



Bayerisches Ministerialblatt

BayMBl. 2021 Nr. 281

16. April 2021

2126-1-16-G, 2126-1-6-G

Begründung der Verordnung zur Änderung der Zwölften Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung und der Einreise-Quarantäneverordnung

vom 16. April 2021

Die Begründung der Verordnung zur Änderung der Zwölften Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung vom 16. April 2021 (BayMBl. Nr. 280) wird im Hinblick auf § 28a Abs. 5 Satz 1 IfSG bekannt gemacht.

Die vorliegende Verordnung beruht auf § 32 Satz 1 in Verbindung mit §§ 28 Abs. 1, 28a, 29, 30 Abs. 1 Satz 2 IfSG in Verbindung mit § 9 Nr. 5 DelV.

Die vorliegende Verordnung hat inhaltliche Änderungen im Bereich des § 7 Abs. 2, des § 19 Abs. 3 und des § 25 der 12. BayIfSMV zum Gegenstand, die aufgrund der aktuellen Infektionslage und zum Nachvollzug der Rechtsprechung des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs erforderlich sind.

Hinsichtlich der Begründung der in der 12. BayIfSMV fortgeführten Maßnahmen wird auf die Begründung zur 11. BayIfSMV (BayMBl. 2020 Nr. 738) sowie auf die Begründungen der Verordnungen zur Änderung der 11. BayIfSMV (BayMBl. 2021 Nr. 6, BayMBl. 2021 Nr. 35, BayMBl. 2021 Nr. 55, BayMBl. 2021 Nr. 76, BayMBl. 2021 Nr. 113 und BayMBl. 2021 Nr. 150), auf die Begründung zur 12. BayIfSMV (BayMBl. 2021 Nr. 172), auf die Begründung der Verordnung zur Änderung der 12. BayIfSMV und der EQV vom 25. März 2021 (BayMBl. Nr. 225) und auf die Begründung der Verordnung zur Änderung der 12. BayIfSMV vom 9. April 2021 (BayMBl. Nr. 262) verwiesen.

Seit dem 24. März 2021 hat die Zahl der Neuinfektionen immer weiter zugenommen. Nach einem vorübergehenden Rückgang der Fallzahlen über die Osterfeiertage setzt sich der starke Anstieg der Fallzahlen fort. Am 15. April 2021 liegt die 7-Tage-Inzidenz in Bayern mit 178,4 deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 160,1 und auf dem Niveau vom 26. Dezember 2021 (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Fallzahlen_Kum_Tab.html).

Insgesamt verzeichnen nach den Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) am 15. April 2021 91 Landkreise und kreisfreie Städte in Bayern eine 7-Tage-Inzidenz von über 100, weitere 5 Landkreise und kreisfreie Städte liegen zwischen einer 7-Tage-Inzidenz von 50 und 100. 32 der Kreise weisen eine 7-Tage-Inzidenz von über 200 auf, sechs davon einen Wert von über 300 (https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4/page/page_1). Darunter befinden sich auch der Landkreis Hof mit einer 7-Tage-Inzidenz über 400 sowie die deutschlandweit am stärksten betroffene Stadt Hof mit einem Wert über 500. Stadt Hof und Landkreis Hof liegen an der Grenze zur Tschechischen Republik, die am 14. April 2021 mit einer 7-Tage-Inzidenz von 274,4 weiterhin deutlich stärker betroffen ist als Bayern (<https://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/ead3c6475654481ca51c248d52ab9c61>, Stand 14. April 2021).

Die Reproduktionszahl lag in den vergangenen Tagen über dem Wert von 1. Nach RKI-Berechnungen vom 14. April 2021 liegt der 7-Tages R-Wert für Bayern bei 1,14 und für Deutschland bei 1,11.

Die Zahl der COVID-19-Patienten, die in bayerischen Krankenhäusern und dort insbesondere auf den Intensivstationen behandelt werden müssen, nahm seit Anfang Januar 2021 kontinuierlich ab, verharrte im Anschluss jedoch auf einem gewissen Plateau (zwischen 400 und 440 Corona-Patienten in Intensivbetten mit Möglichkeit zur invasiven Beatmung). In den letzten drei Wochen war wieder ein Anstieg bei den

Belegungszahlen mit COVID-19-Patienten in den Krankenhäusern zu verzeichnen; aktuell werden bayernweit 2.522 Patienten, bei denen eine Infektion mit SARS-CoV-2 nachgewiesen wurde, stationär behandelt, davon 700 in Intensivbetten mit invasiver Beatmungsmöglichkeit (Meldungen der Krankenhäuser in IVENA vom 15. April 2021). Dabei hat sich, insbesondere in den letzten beiden Wochen, eine Beschleunigung der Belegung von Intensivbetten mit invasiver Beatmungsmöglichkeit durch COVID-19-Patienten abgezeichnet. Waren am 30. März 2021 546 Intensivbetten mit invasiver Beatmungsmöglichkeit mit COVID-19-Patienten belegt, beläuft sich die aktuelle Zahl auf 700. Auch wenn sich aktuell im Bereich der COVID-19-Patienten, die intensivmedizinisch behandelt werden müssen, eine *kurzfristige* Plateaubildung abzuzeichnen scheint, die engmaschig beobachtet werden muss, ist aus den vorliegenden Zahlen ersichtlich, dass die Krankenhäuser in Vorbereitung der Aufnahme weiterer COVID-19-Fälle wieder planbare Operationen zurückstellen müssen. Es ist weder medizinisch noch ethisch vertretbar, über längere Zeiträume diese Patienten hintanzustellen. Selbst während der kurzen Zeitspanne, in welcher die Zahl der in bayerischen Krankenhäusern behandelten COVID-19-Patienten rückläufig war, waren insbesondere die Intensivstationen weitestgehend ausgelastet – zum Teil mit COVID-19-Patienten, zum Teil mit anderen Patienten. Aus diesem Grund bewegte sich der Ausgangspunkt der dritten Pandemiewelle hinsichtlich der mit COVID-19-Patienten belegten Intensivkapazitäten auf einem wesentlich höheren Niveau als zu Beginn der vorherigen Wellen. Während die Minimalbelegung von Intensivbetten mit invasiver Beatmungsmöglichkeit mit COVID-19-Patienten im Sommer 2020 am 7. August bei 17 lag, belief sich der entsprechende Tiefstwert zwischen zweiter und dritter Welle am 7. März 2021 auf 388. Zudem berichten die Krankenhäuser von jüngeren Patienten mit wesentlich längerer Liegedauer als in der vorherigen Welle, was einerseits als Erfolg der Impfungen bei Hochbetagten sowie in Alten- und Pflegeheimen zu verbuchen ist, andererseits aber voraussichtlich zu einer noch angespannteren Belegungssituation in den Kliniken führen wird. Auch die Zahl der freien Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung ist weiterhin niedrig: Während am 28. Oktober 2020 noch 660 freie Intensivbetten mit der Möglichkeit zur invasiven Beatmung in Bayern verfügbar waren, sind es aktuell lediglich 343 freie Betten (Stand 15. April 2021). Einzelne Krankenhäuser und Leitstellen melden weiterhin, dass in ihrem Einzugsgebiet nur noch wenige Intensivbetten mit invasiver Beatmungsmöglichkeit zur Verfügung stehen. Wenig freie Kapazitäten (unter zehn Intensivbetten mit invasiver Beatmungsmöglichkeit) stehen derzeit laut Meldungen der Krankenhäuser u. a. in den Leitstellenbereichen Fürstfeldbruck, Erding, Traunstein, Allgäu, Landshut, Ansbach, Mittelfranken Süd, Untermain, Nordoberpfalz und Bayreuth zur Verfügung. Anders als in der ersten Welle im Frühjahr 2020 befindet sich – wie auch schon im Rahmen der zweiten Welle – auch die Zahl der COVID-19-Patienten auf den Allgemeinpflagestationen in den Krankenhäusern auf hohem Niveau. Am 28. Oktober 2020 waren es 869 Patienten, die wegen einer SARS-CoV-2-Infektion im Krankenhaus auf einer Normalstation behandelt werden mussten, aktuell (Stand 15. April 2021) sind es 1.762 Patienten. Die Krankenhäuser berichten daher weiterhin von einer verstärkten personellen Belastung. Angesichts der zunehmenden Verbreitung von besorgniserregenden Virusvarianten („Variants of Concern“, VOC) besteht die Gefahr, dass sich die Belegungssituation der Krankenhäuser weiter verschärfen wird.

Der Rückgang der Sterbefälle, der bis zur KW 11 (15. bis 21. März 2021) auf 154 Todesfälle in der Woche beobachtet werden konnte, hat sich nicht fortgesetzt. Für die KW 12 (22. bis 28. März 2021) und die KW 13 (29. März bis 4. April 2021) wurden mit 170 bzw. 173 Todesfällen in der Kalenderwoche wieder steigende Todesfallzahlen berichtet. Auch in der KW 14 (5. bis 11. April 2021) wurden mit 183 Sterbefällen mehr Fälle als in der Vorwoche verzeichnet.

In Bayern wurden bisher 3.235.820 Impfungen durchgeführt, 2.362.730 entfallen auf Erstimpfungen und 873.090 auf Zweitimpfungen (Stand 15. April 2021). Die Erstimpfquote beträgt damit derzeit rund 18 %. Seit 31. März 2021 finden auch Impfungen in Arztpraxen im Rahmen der Regelversorgung statt. Von 31. März 2021 bis 14. April 2021 wurden hier 270.645 Impfungen durchgeführt, die in den zuvor genannten Imp fzahlen enthalten sind. Von 831.499 Personen über 80 Jahren in Bayern (vgl. Bericht zur Altersstruktur Bay. Landesamt für Statistik zum 31. Dezember 2019) haben 627.721 mindestens eine Impfung in den Imp fzentren oder durch die mobilen Imp fteams erhalten, was einem Anteil von 75,5 % entspricht. Mittlerweile finden in fast allen Imp fzentren bereits die Impfungen von Personen, die mit hoher Priorität Anspruch auf eine Schutzimpfung haben, statt. In einigen Imp fzentren wurde auch schon mit der Impfung von Personen, die mit erhöhter Priorität Anspruch auf die Schutzimpfung haben, begonnen. So haben inzwischen 33,7 % der Personen in der Altersgruppe 70 bis 80 Jahre und 13,6 % der Personen in der Altersgruppe 60 bis 70 Jahre in den Imp fzentren mindestens eine Impfung erhalten. Bei den nachfolgenden Altersgruppen sind die Imp fquoten jedoch noch deutlich geringer.

Das RKI schätzt die Situation weltweit, in Europa und in Deutschland weiterhin als sehr dynamisch und ernst zu nehmend ein. Aufgrund der anhaltend hohen Fallzahlen und des aktuell beschleunigten Wiederanstiegs der Inzidenz wird die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland insgesamt als sehr hoch bewertet. Die Zahl der Übertragungen des Coronavirus SARS-CoV-2 in der Bevölkerung nimmt weiterhin deutlich zu. Die 7-Tage-Inzidenz für ganz Deutschland steigt seit Mitte Februar 2021 stark an und liegt deutlich über 100, ebenso steigt die Zahl der Landkreise mit einer 7-Tage-Inzidenz über 100. Das Geschehen ist nicht regional begrenzt. Etwa seit Mitte März hat sich der Anstieg der Fallzahlen beschleunigt. Nach einem vorübergehenden Rückgang der Fallzahlen über die Osterfeiertage setzt sich der starke Anstieg der Fallzahlen fort – in allen Altersgruppen, besonders stark jedoch in jüngeren Altersgruppen. Auch bei den über 80-Jährigen hat sich der wochenlang abnehmende Trend nicht fortgesetzt. Beim Großteil der Fälle ist der Infektionsort nicht bekannt. COVID-19-bedingte Ausbrüche betreffen momentan insbesondere private Haushalte, zunehmend auch Kindertagesstätten, Schulen und das berufliche Umfeld, während die Anzahl der Ausbrüche in Alters- und Pflegeheimen abgenommen hat. Der Positivenanteil der Testungen nimmt wieder zu und liegt bei über 12 %. Impfstoffe sind noch nicht in ausreichender Menge verfügbar und die Therapie schwerer Krankheitsverläufe ist komplex und langwierig; ein nicht unerheblicher Teil erfordert eine intensivmedizinische Behandlung. Eine Verschärfung der Situation wird durch die VOC verursacht. Insbesondere die zunächst in Großbritannien beschriebene Variante B.1.1.7 besitzt eine deutlich höhere Übertragbarkeit, zudem steht eine erhöhte Fallsterblichkeit im Raum. Für die südafrikanische VOC B.1.351 und die brasilianische VOC P.1 wird eine verringerte Wirkung neutralisierender Antikörper diskutiert, wodurch die Immunität gegenüber diesen Varianten schwächer ausgeprägt sein könnte bei Personen, die an der ursprünglichen SARS-CoV-2-Variante erkrankt waren oder eine Impfung erhalten haben. Das European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) hat das Risiko, das mit der weiteren Verbreitung der VOC einhergeht, am 15. Februar 2021 für die Allgemeinbevölkerung als „hoch“ bis „sehr hoch“ und für vulnerable Personen als „sehr hoch“ eingeschätzt. Es warnt vor einer mit einer verstärkten Ausbreitung einhergehenden Erhöhung der Hospitalisierungs- und Sterberaten in allen Altersgruppen, insbesondere aber bei älteren Menschen und Personen mit Vorerkrankungen. Insgesamt ist die VOC B.1.1.7 inzwischen in Deutschland der vorherrschende COVID-19-Erreger. Es ist zu erwarten, dass der Anstieg der Fallzahlen insgesamt und der Infektionen durch die VOC B.1.1.7. zu einer deutlich ansteigenden Anzahl von Hospitalisierungen und intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten führen werden. Bundesweit ist seit Mitte März wieder ein deutlicher Anstieg der COVID-19-Fallzahlen auf Intensivstationen zu verzeichnen. Mit einer Abschwächung des Anstiegs der COVID-19-Fälle in Deutschland ist derzeit nicht zu rechnen; auch die bisher erreichten Impfquoten sind hierfür noch zu niedrig.

Es ist daher von entscheidender Bedeutung, die Übertragung und Ausbreitung von SARS-CoV-2 so gering wie möglich zu halten und Ausbrüche zu verhindern, um Belastungsspitzen im Gesundheitswesen zu vermeiden. Ferner kann hierdurch mehr Zeit für die weitere Produktion und Verteilung von Impfstoffen, die Durchführung von Impfungen sowie die Entwicklung von antiviralen Medikamenten gewonnen werden.

Vor dem Hintergrund dieses Lagebildes sind in der 12. BaylFSMV folgende Änderungen zur bisherigen Rechtslage erforderlich:

Die Änderungen des § 7 Abs. 2 dienen der Anpassung an den Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 30. März 2021 (20 NE 21.805). Die Neuregelung orientiert sich an den Regelungen für Gottesdienste und Zusammenkünfte von Glaubensgemeinschaften nach § 6 und sieht für Versammlungen in geschlossenen Räumen nunmehr eine Höchstteilnehmerzahl nach der Anzahl der vorhandenen Plätze, bei denen ein Mindestabstand von 1,5 m zu anderen Plätzen gewahrt wird, sowie eine FFP2-Maskenpflicht für die Teilnehmer vor. Zusätzlich wird für Versammlungen, bei denen mehr als 100 Teilnehmer zu erwarten sind, eine Pflicht zur Anzeige bei der zuständigen Kreisverwaltungsbehörde etabliert; Art. 13 Abs. 1 bis 4 BayVersG gilt entsprechend.

Der Ordnungsgeber ist sich dabei bewusst, dass Versammlungen in geschlossenen Räumen durch Art. 8 des Grundgesetzes vorbehaltlos gewährleistet werden. Unter Abwägung der für die freiheitliche demokratische Grundordnung konstituierenden Bedeutung der Versammlungsfreiheit mit der staatlichen Schutzpflicht bezogen auf das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes, Art. 100 f. der Verfassung des Freistaates Bayern), zu dem auch die Aufrechterhaltung einer angemessenen Gesundheitsversorgung gehört (vgl. Art. 99 Satz 2 Halbsatz 2 der Verfassung) kommt der Ordnungsgeber jedoch zur Einschätzung, dass aufgrund der besonders in geschlossenen Räumen erhöhten Infektionsgefahren Beschränkungen der Versammlungsfreiheit erforderlich sind, um das exponentielle Wachstum bei den Neuinfektionen – insbesondere vor dem Hintergrund des sehr

dynamischen Infektionsgeschehens und der vorherrschenden Virusvariante B.1.1.7. mit der höheren Kontagiosität – aufzuhalten.

Ein hohes Teilnehmeraufkommen führt insbesondere bei Personen in Bewegung und an spezifischen Orten (z. B. Ein- und Ausgänge, Toiletten und Sanitäranlagen) sowie zu spezifischen Zeiten (z. B. Beginn und Ende der Versammlung, in Pausen) zum erhöhten Risiko der Nichteinhaltung von Mindestabständen. Selbst bei Einhaltung der Mindestabstände kommt es bei einer großen Anzahl an Versammlungsteilnehmern in geschlossenen Räumen zu einer Aerosolanreicherung und damit zu einem Anstieg der Ansteckungsgefahr. Lautes Sprechen und Rufen verstärkt diese Gefahr aufgrund der erhöhten Aerosolbelastung noch. Daher wird – wie bereits in anderen Bereichen mit vergleichbarer Gefahrenlage – anstelle der einfachen Maskenpflicht nunmehr eine FFP2-Maskenpflicht vorgesehen, um der erhöhten Ansteckungsgefahr stärker entgegenzuwirken. Zudem ist eine Verpflichtung zur vorherigen Anmeldung größerer Versammlungen auch in geschlossenen Räumen erforderlich, um den zuständigen Behörden die Möglichkeit zu geben, die infektionsschutzrechtlich relevanten Rahmenbedingungen der geplanten Versammlung im Vorhinein zu prüfen und erforderlichenfalls die notwendigen ergänzenden Schutz- und Hygieneanordnungen zu erlassen.

Die versammlungsbeschränkenden Regelungen des § 7 Abs. 2 sind angemessen, weil sie die Ausübung der Versammlungsfreiheit in geschlossenen Räumen grundsätzlich ermöglichen und das Selbstbestimmungsrecht des Veranstalters und der Versammlungsteilnehmer über Ort, Zeitpunkt, Art und Inhalt der Versammlung in hinnehmbarem Umfang betreffen. Zudem können durch die Kreisverwaltungsbehörden weitergehende Ausnahmegenehmigungen im Einzelfall erteilt werden und so die Besonderheit einer konkreten Versammlung Berücksichtigung finden. Das Grundrecht der Versammlungsfreiheit gilt im Übrigen unterschiedslos für öffentliche und nichtöffentliche Versammlungen, weshalb § 7 keine Differenzierung vornimmt. Auch die Infektionsgefahren unterscheiden sich nicht.

Die Änderung in § 19 Abs. 3 dient der Sicherstellung, dass Schulkinder auch in Präsenzbetreuungsangeboten nach § 19 Abs. 1 und Abs. 2 nur dann teilnehmen dürfen, wenn sie entsprechend der für den Präsenzunterricht und die Notbetreuung geltenden Vorgaben des § 18 Abs. 4 getestet sind. Damit soll ein infektionsschutzrechtlich problematisches Aufeinandertreffen von getesteten und ungetesteten Schülerinnen und Schülern in den Präsenzbetreuungsangeboten vermieden werden.

Neu geschaffen wird § 25 Abs. 2, wonach in Landkreisen und kreisfreien Städten, in denen eine 7-Tage-Inzidenz von 200 überschritten wird, die zuständige Kreisverwaltungsbehörde durch Allgemeinverfügung anordnen kann, dass Beschäftigte bestimmter Betriebe und Einrichtungen nur dann in Präsenz am Arbeitsplatz eingesetzt werden dürfen, wenn sie über den Nachweis eines aktuellen PCR-, Schnell- oder Selbsttests mit negativem Ergebnis verfügen. Damit wird die entsprechende Befugnis der Kreisverwaltungsbehörden nach § 28 Abs. 1, § 28a Abs. 1 Nr. 14 IfSG klargestellt und konkretisiert. Eine Anordnung durch die örtlichen Kreisverwaltungsbehörden, die eine Testobliegenheit begründet, ermöglicht eine flexible und an die örtliche Wirtschaftssituation angepasste Handhabung.

Soweit durch § 2 der vorliegenden Verordnung die Geltungsdauer der EQV verlängert wird, gilt zusätzlich zum bereits Ausgeführten noch Folgendes:

Die Infektionszahlen weltweit und auch innerhalb der Europäischen Union befinden sich weiterhin auf einem sehr hohen und in den letzten Tagen stark steigendem Niveau. Die 7-Tage-Inzidenzen der Anrainerstaaten Bayerns liegen dabei zum Teil deutlich höher als im Freistaat. Nach Zahlen des RKI liegen Bayern und die Bundesrepublik Deutschland am 15. April 2021 bei einer 7-Tage-Inzidenz von 178,4 bzw. 160,1 (https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4/page/page_0/, Stand 15. April 2021). Die WHO weist für Deutschland als Ganzes mit 160,6 (Stand: 14. April 2021) eine etwas höhere Inzidenz als das RKI aus. Die Schweiz liegt nach Zahlen der WHO bei einer 7-Tage-Inzidenz von 137,1. Demgegenüber liegen die 7-Tage-Inzidenzen in Österreich mit 202,1 und in der Tschechischen Republik mit 274,4 deutlich über dem Niveau des WHO-Werts für Deutschland (<https://who.maps.arcgis.com/apps/opsoashboard/index.html#/ead3c6475654481ca51c248d52ab9c61>, Stand 14. April 2021).

Daher muss zusätzlich zu den fortgeltenden Einschränkungen im Inland sichergestellt werden, dass durch Einreisen in die Bundesrepublik Deutschland keine neuen Infektionsherde im Inland entstehen. Es hat sich bereits gezeigt, dass sich neue Infektionsherde oftmals nach Einreise aus Risikogebieten bilden. Auch muss der Eintrag von Virusvarianten mit einer (potenziell) höheren Infektiosität möglichst verhindert werden. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Infektionsgeschehen in den verschiedenen Staaten ist eine Differenzierung bei der Absonderungspflicht geboten. Diese kann auf Personen beschränkt werden, die sich

vor ihrer Einreise nach Deutschland in einem Risikogebiet aufgehalten haben. Insofern ist weiterhin von einer Ansteckungsgefahr bei diesen Personen auszugehen.

Daher ist eine Verlängerung der Regelungen der Einreise-Quarantäneverordnung – die gemäß § 28a Abs. 5 Satz 2 Halbsatz 2 IfSG grundsätzlich möglich ist – bis einschließlich 9. Mai 2021 zwingend geboten.

Hinsichtlich der Begründung der in der EQV fortgeführten Maßnahmen wird zunächst auf die Begründung der Verordnung zur Änderung der Einreise-Quarantäneverordnung (EQV) vom 29. November 2020 (BayMBl. Nr. 682), die Begründung der Zehnten Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (10. BayIfSMV) vom 8. Dezember 2020 (BayMBl. Nr. 712), deren § 29a eine inhaltliche Änderung der EQV zum Gegenstand hatte, auf die Begründung der Verordnung zur Änderung der Einreise-Quarantäneverordnung (EQV) vom 30. Dezember 2020 (BayMBl. Nr. 820), auf die Begründung der Verordnung zur Änderung der Einreise-Quarantäneverordnung vom 15. Januar 2021 (BayMBl. Nr. 37), die Begründung der Verordnung zur Änderung der Elften Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung und der Einreise-Quarantäneverordnung vom 28. Januar 2021 (BayMBl. Nr. 76), auf die Begründung der Verordnung zur Änderung der Einreise-Quarantäneverordnung vom 12. Februar 2021 (BayMBl. Nr. 115), die Begründung der Verordnung zur Änderung der Einreise-Quarantäneverordnung vom 5. März 2021 (BayMBl. Nr. 170) und die Begründung der Verordnung zur Änderung der Zwölften Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung und der Einreise-Quarantäneverordnung vom 25. März 2021 (BayMBl. Nr. 225) verwiesen.

Der Verordnungsgeber ist aufgrund der grundrechtlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG für Leben und körperliche Unversehrtheit verpflichtet, Maßnahmen zum Schutz dieses Rechtsguts zu ergreifen. Hierbei kommt ihm angesichts der nach wie vor ungewissen und sich dynamisch verändernden Gefahrenlage ein weiter Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum zu.

Der Voraufenthalt in einem vom Robert Koch-Institut im Sinne des § 2 Nr. 17 IfSG veröffentlichten Risikogebiet begründet einen Ansteckungsverdacht gemäß § 30 Abs. 1 Satz 2 in Verbindung mit § 2 Nr. 7 IfSG. Nach § 2 Nr. 7 IfSG ist eine Person ansteckungsverdächtig, von der anzunehmen ist, dass sie Krankheitserreger aufgenommen hat, ohne krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider zu sein. Nach § 2 Nr. 17 IfSG ist ein Risikogebiet ein Gebiet außerhalb Deutschlands, für das vom Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt und dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat ein erhöhtes Risiko für eine Infektion mit einer bestimmten bedrohlichen übertragbaren Krankheit festgestellt wurde. Bei dem Coronavirus SARS-CoV-2 handelt es sich um eine solche Krankheit. Die Einstufung eines Gebiets als SARS-CoV-2-Risikogebiet durch die vorgenannten Behörden basiert aktuell auf einer zweistufigen Bewertung. Zunächst wird festgestellt, in welchen Staaten/Regionen es in den letzten sieben Tagen mindestens 50 Neuinfizierte pro 100 000 Einwohner gab (sog. 50er-Inzidenz).

Ist die 50er-Inzidenz in einer Region erreicht bzw. überschritten, ist aus epidemiologischer Sicht damit zu rechnen, dass das Infektionsgeschehen eine Dynamik angenommen hat, die sich nur noch schwer kontrollieren lässt. Auch wenn in Teilen Deutschlands die 7-Tage-Inzidenz weitaus höher liegt, ist bei der ersten Stufe der Risikogebieteausweisung die 50er-Inzidenz maßgeblich. Die daraus ggf. resultierende Unterscheidung von Daheimgebliebenen und innerhalb Deutschlands Reisenden im Vergleich zu Einreisenden aus dem Ausland stellt dabei keine Ungleichbehandlung wesentlich gleicher Sachverhalte dar; sie ist jedenfalls gerechtfertigt. Das Bewegungs- und damit Kontaktpprofil von Auslandsreisenden unterscheidet sich typischerweise von dem Daheimgebliebener und innerhalb Deutschlands Reisender. Durch die stärkere Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln, öffentlicher Infrastruktur (Flughäfen, Beherbergungsbetriebe) und die bei Auslandsreisen oft eintretende Kontaktaufnahme mit Personen, die nicht dem alltäglichen Umfeld entstammen, ist das Verhalten von Auslandsreisenden typisierbar eher gefahrgeneigt. Dies unterscheidet sie auch gegenüber innerhalb Deutschlands Reisenden, da in Deutschland vielerorts Beherbergungsbetriebe für touristische Zwecke, Gastronomie- und Kulturbetriebe geschlossen sind. Der Verordnungsgeber hat zudem keinen Einfluss auf Maßnahmen der Pandemiebekämpfung im Ausland und kann auch nicht nachprüfen, welchen Infektionsrisiken Einreisende im Einzelfall ausgesetzt gewesen sind.

Hinzukommt, dass im Rahmen der zweiten Stufe der Risikogebieteausweisung anhand weiterer qualitativer und quantitativer Kriterien festgestellt wird, ob trotz eines Unter- oder Überschreitens der Inzidenz ein erhöhtes bzw. nicht erhöhtes Infektionsrisiko begründet ist. Das Auswärtige Amt liefert auf der Grundlage der Berichterstattung der deutschen Auslandsvertretungen qualitative Berichte zur Lage vor Ort, die auch die jeweils getroffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie beleuchten. Maßgeblich für die Bewertung sind insbesondere die Infektionszahlen im Vergleich zu den Testkapazitäten sowie

durchgeführten Tests pro Einwohner sowie in den Staaten ergriffene Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens (Hygienebestimmungen, „Lockdownmaßnahmen“, Kontaktnachverfolgung etc.) und die Krankenhausbelegung. Hierbei wird auch geprüft, ob die Inzidenz nicht auf lokal begrenzte Infektionsgeschehen in dem betroffenen Gebiet zurückzuführen ist. Ebenso wird berücksichtigt, wenn keine verlässlichen Informationen für bestimmte Staaten vorliegen. Für die EU-Mitgliedstaaten wird seit der 44. Kalenderwoche 2020 auch die nach Regionen aufgeschlüsselte Karte des Europäischen Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) berücksichtigt. Die Karte enthält Daten zur Rate der Neuinfektionen, Testpositivität und Testrate. Außerdem werden auf der zweiten Stufe grundsätzlich Daten und Erkenntnisse der WHO, des ECDC, des Robert Koch-Instituts sowie privater Institutionen (z. B. Johns Hopkins University) berücksichtigt.

Anhand dieses zweistufigen Prozesses werden die Staaten und Regionen nach Ansteckungsgefahr in zwei Kategorien eingeteilt – Risikogebiete und Nichtrisikogebiete. Aufgrund dieser detaillierten Prüfung bei der Risikogebietsausweisung auf Bundesebene ergibt sich, dass bereits ein Aufenthalt in einem Risikogebiet einen Ansteckungsverdacht begründet. Aufgrund der Gefährlichkeit eines Eintrags von Neuinfektionen, gerade im Hinblick auf die bereits aufgetretenen besorgniserregenden Varianten (VOC) oder noch zu erwartenden VOC, können an die Begründung eines Ansteckungsverdachts keine überzogenen Erwartungen gestellt werden.

Der Verlängerung der Einreise-Quarantäneverordnung steht nicht die nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Fortgeltung der die epidemische Lage von nationaler Tragweite betreffenden Regelungen (EpiLage-Fortgeltungsgesetz) vom 29. März 2021 (BGBl. I S. 370) in § 36 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 IfSG geschaffene Kompetenz des Bundes entgegen. Zwar ermöglicht § 36 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 IfSG, dass die Bundesregierung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates festlegen kann, dass Personen, die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen wollen oder eingereist sind und bei denen die Möglichkeit besteht, dass sie einem erhöhten Infektionsrisiko für die Krankheit ausgesetzt waren, insbesondere, weil sie sich in einem entsprechenden Risikogebiet aufgehalten haben, ausschließlich zur Feststellung und Verhinderung der Verbreitung dieser Krankheit verpflichtet sind, sich unverzüglich nach der Einreise für einen bestimmten Zeitraum in geeigneter Weise auf eigene Kosten abzusondern. Jedoch hat die Bundesregierung von dieser Verordnungskompetenz bislang nicht Gebrauch gemacht, so dass die Länder, solange der Bund keine bundeseinheitliche Einreise-Quarantäneverordnung erlässt, entsprechende Landesverordnungen erlassen können. Von der fortgeltenden Verordnungsermächtigung der Länder gehen auch die Bundesregierung und der Bundesgesetzgeber aus. Die infolge der Empfehlung des Ausschusses für Gesundheit (BT-Drs. 19/27291) in das EpiLage-Fortgeltungsgesetz aufgenommene Änderung des § 36 Abs. 8 IfSG wird damit begründet, dass künftig eine bundeseinheitliche Regelung für eine Quarantäne nach Aufenthalt in Risikogebieten vorgesehen sei (BT-Drs. 19/27291 S. 63). Darin kommt eine grundsätzliche Billigung des Bundesgesetzgebers von Regelungen zur Einreise-Quarantäne auch durch die Länder zum Ausdruck. Bereits aus dem Regelungsziel des Bundesgesetzgebers erschließt sich, dass es nicht seine Absicht war, die derzeit in Rechtsverordnungen der Länder auf der Grundlage von § 32 IfSG getroffenen Regelungen über die Quarantänepflicht von Personen, die nach einem Voraufenthalt in einem Risikogebiet einreisen, der Sache nach zu beseitigen. Vielmehr ist ersichtlich, dass er diese Regelungen zu gegebener Zeit durch eine inhaltlich entsprechende, bundeseinheitliche und daher von der Bundesregierung zu treffende Regelung ersetzt sehen wollte. Aufgrund dessen geht der Bundesgesetzgeber erkennbar davon aus, dass die Länder auf der Grundlage der Ermächtigung des § 32 IfSG die Fragen der Einreise-Quarantäne so lange wirksam regeln können, bis eine Verordnung der Bundesregierung auf der Grundlage von § 36 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 IfSG in Kraft tritt. Dem Regelungsziel des Bundesgesetzgebers würde es diametral widersprechen, wenn man an die Neuregelung in § 36 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 IfSG die Rechtsfolge knüpfen wollte, dass bereits mit dem Inkrafttreten des § 36 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 IfSG die Länder keine Rechtsgrundlage zur Regelung einer Einreise-Quarantänepflicht mehr hätten. Dadurch würde eine vom Bundesgesetzgeber ersichtlich nicht gewollte schwerwiegende Regelungslücke im Rahmen der zwischen Bund und Ländern abgestimmten Gesamtstrategie zur Eindämmung der Corona-Pandemie entstehen. Wäre es bis zum Erlass einer Bundesverordnung uneingeschränkt möglich, aus Risikogebieten nach Bayern bzw. in die Bundesrepublik einzureisen, ohne einer Absonderungspflicht zu unterliegen, bestünde die Gefahr, dass die bisher erreichten Ziele – Eindämmung der Neuinfektionen und Nachverfolgbarkeit von Infektionsketten – konterkariert würden.

Gleichwohl wäre aus Sicht des Ordnungsgebers der möglichst umgehende Erlass einer Rechtsverordnung der Bundesregierung auf der Grundlage von § 36 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 IfSG sachgerecht und notwendig, um einerseits verbleibende Zweifelsfragen über die Rechtslage – auch im Hinblick auf die Ausführungen des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs in seinen Beschlüssen zur Einreise-

Quarantäneverordnung vom 14. April 2021 (Az. 20 NE 21.850 und 20 NE 21.963) – auszuräumen, als auch eine bundesweit einheitliche Regelung der mit Voraufenthalten in Risikogebieten verbundenen Quarantänepflichten und eine Harmonisierung mit den Regelungen der Coronavirus-Einreiseverordnung herbeizuführen. Dafür setzt sich die Staatsregierung mit Nachdruck ein.

Bei einem Verzicht auf die Verlängerung der Geltungsdauer der Einreise-Quarantäneverordnung, die auf einer Muster-Quarantäneverordnung der Bundesregierung beruht, wäre allerdings eine weder auf Bundes- noch auf Landesebene gewollte Regelungslücke bis zum Erlass von bundesrechtlichen Regelungen zur Einreise-Quarantäne entstanden. Für den absehbar eng begrenzten Zeitraum bis zum Inkrafttreten einer bundesrechtlichen Verordnung auf Basis des § 36 Abs. 8 Satz 1 Nr. 1 IfSG, die voraussichtlich – wie auch die bisherige Muster-Quarantäneverordnung der Bundesregierung – eine inhaltlich weitgehend entsprechende Regelung der Quarantänepflichten vorsehen wird, bedarf es der Fortgeltung der bisherigen Regelungen der Einreise-Quarantäneverordnung. Anderenfalls wären nicht hinnehmbare negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Infektionsgeschehens zu befürchten.

Die Maßnahmen der vorliegenden Verordnung sind – wie durch § 28a Abs. 5 Satz 1 IfSG angeordnet – zeitlich befristet.

Impressum

Herausgeber:

Bayerische Staatskanzlei, Franz-Josef-Strauß-Ring 1, 80539 München

Postanschrift: Postfach 220011, 80535 München

Telefon: +49 (0)89 2165-0, E-Mail: direkt@bayern.de

Technische Umsetzung:

Bayerische Staatsbibliothek, Ludwigstraße 16, 80539 München

Druck:

Justizvollzugsanstalt Landsberg am Lech, Hindenburgring 12, 86899 Landsberg am Lech

Telefon: +49 (0)8191 126-725, Telefax: +49 (0)8191 126-855, E-Mail: druckerei.betrieb@jva-ll.bayern.de

ISSN 2627-3411

Erscheinungshinweis / Bezugsbedingungen:

Das Bayerische Ministerialblatt (BayMBl.) erscheint nach Bedarf, regelmäßiger Tag der Veröffentlichung ist Mittwoch. Es wird im Internet auf der Verkündungsplattform Bayern www.verkuendung.bayern.de veröffentlicht. Das dort eingestellte elektronische PDF/A-Dokument ist die amtlich verkündete Fassung. Die Verkündungsplattform Bayern ist für jedermann kostenfrei verfügbar.

Ein Ausdruck der verkündeten Amtsblätter kann bei der Justizvollzugsanstalt Landsberg am Lech gegen Entgelt bestellt werden. Nähere Angaben zu den Bezugsbedingungen können der Verkündungsplattform Bayern entnommen werden.