

**Siebzehnte Verordnung
über Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des neuartigen Coronavirus
SARS-CoV-2 in Sachsen-Anhalt
(Siebzehnte SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung – 17. SARS-CoV-2-EindV)
zuletzt geändert durch Siebte Verordnung vom 20.09.2022**

Begründung

Zweck des Infektionsschutzgesetzes ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Gemäß § 32 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes kann die Landesregierung Maßnahmen nach § 28 Abs. 1 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 28a des Infektionsschutzgesetzes durch Verordnung für das ganze Land regeln.

Durch den vorherrschenden Übertragungsweg von SARS-CoV-2 (Tröpfchen), z. B. durch Husten, Niesen oder teils mild erkrankte oder auch asymptomatisch infizierte Personen, kann es zu Übertragungen von Mensch zu Mensch kommen. Zur Vermeidung einer akuten nationalen Gesundheitsnotlage sind Schutzmaßnahmen für bestimmte Einrichtungen weiterhin erforderlich, um einem erneuten Anstieg der Neuinfektionen vorzubeugen sowie besonders vulnerable Personengruppen vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und das Gesundheitssystem vor Überlastung zu schützen. Dies gilt insbesondere aufgrund der erhöhten Gefahr durch Mutationen des Coronavirus mit veränderten Eigenschaften, wie insbesondere die Varianten B.1.617.2 („Delta“, „Kappa“) und B.1.1.529 („Omikron“), welche als besorgniserregend eingestuft wurden.

Nur auf diese Weise kann gewährleistet werden, dass Leben und Gesundheit der gesamten Bevölkerung durch staatliche Stellen geschützt werden können. Der Staat erfüllt damit seine Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG in Verbindung mit Art 1. Abs. 1 GG. Für die Beurteilung aller Aspekte der Pandemie werden weitere Indikatoren zur Überlastung des Gesundheitssystems sowie solche, die zusätzliche Aussagen insbesondere zur Infektionsdynamik ermöglichen, wie der R-Wert oder die Verdopplungszeit, herangezogen. Einen besonderen Fokus bei der Beurteilung der pandemischen Lage legt Sachsen-Anhalt dabei auch auf die Anzahl der schweren Krankheitsverläufe, die Bettenbelegung in den Krankenhäusern und die Auslastung der Intensivstationen als weitere Indikatoren. Auf diese Weise kann beurteilt werden, in welchem Umfang das Infektionsgeschehen trotz der wachsenden Immunität in der Bevölkerung zu schweren Verläufen führt und damit sowohl für die Betroffenen als auch das Gesundheitswesen eine Gefahr darstellt. Diese Vielzahl an Parametern fließt neben der Entwicklung der Sieben-Tage-Inzidenz in die Ausgestaltung der Schutzmaßnahmen und ih-

rer Intensität mit ein. Die getroffenen Regelungen werden auf der Basis des § 28a des Infektionsschutzgesetzes und mit Blick auf die aktuelle Entwicklung fortlaufend überprüft und angepasst.

Die Sieben-Tage-Inzidenz der gemeldeten Fälle mit einem labordiagnostischen Nachweis von SARS-CoV-2 ist derzeit relativ stabil. Allerdings dürfte die Zahl der tatsächlichen – einschließlich der unerkannten oder nicht labordiagnostisch bestätigten – Infektionen wesentlich höher liegen. In allen Altersgruppen bleibt der Infektionsdruck in der Bevölkerung hoch. Auch die damit assoziierte Belastung des Gesundheitswesens bleibt erhöht. Das Robert Koch-Institut schätzt die Gefährdung durch COVID-19 für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland weiterhin als hoch ein.

Mit der Aufhebung eines Großteils der Schutzmaßnahmen sind fortan die Einsicht und Freiwilligkeit der Beteiligten für eine Umsetzung der Regelungen von besonderer Wichtigkeit. Daher werden die Regelungen der Verordnung mit dem Appell zur stärkeren Selbstbeobachtung, Selbstdisziplin und freiwilligen Stärkung des Gemeinwohls verbunden. Die Landesregierung empfiehlt daher allen Bürgerinnen und Bürgern, möglichst einen Mindestabstand von 1,5 Metern zu anderen Personen einzuhalten, die Hygiene zu beachten, regelmäßig zu lüften, sowie insbesondere in geschlossenen Räumen einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz zu tragen. Jede Person wird angehalten, physisch-soziale Kontakte zu anderen Personen möglichst gering zu halten und sich regelmäßig selbst zu testen. Zudem wird die Verwendung von digitalen Anwendungen, wie z. B. der Corona-Warn-App des Robert Koch-Instituts sowie weiterer einschlägiger Apps (z. B. luca App), ausdrücklich empfohlen, da diese einen weiteren Beitrag zur Kontaktnachverfolgung und Warnung von Risikobegegnungen leisten.

Die Präambel enthält selbst keine Regelungen, sondern hat nur Appell-Charakter. Eine Befolgung der Regelungen der Verordnung soll damit nicht relativiert werden.

Zu § 1 Begriffsbestimmungen:

(1) Absatz 1 definiert für die Bereiche, in denen das Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes vorgeschrieben wird, die Beschaffenheit des medizinischen Mund-Nasen-Schutzes und Ausnahmen von der Tragepflicht.

Satz 1 definiert, was im Sinne der Verordnung unter einem medizinischen Mund-Nasen-Schutz zu verstehen ist. Darunter fallen einerseits alle mehrlagigen Einwegmasken, zu denen insbesondere die medizinischen Gesichtsmasken der europäischen Norm EN 14683:2019-10 oder vergleichbare Produkte zählen. Vergleichbare Produkte sind die handelsüblich als OP-Masken, Einwegmasken oder Einwegschutzmasken bezeichneten Produkte. Andererseits fallen auch die partikelfiltrierenden Halbmasken z. B. der Schutzklassen FFP1, FFP2 und FFP3 unter den medizinischen Mund-Nasen-Schutz im Sinne der Verordnung.

Ein medizinischer Mund-Nasen-Schutz im Sinne dieser Verordnung sind allerdings auch alle vergleichbaren Atemschutzmasken. Der medizinische Mund-Nasen-Schutz muss keine ausdrückliche CE-Kennzeichnung aufweisen. Umfasst sind daher auch Masken des Standards KN95, N95 oder KF94.

Durch die hauptsächliche Verbreitung des Coronavirus mittels Tröpfcheninfektionen stellt das Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes eine wirksame Schutzmaßnahme gegen die weitere Ausbreitung dar. Der medizinische Mund-Nasen-Schutz hat eine höhere Schutzwirkung als herkömmliche textile Mund-Nasen-Bedeckungen, da er aus speziellen mehrlagigen Kunststoffen hergestellt ist und bestimmte Filtereigenschaften besitzt. Durch die Filterleistung der medizinischen Gesichtsmasken werden andere Menschen in der nahen Umgebung vor Tröpfchen aus Mund und Nase geschützt. Sie verringert nachweisbar die Geschwindigkeit und Distanz, mit der sich auch die sogenannten Aerosole ausbreiten. Sie bieten zusätzlich einen gewissen Eigenschutz des Trägers vor einem direkten Auftreffen von ausgeatmeten Tröpfchen des Gegenübers oder sogar eines Aerosols.

Für die partikelfiltrierenden Halbmasken ohne Ventil gilt dies ebenso. Sie dienen dabei nicht nur dem Fremdschutz, sondern auch dem Eigenschutz. Darüber hinaus bieten sie durch die vorhandenen Filterschichten einen höheren Schutz vor der Übertragung des Coronavirus SARS-CoV-2 als herkömmliche textile Mund-Nasen-Bedeckungen. Masken mit Ventil dienen für sich allein vorwiegend dem Eigenschutz. Bei diesen Maskentypen werden die ausgeatmeten Aerosole nicht durch das Filtermaterial abgefangen, sondern nur abgebremst und verwirbelt. Deshalb ist zur Gewährleistung des Schutzes anderer Personen (Fremdschutz) über der Maske mit Ventil ein medizinischer Mund-Nasen-Schutz im Sinne der Verordnung zu tragen. Die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts und die Verwendungshinweise des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte sind zu beachten. Insbesondere ist die Maske ordnungsgemäß zu verwenden (Abdeckung des Mund-Nasen-Bereich).

Die zusätzlichen Hinweise zu den Maskentypen und ihrer Verwendung finden sich auf der Internetseite unter <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html>. Die regelmäßige Reinigung bzw. der Austausch von Einmal-Artikeln wird dringend empfohlen, um einer erhöhten Keimbelastung entgegenzuwirken.

In Satz 2 werden zum Schutz besonders vulnerabler Gruppen vor Gesundheitsgefahren Ausnahmen von der Tragepflicht festgelegt. Einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz müssen Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres nicht tragen. Durch diese bestehen bis zum Alter von zwei Jahren akute Gesundheitsgefahren. Auch darüber hinaus kann ein korrektes Tragen des medizinischen Mund-Nasen-Schutzes nicht sichergestellt werden, so dass die Gefahren, die durch falsche oder unsachgemäße Benutzung entstehen können, die Vorteile eines Fremdschutzes überwiegen und deshalb eine Ausnahme geboten ist.

Gehörlose und schwerhörige Menschen sind in ihrer Kommunikation darauf angewiesen, von den Lippen des Gegenübers ablesen zu können. Gleiches gilt für deren Begleitpersonen.

Deshalb muss für diese Menschen und ihre Begleitperson und im Bedarfsfall, also kurzzeitig auch für Personen, die mit diesen kommunizieren, ebenfalls eine Ausnahme von der Tragepflicht gemacht werden.

Auch Personen, denen die Verwendung eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes wegen einer Behinderung, einer Schwangerschaft oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist, werden von der Tragepflicht ausgenommen. Als Beispiele seien hier Atemwegserkrankungen, wie symptomatisches Asthma bronchiale, symptomatische COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) genannt. Aber auch bei Patienten mit Langzeitaerstofftherapie über Sauerstoffversorgung (Maske/Nasenbrille), Patienten mit Kehlkopfkrebs oder im Endstadium einer COPD, welche ein Tracheostoma haben, psychiatrische Patienten mit Angststörungen (u.a. Zwänge und Panikstörungen), kardinalen Symptomkomplexen: Fortgeschrittene Herzinsuffizienz mit Belastungsdyspnoe oder instabile Angina pectoris Symptomatik, Patienten mit erschwelter Nasenatmung z. B. durch allergisches Asthma (Frühblüher, Gräser, Pollen), Fehlbildungen des Nase-Rachen-Raums (Polypen, Tumore, Verletzungen) könnten durch das Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes in akute Atemnot gebracht werden. Zudem kann dies auch medikamentös bedingt sein (z. B. durch Antihypertonika, Antidepressiva). Auch im Rahmen von Schwangerschaften kann es zu entsprechender Atemnot-Symptomatik kommen. Menschen mit bestimmten Behinderungen können unter Umständen nicht verstehen, warum sie plötzlich im öffentlichen Raum einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz tragen müssen und werden das Tragen nicht dulden. Hierdurch kann es zu unsachgemäßer Anwendung und einer Gefährdung dieser Personengruppe führen, so dass eine Trageverpflichtung nicht verhältnismäßig wäre.

Das Vorliegen der Ausnahmegründe ist in geeigneter Weise glaubhaft zu machen, spezielle ärztliche Atteste oder die Vorlage des Schwerbehindertenausweises sind ausdrücklich nicht erforderlich. Hierfür kann bereits eine plausible Erklärung des Betroffenen ausreichen, insbesondere, wenn keine zumutbare Möglichkeit eines schriftlichen Nachweises besteht. Die Anforderungen an die Glaubhaftmachung sind niedrighochschwellig anzusetzen, um die Ausnahmen nicht durch überhöhte Anforderungen bei der Einlasskontrolle faktisch außer Kraft zu setzen.

(2) Absatz 2 regelt die Anforderungen, die an eine Testung im Sinne dieser Verordnung zu stellen sind. Ein Testnachweis im Sinne des § 22a Abs. 3 Infektionsschutzgesetz 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 zugrunde liegende Testung durch In-vitro-Diagnostika erfolgt ist, die für den direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bestimmt sind und

die auf Grund ihrer CE-Kennzeichnung oder auf Grund einer gemäß § 11 Abs. 1 des Medizinproduktegesetzes erteilten Sonderzulassung verkehrsfähig sind. Auf der Internetseite des Paul-Ehrlich-Instituts unter www.pei.de/sars-cov-2-ag-tests ist eine vom Gesundheitssicherheitsausschuss der Europäischen Union beschlossene Gemeinsame Liste von Corona-Antigen-Schnelltests abrufbar.

Eine Testung der betroffenen Bürgerinnen und Bürger ist geeignet, die Anzahl der Neuinfektionen zu reduzieren und dadurch die weitere Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 zu verhindern. Durch eine Testung können Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 frühzeitig festgestellt werden, da auch Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 bei asymptomatischen Personen (Personen ohne Krankheitssymptome oder Personen mit untypischen Krankheitssymptomen) erkannt werden und die zuständige Behörde die entsprechenden Schutzmaßnahmen gegenüber der betroffenen Person anordnen kann. Gleichzeitig ist die Testung auch erforderlich, da die durch die Testung entstehenden Beeinträchtigungen für die Bürgerinnen und Bürger so gering wie möglich gehalten werden. Zudem ist eine Testung auch eine angemessene Maßnahme, da sie den Schutz von Leib und Leben dient und die allgemeine Handlungsfreiheit nur geringfügig beeinträchtigt. Eine Testung kann kostenlos im Rahmen einer Bürgertestung in Anspruch genommen werden. Zudem sind Selbsttests preisgünstig im Handel erhältlich und können in der jeweiligen Einrichtung noch vor Ort unter Aufsicht durchgeführt werden. Schließlich bestehen nach § 1 Abs. 3 für bestimmte Personengruppen Ausnahmen von der Testpflicht. Dagegen können durch die Testung Infektionen vermieden werden sowie die Gesundheit der in der jeweiligen Einrichtung anwesenden Personen und folglich auch das Gesundheitssystem geschützt werden.

Die Testung darf nach § 22a Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes nicht älter als 24 Stunden sein, da diese nur eine Momentaufnahme darstellt und die Aussagekraft des Testergebnisses mit der Zeit abnimmt. Bei einem längeren Zeitraum kann nicht mehr sicher ausgeschlossen werden, dass keine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegt. Das bedeutet, dass ab dem Zeitpunkt der Vornahme des Tests, das negative Testergebnis über eine In-Vitro-Diagnostik für die nächsten 24 Stunden bei der entsprechenden Einrichtung als Nachweis vorgelegt werden kann. Erfolgt eine Testung der betroffenen Person beispielsweise erst um 17 Uhr, kann diese das negative Testergebnis bis 17 Uhr des folgenden Tages als Bescheinigung verwenden. Wenn auf dem Testergebnis keine Uhrzeit ausgewiesen ist, verliert der Nachweis am selben Tag um 24 Uhr seine Gültigkeit.

Eine Testung nach § 22a Abs. 3 des Infektionsschutzgesetzes kann entweder

- vor Ort unter Aufsicht desjenigen stattfinden, der der jeweiligen Schutzmaßnahme unterworfen ist,

- im Rahmen einer betrieblichen Testung im Sinne des Arbeitsschutzes durch Personal, das die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzt, erfolgen oder
- von einem Leistungserbringer nach § 6 Abs. 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommen oder vor Ort überwacht werden.

Dienstherrn bzw. Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die ihren Beschäftigten eine kostenlose Testung anbieten, können über einen Test ihren Beschäftigten einen Nachweis ausstellen. Die Testung und Nachweiserteilung können entweder durch beauftragte Firmen, Apotheken etc. oder durch die eigenen Beschäftigten der Betriebe erfolgen. Der Nachweis über den Test soll den Ort und Namen des testveranlassenden Dienstherrn, der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers, Datum und Uhrzeit des Abstrichs, Name und Anschrift der oder des Getesteten, das Testergebnis sowie den Namen und die Unterschrift des Verantwortlichen enthalten.

Testnachweise für Antigenschnelltests, die unter Aufsicht oder in Eigenanwendung durchgeführt wurden, sind jedoch in ihrer Gültigkeit auf den Ort der Testung beschränkt und berechtigen nicht zum Zugang zu anderen Orten oder Einrichtungen. Die Bescheinigung oder die Dokumentation über einen Selbsttest der anwesenden getesteten Person hat der Verantwortliche der zuständigen Gesundheitsbehörde bei einer Vor-Ort-Kontrolle vorzulegen. Eine weitere Aufbewahrung der Bescheinigungen oder Dokumentation über einen Selbsttests über den Zeitraum des Aufenthalts der getesteten Person in der Einrichtung hinaus ist nicht notwendig. Ist die vorgegebene Aufbewahrungsfrist abgelaufen, sind diese unverzüglich zu löschen. Im Falle eines positiven Schnell- bzw. Selbsttests ist die getestete Person grundsätzlich verpflichtet, sich unverzüglich einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) zu unterziehen.

Die Bestätigung eines negativen Testergebnisses durch die testende Einrichtung können beispielweise Personen, die therapeutische, seelsorgerische oder medizinische Maßnahmen einschließlich Impfungen durchführen, in anderen Einrichtungen als Nachweis vorlegen. Die Bestätigung kann auch als Nachweis für andere Einrichtungen, die ein negatives Testergebnis fordern, verwendet werden. Das medizinische bzw. pflegerische Personal, das die Tests durchführt oder überwacht, kann eine besondere Gewähr dafür bieten, dass die Tests ordnungsgemäß durchgeführt werden.

(3) Absatz 3 regelt Ausnahmen von der Testverpflichtung.

Nach Nummer 1 sind Kinder, die das 6. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, grundsätzlich von der Testpflicht ausgenommen. Kinder und Jugendliche ab der Vollendung des 6. Lebensjahres müssen sich dann regelmäßig testen lassen, sofern keine Ausnahmen bestehen.

Im Rahmen der Testpflicht dieser Verordnung ist auch die Durchführung eines Selbsttest vor Ort unter Aufsicht ausreichend.

Nach Nummer 2 sind Personen, die im Besitz eines auf sie ausgestellten Impfnachweises im Sinne von § 22a Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes sind und keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 wie Husten, Fieber, Schnupfen, Geruchs- oder Geschmacksverlust aufweisen, ebenso von der Testverpflichtung ausgenommen. 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, wenn die zugrundeliegenden Schutzimpfungen den in § 22a Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes genannten Vorgaben entsprechen. Der vollständige Impfschutz ist dem Verantwortlichen oder einer von ihm beauftragten Person schriftlich oder elektronisch nachzuweisen. Eine Ausnahme von der Testpflicht für diese Personen ist vertretbar, da nach derzeitigem Stand der Erkenntnisse anzunehmen ist, dass das Risiko einer Übertragung des Virus durch Personen, die vollständig geimpft sind, reduziert ist.

Nummer 3 nimmt auch genesene Personen, die im Besitz eines ausgestellten Genesenennachweises im Sinne des § 22a Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes sind und keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 aufweisen, von der Testpflicht aus. Als Genesenennachweis ist eine positive Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) mit entsprechendem Datum anzusehen. Die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion muss mindestens 28 Tage und darf höchstens 90 Tage zurückliegen. Die Durchführung eines Antikörpertests reicht nicht aus, um als genesene Person zu gelten. Nach aktuellem Kenntnisstand des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit lässt ein Antikörpertest keine eindeutige Aussage zur Infektiosität oder zum Immunstatus zu. Der vollständige Immunschutz ist dem Verantwortlichen oder einer von ihm beauftragten Person schriftlich oder elektronisch nachzuweisen.

Zudem sind Personen, die glaubhaft machen, dass sie aus medizinischen Gründen der Testverpflichtung nicht nachkommen können, von der Testverpflichtung ausgenommen. Für die Glaubhaftmachung kann bereits eine plausible Erklärung des Betroffenen ausreichen, insbesondere, wenn keine zumutbare Möglichkeit eines schriftlichen Nachweises besteht. Soweit jedoch etwa nur eine Testung über einen Nasenabstrich aus medizinischen Gründen ausgeschlossen ist, kann dennoch z. B. eine Testung durch tiefen Rachenabstrich oder durch sogenannte Spucktests erfolgen. Für die verpflichtenden Testungen in Schulen kommt es jedoch auch auf die Verfügbarkeit geeigneter Selbsttests in der jeweiligen Schule vor Ort an. Die Ausnahme von der Testpflicht soll auch diesen Personen ermöglichen, Einrichtungen zu betreten, bei denen eine Verpflichtung zur Testung besteht.

Zu § 2 Verpflichtung zum Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes:

(1) Absatz 1 regelt in welchen Bereichen ein medizinischer Mund-Nasen-Schutz zu tragen ist. Die Verpflichtung zum Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes gilt ausdrücklich nur für Verkehrs- und Gemeinschaftsflächen in geschlossenen Räumen (z. B. Flure oder sanitäre Anlagen).

Auch in Gemeinschaftsräumen haben die Besuchenden der Bewohnerinnen und Bewohner einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz zu tragen, wenn sie sich nicht auf einem festen Sitzplatz befinden und ein Abstand zu anderen Personen (andere Bewohnerinnen und Bewohner oder deren Besucherinnen und Besucher) eingehalten wird. In den Zimmern der Bewohnerinnen und Bewohner, gilt die Verpflichtung zum Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes aufgrund der vergleichsweise geringen Anzahl an Kontaktpersonen nicht, auch wenn in dem Zimmer mehrere Bewohnerinnen oder Bewohner leben.

Die Verpflichtung zum Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutz gilt dabei nur für Patientinnen und Patienten, Besucherinnen und Besucher sowie Fahrgäste. Für die Bewohnerinnen und Bewohner, die Betreuten, die Beschäftigten sowie die Werkstattmitarbeiterinnen und -mitarbeiter gilt diese Verpflichtung (soweit nicht durch arbeitsschutzrechtliche Vorgaben vorgegeben) grundsätzlich nicht.

Die Verpflichtung zum Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes im Sinne des § 1 Abs. 1 mit der erforderlichen Schutzwirkung ist verhältnismäßig. Durch das Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes werden die Möglichkeiten zur Übertragung des Coronavirus SARS-CoV-2 und damit die Ausbreitungsgeschwindigkeit von COVID-19 reduziert. Diese Verpflichtung ist wegen des Infektionsgeschehens erforderlich, um Infektionen in Situationen erhöhter Infektionsgefahr z. B. in geschlossenen Räumen zu vermeiden, und – insbesondere unter Berücksichtigung der Beschränkung der Trageverpflichtung auf wenige Konstellationen – auch kein milderes Mittel mit demselben Schutzniveau ersichtlich ist. Die Tragepflicht ist auch angemessen, da die negativen Folgen aus der Maskenpflicht nicht außer Verhältnis zu dem mit den Maßnahmen verfolgten Zweck der Gefahrenabwehr zum Schutze der einzelnen Bürgerinnen und Bürger und damit des Gesundheitssystems stehen. Der Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit durch eine Trageverpflichtung ist gering. Außerdem gilt die Maskenpflicht nur für bestimmte Einrichtungen und dann auch nur auf den Verkehrs- und Gemeinschaftsflächen. Zudem bestehen nach § 1 Abs. 1 Satz 2 Ausnahmen von der Maskenpflicht für bestimmte Personengruppen.

Zur Vermeidung einer Ansteckung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und einer weiter zunehmenden Belastung des Gesundheitssystems ist insbesondere in folgenden Einrichtungen von den genannten Personengruppen ein medizinischer Mund-Nasen-Schutz zu tragen:

- Arztpraxen (einschließlich Zahnarztpraxen),

- Krankenhäuser,
- Einrichtungen für ambulantes Operieren,
- Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt,
- Dialyseeinrichtungen,
- Tageskliniken,
- ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen,
- Rettungsdienste,
- voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen sowie vergleichbare ambulante Pflegedienste soweit diese nicht solche nach § 45a Abs. 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1015), zuletzt geändert durch Artikel 1a des Gesetzes vom 23. März 2022 (BGBl. I S. 482) sind,
- Verkehrsmittel des öffentlichen Personennahverkehrs,
- Obdachlosenunterkünfte,
- Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern.

Nicht umfasst sind Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe.

Die Maskenpflicht in den Einrichtungen nach Nummer 1 wie z. B. in Krankenhäusern, Dialyseeinrichtungen und Pflegeheimen ist auch deshalb erforderlich, da in diesen Einrichtungen vorwiegend besonders vulnerable Personen anwesend sind und ein hohes Ansteckungsrisiko für diese Personen besteht. Gerade bei diesen Personen besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit schwer an dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu erkranken und das Gesundheitssystem zusätzlich zu belasten.

Für das betreuende und medizinische Personal gelten die arbeitsschutzrechtlichen Vorgaben. Entsprechend der Höhe des Infektionsrisikos, das sich aus der Gefährdungsbeurteilung ergibt, können auch filtrierende Halbmasken (mindestens FFP2) als persönliche Schutzausrüstung erforderlich sein können. Dies wird z. B. in Pflegeheimen mit positiv getesteten Personen regelmäßig der Fall sein. Klarstellend wird darauf hingewiesen, dass die Bestimmungen des Arbeitsschutzes auch für Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter gelten.

Nach Nummer 2 gilt die Trageverpflichtung im öffentlichen Personennahverkehr. Dort ist durchgängig, d. h. auch auf den Sitzplätzen ein medizinischer Mund-Nasen-Schutz zu tragen. Der öffentliche Personennahverkehr ist in § 2 des Gesetzes über den öffentlichen Personennahverkehr im Land Sachsen-Anhalt (ÖPNVG LSA) definiert sowie im ÖPNV-Plan des

Landes erläutert. Er umfasst die allgemein zugängliche Beförderung von Personen mit Verkehrsmitteln im Linienverkehr mit Straßenbahnen, Bussen und Kraftfahrzeugen sowie normal- und schmalspurigen Eisenbahnen. Er ist Teil der Daseinsfür- und -vorsorge und zur Gewährleistung der Mobilitätserfordernisse großer Bevölkerungsteile unentbehrlich. Gleichzeitig kommt im ÖPNV eine Vielzahl von Menschen auf engem Raum zusammen und der Abstände zu anderen Personen können nicht immer eingehalten werden.

Zudem bleibt nach § 28b des Infektionsschutzgesetzes bundesweit die Verpflichtung zum Tragen einer Atemschutzmaske oder einer medizinischen Gesichtsmaske im Luft- und Personenfernverkehr bestehen.

Im Rahmen des Hausrechts ist auch eine Erweiterung der Verpflichtung zum Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes auf bestimmte Bereiche oder bestimmte Personengruppen im Rahmen der rechtlichen Grenzen umsetzbar.

(2) Die Verpflichtung aus Absatz 1 zum Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes gilt auch für das in den Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs tätige Kontroll- und Servicepersonal. Für das Fahr- und Steuerpersonal gilt die Verpflichtung nur, soweit für dieses tätigkeitsbedingt physischer Kontakt zu anderen Personen besteht.

Damit wird Sorge getragen, dass insbesondere auch in Zeiten des Berufsverkehrs, in denen Abstände in öffentlichen Verkehrsmitteln nicht einzuhalten sind, das Ansteckungsrisiko deutlich reduziert wird. Darüber hinaus unterliegt das Personal den allgemeinen Arbeitsschutzbestimmungen, so dass entsprechende Maßnahmen durch die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber festgelegt werden müssen.

Zu § 3 Testung:

In den in § 3 genannten Einrichtungen ist der Zutritt nur gestattet, wenn vor Betreten der Einrichtungen eine Testung mit negativem Testergebnis durchgeführt wird. Die Verpflichtung zur Durchführung einer Testung mit negativem Testergebnis gilt dabei nur für Besucherinnen und Besucher, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Beschäftigte. Für die Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner und die Betreuten gilt diese Verpflichtung grundsätzlich nicht.

Eine solche Testverpflichtung für die genannten Einrichtungen ist verhältnismäßig. Es wird auf die Ausführungen in der Begründung zu § 1 Abs. 2 verwiesen. Die Testverpflichtung ist erforderlich, um Infektionen in Einrichtungen mit besonders vulnerablen Personengruppen zu vermeiden. Zudem ist die Testverpflichtung angemessen, da diese nur einen verhältnismäßig geringen Eingriff darstellt und gleichzeitig dem Schutz von Leib und Leben der vulnerablen Personengruppen dient. Bei diesen besteht ein erhöhtes Risiko eines schweren Krankheitsverlaufs bei einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, sodass insbesondere

auch der Kontakt zu asymptomatisch erkrankten Personen vermieden werden muss. Zugleich kann durch eine Testung eine Weiterverbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 und die damit einhergehende weitergehende Belastung des Gesundheitssystems vermieden werden. Die Testverpflichtung gilt daher insbesondere in folgenden nachstehend aufgezählten Einrichtungen:

- Krankenhäuser,
- ambulante Pflegedienste, die ambulante Intensivpflege in Einrichtungen, Wohngruppen oder sonstigen gemeinschaftlichen Wohnformen erbringen,
- Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern,
- voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen sowie vergleichbare ambulante Pflegedienste soweit diese nicht solche nach § 45a Abs. 1 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch sind,
- Justizvollzugsanstalten, Abschiebungshafteinrichtungen, Maßregelvollzugseinrichtungen sowie andere Abteilungen oder Einrichtungen, wenn und soweit dort dauerhaft freiheitsentziehende Unterbringungen erfolgen, insbesondere psychiatrische Krankenhäuser und Heime für Senioren.

Im Rahmen des Hausrechts ist die Erweiterung der Testverpflichtung auf bestimmte Bereiche oder bestimmte Personengruppen im Rahmen der rechtlichen Grenzen möglich.

Die Einrichtungen in Nummer 1 Buchst. b) und d) können sowohl die Sachkosten für die Beschaffung der PoC-Antigen-Tests sowie die zusätzlich im Zusammenhang mit der Durchführung der PoC-Antigen-Testungen entstehenden Kosten, insbesondere die anfallenden Personalkosten, entsprechend der Coronavirus-Testverordnung abrechnen.

Das Ergebnis des Tests hat die Einrichtung auf Verlangen der Getesteten oder des Getesteten schriftlich zu bestätigen. Die schriftliche Bestätigung kann im Einzelfall verweigert werden. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn diese nicht zum Zwecke des Besuchs in den Einrichtungen ausgestellt wird, sondern der Besuch nur erfolgt, um missbräuchlicherweise eine schriftliche Testbestätigung zu erhalten.

Um den Eintrag von Infektionen in diesen sensiblen Bereich zu verhindern, ist daher auch eine Testung des Personals notwendig. Gleiches gilt für die Beschäftigten von ambulanten Pflegediensten, weil diese regelmäßig eine Vielzahl von pflegebedürftigen Menschen der vulnerablen Zielgruppe betreuen. Alle Beschäftigten dieser Einrichtungen haben sich daher täglich einem Test zu unterziehen, sofern keine Ausnahme nach § 1 Abs. 3 vorliegt. Dabei ist auch das Personal von Leiharbeitsfirmen einzubeziehen. Das Risiko eines unbemerkten Eintrags von SARS-CoV-2-Infektionen durch das Personal steigt mit dem Infektionsgeschehen

und den diffusen Ausbruchseignissen. Die Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen begünstigen eine schnelle Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 trotz etablierter Hygiene- und Schutzkonzepte. In Abwägung des Infektionsschutzes zur bestehenden Belastung des Personals der Einrichtungen und der notwendigen Aufrechterhaltung der Versorgung bedeutet eine tägliche Testpflicht für Beschäftigte eine verstärkte Kontrolle und damit eine erhöhte Sicherheit. In Anbetracht der Gefahren für Leib und Leben, insbesondere der vulnerablen Personen, ist eine Testpflicht angemessen.

Im Falle eines positiven Testergebnisses sollte die Einrichtungsleitung umgehend das zuständige Gesundheitsamt informieren, um sich über das weitere Vorgehen abzustimmen.

Zu § 4 Ordnungswidrigkeiten:

(1) Gemäß § 73 Abs. 1a Nr. 24 und Abs. 2 in Verbindung mit § 28 Abs. 1 Satz 1, § 28a und § 32 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes werden in Absatz 1 konkrete Tatbestände beschrieben, die als Ordnungswidrigkeiten geahndet werden können. Aufgrund der Gefahren für eine Vielzahl von Menschen, insbesondere vulnerable Personengruppen, geht der Bundesgesetzgeber für Verstöße gegen die in § 28 Abs. 1 Satz 1 und § 28a Infektionsschutzgesetz, auch in Verbindung mit einer Rechtsverordnung nach § 32 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz, angeordneten Maßnahmen von einem Unrechtsgehalt aus, der im Bereich des Ordnungswidrigkeitenrechts zu ahnden ist. Dementsprechend wurden aus Gründen der Transparenz und in Umsetzung einer Warnfunktion die entsprechenden Tatbestände der Verordnung benannt.

(2) Absatz 2 enthält den Hinweis, dass ein Bußgeldkatalog als Anlage zur Verordnung veröffentlicht wird.

Zu § 5 Vollzug:

Durch § 5 wird Klarheit dahingehend geschaffen, dass neben den primär zuständigen Gesundheitsbehörden unter den dort beschriebenen Umständen auch die Sicherheitsbehörden nach § 89 Abs. 2 SOG LSA tätig werden können. Dies kommt insbesondere auch dann in Betracht, wenn die Gesundheitsbehörde aufgrund vorübergehender Überlastung nicht in der Lage ist, tätig zu werden.

Zu § 6 Sprachliche Gleichstellung:

Die Klausel zur sprachlichen Gleichstellung stellt klar, dass die Personen- und Funktionsbezeichnungen in der Verordnung jeweils in männlicher und in weiblicher Form gelten.

Zu § 7 Inkrafttreten, Außerkrafttreten:

(1) Die Siebzehnte SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung tritt am 3. April 2022 in Kraft.

(2) In Anbetracht der Grundrechtseingriffe wird die Verordnung ständig auf ihre Verhältnismäßigkeit überprüft und an das aktuelle Infektionsgeschehen angepasst. Deshalb tritt die Verordnung am 30. September 2022 außer Kraft.