3. Angaben zur Testung, einschließlich der Art der Testung, und zum Aussteller. <p>Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend.</p> <p>(7) Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen negativen Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist auf Wunsch der getesteten Person durch die zur</p>	<p>auf Wunsch der betroffenen Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Genesenzertifikat) zu bescheinigen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. durch die zur Durchführung oder Überwachung der Testung berechnigte Person oder 2. nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker. <p>Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Testdokumentation in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Genesenzertifikats, insbesondere, um die Identität der getesteten Person und die Authentizität der Testdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat. Zur Erstellung des COVID-19-Genesenzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung der Testung in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 verpflichtete Person folgende Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Genesenzertifikat technisch generiert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. den Namen der getesteten Person, ihr Geburtsdatum, 2. das Datum der Testung und 3. Angaben zur Testung, einschließlich der Art der Testung, und zum Aussteller. <p>Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend.</p> <p>(7) Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen negativen Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist auf Wunsch der getesteten Person durch die zur</p>	
--	--	--

<p>Durchführung oder Überwachung der Testung berechnigte Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Testzertifikat) zu bescheinigen. Zur Erstellung des COVID-19-Testzertifikats übermittle die zur Bescheinigung verpflichtete Person folgende Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Testzertifikat technisch generiert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. den Namen der getesteten Person, ihr Geburtsdatum, 2. das Datum der Testung und 3. Angaben zur Testung, einschließlich der Art der Testung, und zum Aussteller. <p>Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend.</p> <p>(8) Zur Sperrung von entgegen Absatz 5 Satz 1, Absatz 6 Satz 1 oder Absatz 7 Satz 1 nicht richtig bescheinigten COVID-19-Impfzertifikaten, COVID-19-Genesenenenzertifikaten oder COVID-19-Testzertifikaten übermittle die Bundespolizei und die zur Gefahrenabwehr zuständigen Behörden der Länder dem Robert Koch-Institut auf das Zertifikat bezogene Daten sowie unmittelbar im Zertifikat enthaltene Daten. Angaben zu Namen, Geburtsdaten oder der eindeutigen Zertifikatkennung gemäß Nummer 1 Buchstabe a, b und k, Nummer 2 Buchstabe a, b und l und Nummer 3 Buchstabe a, b und i des Anhangs zur Verordnung (EU) 2021/953 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. Juni 2021 über einen Rahmen für die Ausstellung, Überprüfung und Anerkennung interoperabler Zertifikate zur Bescheinigung von COVID-19-Impfungen und -Tests sowie der Genesung von einer COVID-19-Infektion (digitales COVID-Zertifikat der EU) mit der Zielsetzung der</p>	<p>Durchführung oder Überwachung der Testung berechnigte Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Testzertifikat) zu bescheinigen. Zur Erstellung des COVID-19-Testzertifikats übermittle die zur Bescheinigung verpflichtete Person folgende Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Testzertifikat technisch generiert:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. den Namen der getesteten Person, ihr Geburtsdatum, 2. das Datum der Testung und 3. Angaben zur Testung, einschließlich der Art der Testung, und zum Aussteller. <p>Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend.</p> <p>(8) Zur Sperrung von entgegen Absatz 5 Satz 1, Absatz 6 Satz 1 oder Absatz 7 Satz 1 nicht richtig bescheinigten COVID-19-Impfzertifikaten, COVID-19-Genesenenenzertifikaten oder COVID-19-Testzertifikaten übermittle die Bundespolizei und die zur Gefahrenabwehr zuständigen Behörden der Länder dem Robert Koch-Institut auf das Zertifikat bezogene Daten sowie unmittelbar im Zertifikat enthaltene Daten. Angaben zu Namen, Geburtsdaten oder der eindeutigen Zertifikatkennung gemäß Nummer 1 Buchstabe a, b und k, Nummer 2 Buchstabe a, b und l und Nummer 3 Buchstabe a, b und i des Anhangs zur Verordnung (EU) 2021/953 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14. Juni 2021 über einen Rahmen für die Ausstellung, Überprüfung und Anerkennung interoperabler Zertifikate zur Bescheinigung von COVID-19-Impfungen und -Tests sowie der Genesung von einer COVID-19-Infektion (digitales COVID-Zertifikat der EU) mit der Zielsetzung der</p>	
---	---	--

<p>Erleichterung der Freizügigkeit während der COVID-19-Pandemie (ABl. L 211 vom 15.6.2021, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2022/256 (ABl. L 42 vom 23.2.2022, S. 4) geändert worden ist, werden nicht übermittelt. Das Robert Koch-Institut führt die Sperrung durch Aufnahme des jeweiligen Zertifikats in eine Zertifikatssperlliste aus. Das Robert Koch-Institut ist befugt, die für die Durchführung der Sperrung eines Zertifikats erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.</p>	<p>Erleichterung der Freizügigkeit während der COVID-19-Pandemie (ABl. L 211 vom 15.6.2021, S. 1), die zuletzt durch die Verordnung (EU) 2022/256 (ABl. L 42 vom 23.2.2022, S. 4) geändert worden ist, werden nicht übermittelt. Das Robert Koch-Institut führt die Sperrung durch Aufnahme des jeweiligen Zertifikats in eine Zertifikatssperlliste aus. Das Robert Koch-Institut ist befugt, die für die Durchführung der Sperrung eines Zertifikats erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.</p> <p>(9) Vorbehaltlicher nationaler oder europäischer Regelungen besteht kein individueller Anspruch auf Ausstellung eines COVID-19-Zertifikats nach den Absätzen 5 bis 7 oder auf Anschluss eines Leistungserbringers zur Generierung eines COVID-19-Zertifikats nach den Absätzen 5 bis 7.</p>	<p><i>Zu Buchstabe b</i> <i>In Absatz 9 wird geregelt, dass vorbehaltlich nationaler oder europäischer Regelungen kein individueller Anspruch auf Anschluss eines Leistungserbringers zur Generierung eines COVID-19-Zertifikats nach den Absätzen 5 bis 7 besteht.</i></p>
<p>§ 23 Nosokomiale Infektionen; Resistenzen; Rechtsverordnungen durch die Länder</p> <p><i>(1) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Sie erstellt</i></p>	<p>§ 23 Nosokomiale Infektionen; Resistenzen; Rechtsverordnungen durch die Länder</p> <p>(1) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer und weiterer Infektionen sowie zu betrieblich-</p>	<p>Zu Nummer 15 Zu Buchstabe a <i>Die nach § 23 IfSG eingesetzte Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI (KRINKO) ist bisher nicht ausdrücklich für die Erstellung von Empfehlungen für Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe zuständig. Bewohnerinnen und Bewohner sowie Betreute dieser Einrichtungen und Unternehmen gehören jedoch zum Personenkreis mit erhöhtem Risiko für einen schweren Covid-19-Krankheitsverlauf. Zudem ist in der SARS-CoV2-Pandemie eine große Zahl an Ausbrüchen</i></p>

<p><i>zudem Empfehlungen zu Kriterien und Verfahren zur Einstufung von Einrichtungen als Einrichtungen für ambulantes Operieren. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden und des Robert Koch-Institutes nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.</i></p> <p>(2) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut</p>	<p>organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern, anderen medizinischen Einrichtungen und Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe. Sie erstellt zudem Empfehlungen zu Kriterien und Verfahren zur Einstufung von Einrichtungen als Einrichtungen für ambulantes Operieren. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden unter Berücksichtigung des gesamten Aufgabenspektrums berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden und des Robert Koch-Institutes nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.</p> <p>(2) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern. Die Empfehlungen der Kommission werden unter Berücksichtigung aktueller infektionsepidemiologischer Auswertungen stetig weiterentwickelt und vom Robert Koch-Institut</p>	<p><i>insbesondere in Pflegeeinrichtungen aufgetreten. Es ist daher notwendig und zielführend, auf Hygiene und Infektionsprävention in diesem Versorgungsbereich dauerhaft mehr Aufmerksamkeit zu richten. Dabei ist insbesondere mit Blick auf Menschen mit Behinderungen auch auf ein angemessenes Verhältnis von Gesundheitsschutz und der Möglichkeit zur Teilhabe an der Gesellschaft zu achten. Um dem gerecht zu werden, wird in dem neuen Absatz 1 das Aufgabenspektrum der bisherigen KRINKO erweitert und die Bezeichnung der Kommission wird dementsprechend angepasst, indem „Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und der Eingliederungshilfe“ nunmehr explizit genannt werden. Bei der Benennung der Mitglieder der KRINKO – wie bisher durch das BMG im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden – ist das Aufgabenspektrum zu berücksichtigen, das heißt es sind auch Mitglieder mit einer professionellen Kenntnis der Verhältnisse und Aufgaben in den Bereichen der Pflege- und der Eingliederungshilfe einzubeziehen. Insoweit besondere Empfehlungen für Unternehmen und Einrichtungen der Pflege und Eingliederungshilfe erarbeitet werden, soll die KRINKO hierfür in der Geschäftsordnung die Einrichtung einer ständigen Arbeitsgruppe vorsehen.</i></p>
---	---	--

<p>veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden, des Robert Koch-Institutes und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.</p> <p>(3) Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krankenhäuser, 2. Einrichtungen für ambulantes Operieren, 3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, 4. Dialyseeinrichtungen, 5. Tageskliniken, 6. Entbindungseinrichtungen, 7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind, 8. Arztpraxen, Zahnarztpraxen, 9. Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, 10. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden, 	<p>veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden, des Robert Koch-Institutes und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.</p> <p>(3) Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krankenhäuser, 2. Einrichtungen für ambulantes Operieren, 3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, 4. Dialyseeinrichtungen, 5. Tageskliniken, 6. Entbindungseinrichtungen, 7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind, 8. Arztpraxen, Zahnarztpraxen, psychotherapeutische Praxen, 9. Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, 10. Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in denen medizinische 	<p>Zu Nummer 15 (§ 23 IfSG)</p> <p><i>In Absatz 3 Satz 1 Nummer 8 werden die psychotherapeutischen Praxen hinzugefügt. In Absatz 3 Satz 1 Nummer 12 und in Absatz 5 Satz 1 Nummer 9 werden klarstellend neben Rettungsdiensten Einrichtungen des Zivil- und Katastrophenschutzes aufgezählt.</i></p> <p><i>Zu Buchstabe b</i></p>
---	---	--

<p><i>11. ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, und</i> <i>12. Rettungsdienste.</i></p> <p>Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.</p> <p>(4) Die Leiter von Einrichtungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 haben sicherzustellen, dass die nach Absatz 4a festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Darüber hinaus haben die Leiter sicherzustellen, dass die nach Absatz 4a festgelegten Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs fortlaufend in zusammengefasster Form aufgezeichnet, unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika gezogen werden und dass die erforderlichen Anpassungen</p>	<p>Untersuchungen, Präventionsmaßnahmen oder ambulante Behandlungen durchgeführt werden,</p> <p>11. Rettungsdienste und Einrichtungen des Zivil- und Katastrophenschutzes</p> <p>Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.</p> <p>(4) Die Leiter von Einrichtungen nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 bis 3 haben sicherzustellen, dass die nach Absatz 4a festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden und dass die erforderlichen Präventionsmaßnahmen dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Darüber hinaus haben die Leiter sicherzustellen, dass die nach Absatz 4a festgelegten Daten zu Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs fortlaufend in zusammengefasster Form aufgezeichnet, unter Berücksichtigung der lokalen Resistenzsituation bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika gezogen werden und dass die erforderlichen Anpassungen</p>	<p><i>Ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, werden künftig von § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 erfasst.</i></p>
---	--	---

<p>des Antibiotikaeinsatzes dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Die Aufzeichnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind zehn Jahre nach deren Anfertigung aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren.</p> <p>(4a) Das Robert Koch-Institut hat entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erkenntnissen die nach Absatz 4 zu erfassenden nosokomialen Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen sowie Daten zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs festzulegen. Die Festlegungen hat es in einer Liste im Bundesgesundheitsblatt zu veröffentlichen. Die Liste ist an den aktuellen Stand anzupassen.</p> <p>(5) Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krankenhäuser, 2. Einrichtungen für ambulantes Operieren, 3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, 4. Dialyseeinrichtungen, 5. Tageskliniken, 6. Entbindungseinrichtungen, 7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind, 8. ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen 	<p>des Antibiotikaeinsatzes dem Personal mitgeteilt und umgesetzt werden. Die Aufzeichnungen nach den Sätzen 1 und 2 sind zehn Jahre nach deren Anfertigung aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren.</p> <p>(4a) Das Robert Koch-Institut hat entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erkenntnissen die nach Absatz 4 zu erfassenden nosokomialen Infektionen und Krankheitserreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen sowie Daten zu Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs festzulegen. Die Festlegungen hat es in einer Liste im Bundesgesundheitsblatt zu veröffentlichen. Die Liste ist an den aktuellen Stand anzupassen.</p> <p>(5) Die Leiter folgender Einrichtungen haben sicherzustellen, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krankenhäuser, 2. Einrichtungen für ambulantes Operieren, 3. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, 4. Dialyseeinrichtungen, 5. Tageskliniken, 6. Entbindungseinrichtungen, 7. Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, die mit einer der in den Nummern 1 bis 6 genannten Einrichtungen vergleichbar sind, 8. Rettungsdienste und Einrichtungen des Zivil- und Katastrophenschutzes 	<p><i>Zu Buchstabe c</i> <i>Ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen</i></p>
--	--	--

<p><i>oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, und</i> 9. Rettungsdienste.</p> <p>Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung vorsehen, dass Leiter von Zahnarztpraxen sowie Leiter von Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, sicherzustellen haben, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.</p> <p>(6) Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 1 unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 2 können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.</p> <p><i>(6a) Die infektionshygienische Überwachung von ambulanten Pflegediensten, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen, erstreckt sich auch auf Orte, an denen die Intensivpflege erbracht wird. Die ambulanten Pflegedienste haben dem Gesundheitsamt auf dessen Anforderung die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen und der vertretungsberechtigten Personen mitzuteilen.</i></p> <p>(7) (weggefallen)</p>	<p>Die Landesregierungen können durch Rechtsverordnung vorsehen, dass Leiter von Zahnarztpraxen sowie Leiter von Arztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, sicherzustellen haben, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.</p> <p>(6) Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 1 unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Einrichtungen nach Absatz 5 Satz 2 können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.</p> <p>(6a) aufgehoben</p> <p>(7) (weggefallen)</p>	<p>erbringen, werden künftig von § 35 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 erfasst.</p> <p>Zu Buchstabe d Die Regelung wird in § 35 verschoben.</p>
--	--	--

<p>(8) Die Landesregierungen haben durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen, 2. Bestellung, Aufgaben und Zusammensetzung einer Hygienekommission, 3. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten einschließlich bis längstens zum 31. Dezember 2019 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals, 4. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragten Ärzte, 5. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention, 6. Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht, 7. die zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben erforderliche Einsichtnahme der in Nummer 4 	<p>(8) Die Landesregierungen haben durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen, 2. Bestellung, Aufgaben und Zusammensetzung einer Hygienekommission, 3. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten einschließlich bis längstens zum 31. Dezember 2019 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals, 4. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragten Ärzte, 5. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention, 6. Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht, 7. die zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben erforderliche Einsichtnahme der in Nummer 4 	
--	--	--

<p>genannten Personen in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten, 8. die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind, 9. die klinisch-mikrobiologisch und klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals, 10. die Information von aufnehmenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind. Für Rettungsdienste können die Landesregierungen erforderliche Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 regeln. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.</p>	<p>genannten Personen in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten, 8. die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind, 9. die klinisch-mikrobiologisch und klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals, 10. die Information von aufnehmenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind. Für Rettungsdienste können die Landesregierungen erforderliche Maßnahmen nach den Sätzen 1 und 2 regeln. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.</p>	
<p>§ 28b Bundesweit einheitliche Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), Verordnungsermächtigung</p>	<p>§ 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</p>	<p>Artikel 1a <i>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</i></p>

		<p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	--

		<p><i>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.</i></p> <p><i>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 mildereren Krankheitsverlauf assoziiert ist, zu einem Anstieg der Hospitalisierungszahlen und einer Belastung der kritischen Infrastrukturen durch Krankheitsausfälle führen.</i></p>
--	--	---

		<p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	--

		<p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p>
--	--	---

<p><i>(1) Die Verkehrsmittel des Luftverkehrs und des öffentlichen Personenfernverkehrs dürfen von Fahr- oder Fluggästen sowie dem Kontroll- und Servicepersonal und Fahr- und Steuerpersonal, soweit tätigkeitsbedingt physische Kontakte zu anderen Personen bestehen, nur benutzt werden, wenn diese Personen während der Beförderung eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder eine medizinische Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) tragen. Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates eine Aussetzung der Verpflichtungen nach Satz 1 zu beschließen. Solange ein Land von der Ermächtigung in § 28a Absatz 7 Satz 1 Nummer 1 Buchstabe b keinen Gebrauch gemacht hat, gelten die Verpflichtungen nach Satz 1 auch in diesem Land für Verkehrsmittel des öffentlichen Personennahverkehrs, längstens bis zum Ablauf des 2. April 2022. Eine</i></p>	<p>(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:</p> <p>1. Fahrgäste in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personenfernverkehrs, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, sind verpflichtet, eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) zu tragen,</p> <p>2. das Kontroll- und Servicepersonal und das Fahr- und Steuerpersonal in Verkehrsmitteln</p>	<p><i>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.</i></p> <p><i>Insbesondere in Risikoseettings, 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).</i></p> <p><i>Zu Absatz 1</i> <i>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.).</i></p> <p><i>Nach Satz 1 Nummer 2 gilt auch für das Kontroll- und Servicepersonal sowie das Fahr- und</i></p>
--	---	--

<p><i>Atemschutzmaske oder eine medizinische Gesichtsmaske muss nicht getragen werden von</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Kindern, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben,</i> <i>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</i> <i>3. gehörlosen und schwerhörigen Menschen und Personen, die mit ihnen kommunizieren, sowie ihren Begleitpersonen.</i> <p><i>Beförderer sind verpflichtet, die Einhaltung der Verpflichtungen nach Satz 1 durch stichprobenhafte Kontrollen zu überwachen.</i></p> <p><i>(2) Diese Vorschrift gilt bis zum Ablauf des 23. September 2022.</i></p>	<p>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,</p> <p>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,</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p><i>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.</i></p> <p><i>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,</i></p>
--	---	---

	<p>abweichend von § 22a Absatz 3 mindestens dreimal pro Kalenderwoche vorlegen,</p> <p>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:</p> <p>a) ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen oder in der eigenen Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person erbringen sowie</p> <p>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</p>	<p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p>
--	--	--

	<p>eines persönlichen Budgets nach § 29 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch erbringen,</p> <p>5. die folgenden Einrichtungen dürfen von Patienten und Besuchern nur betreten werden, wenn sie eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) tragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anzuordnen, dass Fluggäste sowie</p>	<p><i>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.</i></p> <p><i>Nach Satz 2 kann die Bundesregierung mit Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates für Fluggäste und Service- und Steuerpersonal in Verkehrsmittel des Luftverkehrs</i></p>
--	--	---

	<p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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,</p>	<p><i>eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder eine medizinische Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) anordnen.</i></p> <p><i>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).</i></p> <p><i>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</i></p>
--	---	---

	<p>können von der Beförderung oder dem Betreten der Einrichtung oder des Unternehmens ausgeschlossen werden.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><i>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).</i></p> <p><i>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).</i></p> <p><i>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</i></p>
--	---	---

	<p>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 4 und 5 auszunehmen. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.</p>	<p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	---

		<p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p>
--	--	--

	<p>(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:</p> <p>1. die Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) oder einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar)</p> <p>a) in öffentlich zugänglichen Innenräumen, in denen sich mehrere Personen aufhalten,</p> <p>b) in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs für Fahrgäste,</p> <p>c) in Obdachlosenunterkünften und Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern,</p>	<p><i>Zu Absatz 2</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	---

	<p>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,</p> <p>3. die Verpflichtung zur Testung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in</p>	<p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	--

	<p>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</p>	<p><i>Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern, Obdachlosenunterkünften, sonstige Massenunterkünften, Schulen, Kindertageseinrichtungen, 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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	---	--

	<p>Genesenennachweis nach § 22a Absatz 2 verfügen. Das Hausrecht der Betreiber oder Veranstalter, entsprechende Zugangsvoraussetzungen festzulegen, bleibt unberührt.</p>	<p><i>hoch ist und damit die Wahrscheinlichkeit, sich zu infizieren, deutlich reduziert ist.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	---

		<p>Zugangsbeschränkungen der vergangenen zwei Jahre bekannt und weitgehend erprobt.</p> <p>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.</p> <p>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</p>
--	--	--

		<p><i>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 Durchbruchinfektion 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</i></p>
--	--	---

		<p>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 bietet 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.</p> <p>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.</p>
--	--	---

	<p>(3) Soweit dies zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) und</p>	<p><i>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).</i></p> <p><i>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.</i></p>
--	--	--

	<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p>	<p><i>Zu Absatz 3</i> 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-Unterrichtsbetriebs 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.</p> <p><i>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</i></p>
--	---	---

		<p><i>digitalen Unterrichtsmodellen droht oder wenn durch einen hohen Krankenstand des Lehrpersonals ein geregelter Unterricht absehbar nicht mehr gewährleistet werden kann.</i></p> <p><i>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 ab, 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).</i></p> <p><i>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.</i></p>
--	--	---

	<p>(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:</p> <p>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,</p>	<p><i>Zu Absatz 4</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	---	---

		<p><i>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 „Superspreeder“ 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.</i></p>
--	--	--

	<p>2. die Verpflichtung zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) oder einer Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) für Veranstaltungen in öffentlich zugänglichen Innenräumen,</p> <p>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,</p> <p>4. die Anordnung eines Abstandsgebots mit einem Abstand von 1,5 Metern (Mindestabstand) im öffentlichen Raum, insbesondere in öffentlich zugänglichen Innenräumen,</p> <p>5. die Festlegung von Personenobergrenzen für Veranstaltungen in öffentlich zugänglichen Innenräumen.</p> <p>Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Feststellung nach Satz 1 gilt als aufgehoben, sofern das Parlament in dem betroffenen Land</p>	<p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Schließlich können nach Satz 1 Nummer 5 Personenobergrenzen für Veranstaltungen in öffentlich zugänglichen Innenräumen festgelegt werden.</i></p> <p><i>Die in Absatz 1 Satz 3 geregelten Ausnahmen von der Maskenpflicht gelten entsprechend (Satz 2).</i></p>
--	---	---

	<p>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.</p> <p>(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.</p>	<p><i>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.</i></p> <p><i>Zu Absatz 5</i> <i>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.</i></p> <p><i>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).</i></p>
--	---	---

	<p>(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.</p> <p>(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</p>	<p><i>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.</i></p> <p><i>Zu Absatz 7 Absatz 7 Satz 1 definiert den Begriff der konkreten Gefahr für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen nach Absatz 4 Satz 1. Eine solche</i></p>
--	--	--

	<p>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.</p>	<p><i>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 Surveillance-Systeme sind nicht nur in der aktuellen Situation der Pandemie, sondern auch für</i></p>
--	--	---

	<p>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</p>	<p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Absehbare Änderungen des Infektionsgeschehens durch ansteckendere, das Gesundheitssystem stärker belastende Virusvarianten sind nach Satz 3 zu berücksichtigen.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	--

	<p>Schutzmaßnahmen innerhalb eines Landes regional differenziert werden. Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.</p> <p>(8) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates,</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>§ 35 Belehrung für Personen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen</p> <p>Personen, die in den in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen Lehr-, Erziehungs-, Pflege-, Aufsichts- oder sonstige regelmäßige Tätigkeiten ausüben und Kontakt mit den dort</p>	<p>§ 35 Infektionsschutz in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe, Verordnungsermächtigung</p> <p>(1) Folgende Einrichtungen und Unternehmen haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und der</p>	<p>Artikel 1</p> <p>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</p>

<p><i>Betreuten haben, sind vor erstmaliger Aufnahme ihrer Tätigkeit und im Weiteren mindestens im Abstand von zwei Jahren von ihrem Arbeitgeber über die gesundheitlichen Anforderungen und Mitwirkungsverpflichtungen nach § 34 zu belehren. Über die Belehrung ist ein Protokoll zu erstellen, das beim Arbeitgeber für die Dauer von drei Jahren aufzubewahren ist. Die Sätze 1 und 2 finden für Dienstherren entsprechende Anwendung.</i></p>	<p>Pflegewissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vollstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen, 2. teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen oder vergleichbare Einrichtungen, 3. ambulante Pflegedienste und Unternehmen, die den Einrichtungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 vergleichbare Dienstleistungen anbieten; Angebote zur Unterstützung im Alltag im Sinne von § 45a Absatz 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zählen nicht zu den Dienstleistungen, die mit Angeboten in Einrichtungen nach Nummer 1 oder Nummer 2 vergleichbar sind. <p>Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft oder der Pflegewissenschaft im Hinblick auf die Infektionsprävention im Rahmen der Durchführung medizinischer oder pflegerischer Maßnahmen wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen und in Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe nach § 23 Absatz 1 beachtet worden sind. Die in Satz 1 genannten Einrichtungen und Unternehmen müssen in</p>	<p><i>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.</i></p>
--	---	--

	<p>Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festlegen und unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Die infektionshygienische Überwachung von ambulanten Pflegediensten, die ambulante Intensivpflege erbringen, erstreckt sich auch auf Orte, an denen die Intensivpflege erbracht wird. Die ambulanten Pflegedienste nach Satz 4 haben dem Gesundheitsamt auf dessen Anforderung die Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen und der vertretungsberechtigten Personen mitzuteilen. In den in Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Einrichtungen haben die Einrichtungsleitungen für den Zeitraum vom 1. Oktober 2022 bis einschließlich 7. April 2023 eine oder mehrere verantwortliche Personen zur Sicherstellung der Einhaltung der in Satz 7 genannten Anforderungen, Abläufe und Maßnahmen zu benennen; die Benennung setzt die Zustimmung der betreffenden Personen voraus. Die benannten Personen stellen sicher,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dass Hygieneanforderungen unter Berücksichtigung der Empfehlungen nach Satz 2 und der Hygienepläne nach Satz 3 eingehalten werden, 2. dass festgelegte Organisations- und Verfahrensabläufe im Zusammenhang mit dem <p>a) Impfen von Bewohnern sowie Gästen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2, insbesondere die regelmäßige Kontrolle des Impfstatus sowie die organisatorische und praktische</p>	<p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	---	---

	<p>Unterstützung von Impfungen durch niedergelassene Ärzte und mobile Impfteams und</p> <p>b) Testen von Bewohnern sowie Gästen, von in der Einrichtung tätigen Personen und von Besuchern auf das Coronavirus SARS-CoV-2 gemäß dem einrichtungsspezifischen Testkonzept und unter Berücksichtigung der Teststrategie der Bundesregierung, der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe sowie landesspezifischer Vorgaben und der Vorgaben der Coronavirus-Testverordnung beachtet werden, sowie</p> <p>3. dass Maßnahmen zur Unterstützung der Versorgung von Bewohnern von vollstationären Pflegeeinrichtungen mit antiviralen COVID-19-Arzneimitteln, insbesondere die Benachrichtigung von behandelnden Ärzten im Fall eines positiven Testergebnisses von Bewohnern auf das Coronavirus SARS-CoV-2 sowie die Bevorratung von antiviralen COVID-19-Arzneimitteln in der jeweiligen Einrichtung vorgesehen werden.</p> <p>Der Qualitätsausschuss Pflege nach § 113b des Elften Buches Sozialgesetzbuch erstellt in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 15. Oktober 2022 pflegfachlich orientierte Grundlagen und Verfahrenshinweise für die Sicherstellung der Einhaltung der in Satz 7 genannten Anforderungen, Abläufe und Maßnahmen durch</p>	<p><i>Vorherrschen einer Virusvariante, die mit einem mildereren Krankheitsverlauf assoziiert ist, zu einem Anstieg der Hospitalisierungszahlen und einer Belastung der kritischen Infrastrukturen durch Krankheitsausfälle führen.</i></p> <p><i>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.</i></p>
--	---	---

	<p>nach Satz 7 in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen benannte Personen. Unter Berücksichtigung dieser Grundlagen und Verfahrenshinweise legen die voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen ihre Organisations- und Verfahrensabläufe nach Satz 7 bis zum 1. November 2022 fest und dokumentieren in diesen Festlegungen auch die Benennung nach Satz 6. Die Umsetzung der in Satz 7 genannten Anforderungen, Abläufe und Maßnahmen gemäß den Grundlagen und Verfahrenshinweisen des Qualitätsaus-schusses Pflege nach Satz 8 von den voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen in Verantwortung der nach Satz 6 zu benennenden Personen sind zu dokumentieren. Das Gesundheitsamt überwacht, ob die Leitungen der Einrichtungen nach Satz 1 Nummer 1 und 2 Personen nach Satz 6 benannt haben. Es überwacht auch, ob voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen die in Satz 7 genannten Anforderungen, Abläufe und Maßnahmen entsprechend den nach Satz 8 erstellten Grundlagen und Verfahrenshinweise umsetzen und die Festlegungen nach Satz 9 getroffen haben.</p> <p>(2) Soweit es zur Erfüllung von Verpflichtungen nach Absatz 1 in Bezug auf übertragbare Krankheiten erforderlich ist, darf der Arbeitgeber personenbezogene Daten eines Beschäftigten über dessen Impf- und Serostatus verarbeiten, um über die Begründung eines Beschäftigungsverhältnisses oder über die Art</p>	<p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Die Studie von Talic et al. (effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-</i></p>
--	--	--

	<p>und Weise einer Beschäftigung zu entscheiden. Dies gilt nicht in Bezug auf übertragbare Krankheiten, die im Rahmen einer leitliniengerechten Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr übertragen werden können. § 22 Absatz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes gilt entsprechend. Die Bestimmungen des allgemeinen Datenschutz-rechts bleiben unberührt.</p> <p>(3) Die Landesregierungen haben durch Rechtsverordnung für die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 genannten Einrichtungen die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen, 2. die erforderliche personelle Ausstattung mit hygienebeauftragten Pflegefachkräften oder Hygienefachkräften, 3. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen hygienebeauftragten Pflegefachkräfte oder Hygienefachkräfte, 4. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention, 5. die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten erforderlich sind. 	<p><i>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.</i></p> <p><i>Insbesondere in Risikoseettings, 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).</i></p> <p><i>Zu Absatz 1</i> <i>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.</i></p>
--	--	---

	<p>Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.</p> <p>(4) Die Leiter von in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Einrichtungen haben das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, unverzüglich zu benachrichtigen und die nach diesem Gesetz erforderlichen krankheits- und personenbezogenen Angaben zu machen, wenn eine in der Einrichtung tätige oder untergebrachte Person an Skabies erkrankt ist oder bei ihr der Verdacht besteht, dass sie an Skabies erkrankt ist.</p> <p>(5) Personen, die in einer in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Einrichtung aufgenommen werden sollen, haben der Leitung der Einrichtung vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. Bei der erstmaligen Aufnahme darf die Erhebung der Befunde, die dem ärztlichen Zeugnis zugrunde liegt, nicht länger als sechs Monate zurückliegen, bei einer erneuten Aufnahme darf sie nicht länger als zwölf Monate zurückliegen.</p> <p>6) Die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten voll- und teilstationären Einrichtungen, die zugelassene Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 des Elften</p>	<p><i>Lebensjahr vollendet haben. Atemschutzmasken sind den FFP2-Masken dann vergleichbar, wenn sie eine ähnliche oder bessere Filterleistung aufweisen (FFP3-Masken, KN95-Masken etc.).</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	---	--

	<p>Buches Sozialgesetzbuch sind, sind verpflichtet, dem Robert Koch-Institut monatlich Angaben zum Anteil der Personen, die gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft sind, jeweils bezogen auf die Personen, die in der Einrichtung beschäftigt sind oder behandelt, betreut oder gepflegt werden oder untergebracht sind, in anonymisierter Form zu übermitteln. Haben sich die nach Satz 1 zu übermittelnden Angaben in einem Monat gegenüber dem Vormonat nicht geändert, übermittelt die Einrichtung die vereinfachte Meldung, dass keine Änderungen im Vergleich zum Vormonat vorliegen. In diesen Fällen werden die Daten des Vormonats durch das Robert Koch-Institut fortgeschrieben. Soweit es zur Erfüllung der Pflichten nach den Sätzen 1 und 2 erforderlich ist, darf die Leitung der in Satz 1 genannten Einrichtungen zu diesem Zweck personenbezogene Daten einschließlich Daten zum Impfstatus in Bezug auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) verarbeiten. Die Daten nach Satz 4 dürfen auch zur Beurteilung der Gefährdungslage in der Einrichtung im Hinblick auf die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) verarbeitet werden, solange und soweit dies erforderlich ist. § 22 Absatz 2 des Bundesdatenschutzgesetzes gilt entsprechend. Bestehen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Regelung bereits landesrechtliche Meldeverfahren, die auf bisherigem Bundesrecht beruhen und die zu den durch das Robert Koch-Institut nach Satz 1 zu erhebenden Daten anschlussfähig sind, bleiben die landesrechtlichen Meldeverfahren von der Änderung unberührt,</p>	<p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	---

	<p>wenn die Länder nach Kreisen und kreisfreien Städten aufgeschlüsselte Daten direkt an das Robert Koch-Institut übermitteln; insoweit entfällt die Meldepflicht nach Satz 1. Das Robert Koch-Institut führt die ihm übermittelten Daten zusammen und übermittelt sie monatlich in anonymisierter Form dem Bundesministerium für Gesundheit sowie den Ländern bezogen auf Länder- und Kreisebene. Die nach den Sätzen 4 und 5 erhobenen Daten sind spätestens am Ende des sechsten Monats nach ihrer Erhebung zu löschen; die Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts bleiben unberührt. Die nach Satz 1 zu übermittelnden Angaben werden letztmalig für den Monat April 2023 erhoben.</p>	<p>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.</p> <p>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</p>
--	--	--

		<p><i>der Länder zum Infektionsschutz unberührt. Dies betrifft insbesondere die Regelungen nach Absatz 2.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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).</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	--

		<p><i>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).</i></p> <p><i>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).</i></p>
--	--	---

		<p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	---

		<p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	---

		<p><i>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.</i></p> <p><i>Zu Absatz 2</i> <i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	--

		<p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	--

		<p><i>Tragen einer FFP2- oder vergleichbaren Maske würde einer solchen Pflicht ebenfalls entsprochen werden.</i></p> <p><i>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 Einrichtungen, wenn und soweit dort dauerhaft freiheitsentziehende Unterbringungen erfolgen, insbesondere psychiatrische Krankenhäuser, Heime der Jugendhilfe und für Senioren.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	--

		<p><i>§ 22a Absatz 2 verfügen, und Personen, die über einen Impfnachweis 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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	--

		<p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	--

		<p>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 Durchbruchinfektion 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</p>
--	--	---

		<p><i>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 bietet die 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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	--

		<p><i>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.</i></p> <p><i>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).</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	---

		<p><i>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.</i></p> <p><i>Zu Absatz 3</i> <i>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-Unterrichtsbetriebs 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.</i></p> <p><i>Die Erforderlichkeit der Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske zur Aufrechterhaltung eines geregelten Präsenz-Unterrichtsbetriebs stellt ein eigenständiges Tatbestandsmerkmal der Ermächtigungsgrundlage dar. Diese Ermächtigung</i></p>
--	--	--

		<p><i>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.</i></p> <p><i>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 ab, 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).</i></p>
--	--	---

		<p><i>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.</i></p> <p><i>Zu Absatz 4</i> <i>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.</i> <i>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-</i></p>
--	--	--

		<p><i>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</i></p>
--	--	---

		<p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Schließlich können nach Satz 1 Nummer 5 Personenobergrenzen für Veranstaltungen in</i></p>
--	--	---

		<p><i>öffentlich zugänglichen Innenräumen festgelegt werden.</i></p> <p><i>Die in Absatz 1 Satz 3 geregelten Ausnahmen von der Maskenpflicht gelten entsprechend (Satz 2).</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Zu Absatz 5</i> <i>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.</i></p> <p><i>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</i></p>
--	--	---

		<p><i>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).</i></p> <p><i>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.</i></p>
--	--	---

		<p><i>Zu Absatz 7</i> <i>Absatz 7 Satz 1 definiert den Begriff der konkreten Gefahr für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems 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-</i></p>
--	--	--

		<p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Absehbare Änderungen des Infektionsgeschehens durch ansteckendere, das Gesundheitssystem stärker belastende Virusvarianten sind nach Satz 3 zu berücksichtigen.</i></p>
--	--	--

		<p><i>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.</i></p> <p><i>Zu Absatz 8</i> <i>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.</i></p>
--	--	--

