

Konsolidierte Begründung zur Coronaschutzverordnung (CoronaSchVO)

vom 17. August 2021

Aktualisierung in roter Schrift: Begründung zur Verordnung zur Änderung der Coronaschutzverordnung vom 27. August 2021

Aktualisierung in grüner Schrift: Begründung zur Achtunddreißigsten Verordnung zur Änderung von Rechtsverordnungen zum Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 vom 10. September 2021

I. Grundsätze

Mit der am 17.08.2021 verkündeten neuen CoronaSchVO erfolgt eine vollständige Überarbeitung des bisherigen Schutzregimes zur Bekämpfung der aktuellen Coronapandemie. Unter Beibehaltung des zentralen Zieles der Coronaschutzverordnung, eine Ausbreitung der Pandemie so zu begrenzen, dass möglichst viele schwere Krankheitsverläufe verhindert werden und eine Überlastung der medizinischen Versorgungsstruktur verhindert wird, erfolgt eine erhebliche Reduzierung und Fokussierung der verbindlichen Verhaltensregelungen. Vor allem aber wird die Allgemeingültigkeit der Regelungen für alle Bewohnerinnen und Bewohner zugunsten einer grundsätzlichen Unterscheidung zwischen geimpften und genesenen (immunisierten) Personen und nicht immunisierten Personen abgelöst. Diese „Zeitenwende“ im Regelungsregime der nordrhein-westfälischen Coronaschutzverordnung war nicht nur möglich, sondern rechtlich geboten, weil mit 66,8 % mindestens einmal und 59,6 % vollständig geimpfter Personen der Großteil der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen über einen vollständigen Impfschutz und damit auch nach allen zurzeit vorliegenden Erkenntnissen über einen wirksamen Schutz vor schweren Krankheitsverläufen verfügen. „Alle Impfstoffe, die zurzeit in Deutschland zur Verfügung stehen, schützen nach derzeitigem Erkenntnisstand bei **vollständiger** Impfung wirksam vor einer schweren Erkrankung.“, stellt das Robert Koch-Institut in seinem Wochenbericht vom 19.08.2021 fest¹. Dies lässt sich auch an den Zahlen für Nordrhein-Westfalen deutlich ablesen, wie eine Auswertung der IFSG-Meldezahlen durch das Landeszentrum Gesundheit NRW am 17.08.2021 ergeben hat. Die wesentlichen Erkenntnisse der Auswertung des Datenbestandes zum 11.08.2021 können so zusammengefasst werden:

¹ Vgl. u.a. Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) 19.08.2021 – AKTUALISIRTER STAND FÜR DEUTSCHLAND (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-08-19.pdf?blob=publicationFile)

1. Für die Fälle mit Angaben zur Hospitalisierung (14.385) im Meldesystem nach IfSG beträgt die Hospitalisierungsquote insgesamt 6 %. Das entspricht dem bundesweiten Durchschnitt für diesen Zeitraum.
2. Der Anteil schwerer (hospitalisierungspflichtiger) im Meldesystem dokumentierten Verläufe steigt mit zunehmendem Alter stark an. Er liegt in der jüngsten Altersgruppe bei nur 2 % und erreicht auch bei den 40 bis 59jährigen noch lediglich 9 %. Er steigt dann allerdings in großen Schritten auf 20 % bei den 60 bis 79jährigen und erreicht bei den Ältesten 49 %.
3. Der geringere Anteil vollständig geimpfter Menschen in den jüngeren Altersgruppen und die entsprechend deutlich höheren Inzidenzen führen allerdings dazu, dass bezogen auf die Bevölkerungsanteile Menschen zwischen 20 und 39 Jahren besonders häufig im Krankenhaus behandelt werden müssen, sogar häufiger als die Gruppe der 40 bis 59jährigen. Noch höher liegt der Anteil nur bei den Ältesten ab 80 Jahren. Sie werden zwar am seltensten infiziert, erkranken dann aber weit überdurchschnittlich häufig schwer.
4. Von den insgesamt 891 Meldefällen mit einer bekannten Hospitalisierung waren
 - nur 13 % vollständig immunisiert
 - mehr als die Hälfte (56 %) nicht geimpft
 - 17 % noch nicht vollständig immunisiert (einschl. unvollständiger Angaben des Impfstatus) und
 - 15 % ohne Angaben zum Impfstatus.
5. Bezogen auf die Altersgruppen ist festzustellen, dass
 - In den beiden jüngeren Altersgruppen praktisch alle Hospitalisierten nicht oder nur unvollständig geimpft sind (95 % bzw. 94 %).
 - Das gilt nur wenig abgemildert auch für die 40 bis 59jährigen bzw. die 60 bis 79jährigen (89 % bzw. 86 %). Hierunter findet sich allerdings auch bereits ein nicht unbeachtlicher Anteil von vollständig Immunisierten (11 % bzw. 14 %).
 - Auch bei den Ältesten wirkt der Impfschutz erkennbar gut. Jedoch scheint die hohe Impfquote der Älteren zwar insgesamt gut vor Infektionen zu schützen, eine trotzdem erworbene Infektion zieht aber in immerhin einem Drittel der gemeldeten Fälle auch einen schwereren Verlauf nach sich.

Gerade die Feststellungen unter den Nummern 4 und 5 verdeutlichen in allen Fallgruppen die Relevanz der Impfung für den Schutz vor schweren Krankheitsverläufen. Die Relevanz der Impfung wird zusätzlich dadurch gestützt, dass sich Geimpfte nach zahlreichen derzeit vorliegenden Studien signifikant seltener mit dem Virus anstecken und zumindest mit hoher Wahrscheinlichkeit im Fall einer Infektion auch eine geringere Viruslast und damit ein geringeres Risiko der Infektionsweitergabe aufweisen. Damit stellen geimpfte Personen für die Verbreitung der Infektion ein erheblich geringeres Risikopotential dar. Ihr Beitrag zu einer

möglichen Überlastung des Gesundheitssystems ist um ein Vielfaches geringer als der von ungeimpften Personen. Das für sie verbleibende eigene Risiko schwerer Erkrankungen ist vergleichbar mit anderen Lebensrisiken und kann - da es durch verantwortungsvolles Verhalten weiter verringert werden kann - weitgehend der Selbstverantwortung der betreffenden Personen übertragen werden.

Trotz dieser fortschreitenden Immunisierung steigen sämtliche relevante Indikatoren in Nordrhein-Westfalen aktuell wieder deutlich an und befinden sich bereits auf einem höheren Niveau. Sie weisen einen steileren Anstieg auf als zum gleichen Zeitpunkt im Jahr 2020. Dies ist umso erschreckender, als es im letzten Jahr zum gleichen Zeitpunkt noch keinerlei Impfmöglichkeiten gab. Die epidemiologischen Vorteile des Impfschutzes werden derzeit also durch ein höheres Ansteckungspotential der aktuell dominanten Virusvarianten, das infektionsrelevante Verhalten der Bevölkerung und andere Gründe leider mehr als aufgewogen. Konkret liegt der Wert der 7-Tage-Inzidenz am 17.08.2021 bei 58,8 und hat sich damit seit dem Tiefstand am 02.07.2021 innerhalb von 48 Tagen mehr als verzehnfacht. Der R-Faktor weist am 17.08.2021 mit 1,32 auf eine deutliche Dynamik im Infektionsgeschehen hin und lässt einen erheblichen weiteren Infektionsanstieg erwarten. Beide Werte, 7-Tage-Inzidenz und R-Faktor, liegen dabei deutlich über den bundesweiten Durchschnittszahlen vom 17.08.2021 (37,4 und 1,23). Auch die Zahl der hospitalisierten Covid-19-Patientinnen und -Patienten (665), der intensivpflegerisch betreuten (172) und der beatmeten (117) liegt am 17.08.2021 deutlich über den entsprechenden Vorjahreszahlen. Zwar zeigt die gegenüber dem Vorjahr deutlich reduzierte Hospitalisierungsquote von rd. 6 % (s. LZG-Auswertung oben) eine erheblich positive Wirkung des Impffortschritts, da sie nur bei etwa 50% der Vorjahresquote liegt. Auch eine Quote von 6% Hospitalisierungen führt aber bei entsprechend höheren Infektionszahlen zu einer erheblichen Zahl schwerer persönlicher Schicksale und einer deutlichen Belastung und ggf. Überlastung der medizinischen Versorgungsstrukturen.

Die Erfahrungen haben gezeigt, dass in der sog. 2. und 3. Welle das Gesundheitssystem nach allgemeiner Auffassung jedenfalls in die Nähe der Auslastung geführt wurde. Auch wenn eine solche Auslastung derzeit nicht bei gleichen Inzidenzen erwartet wird, so muss dennoch berücksichtigt werden, dass das exponentielle Wachstum sich bei hohen Inzidenzen besonders beschleunigend auswirkt und damit erneut Kapazitätsgrenzen des Gesundheitswesens erreicht werden können. Bis sich der Impfstatus der Gesamtbevölkerung und ein daraus resultierender Schutz vor der Infektionsausbreitung also noch deutlich gesteigert haben, bleiben Maßnahmen zur Begrenzung der Infektionsausbreitung unverzichtbar. Diese müssen auch bereits bei deutlich niedrigeren Inzidenzen einsetzen, weil eine Infektionsausbreitung sich mit geringen Eingriffen nur bei niedrigen Infektionszahlen stoppen lässt. Wenn die Infektionen sich mit einer Inzidenz schon massiv in der Bevölkerung ausgebreitet hätten, würde wegen einer drohenden Überlastung der Gesundheitsversorgung ein schneller Stopp des Anstiegs erforderlich, und es müssten deutlich härtere Maßnahmen ergriffen werden, die aufgrund der damit verbundenen Grundrechtseingriffe und der wirtschaftlichen

Belastungen unbedingt vermieden werden sollten. Einen weiteren „Lock-Down“ kann und darf es wegen der massiven Nachteile für viele Bereiche nicht geben, weshalb sich die Landesregierung schon bei den jetzt noch vorliegenden Inzidenzen zur Fortsetzung zentraler Schutzmaßnahmen entschieden hat.

Allerdings muss bei der Adressierung dieser Maßnahmen deutlich zwischen immunisierten und nicht immunisierten Personen unterschieden werden. Berücksichtigt man die deutlich geringere Bedeutung von immunisierten Personen an der Infektionsausbreitung und der Hospitalisierung, so wird an den dennoch steil ansteigenden Zahlen deutlich, welchem Risikopotential die nicht immunisierten Personen in der aktuellen Situation ausgesetzt sind und welches Risikopotential sie selbst für eine weitere Infektionsausbreitung darstellen.

Die unterschiedlichen aktiven und passiven Risikopotentiale machen daher in der aktuellen Coronaschutzverordnung eine erhebliche Differenzierung der Maßnahmen erforderlich: Bei immunisierten Personen sind gravierende Grundrechtsbeschränkungen z.B. in Form vollständiger Angebots- und Teilnahmeverbote nicht mehr angemessen und damit rechtlich nicht weiter vertretbar. Dies gilt sowohl mit Blick auf die Grundrechte der immunisierten Personen selbst als auch auf die Grundrechte von Gewerbetreibenden u.a., denen die Erbringung ihrer Dienstleistungen und Angebote an immunisierte Personen möglich sein muss. Bezogen auf die nicht immunisierten Personen sind dagegen nach wie vor konsequente Schutzmaßnahmen geboten. Dies gilt bei der aktuellen Infektionssituation selbst dann noch, wenn allen nicht geimpften Personen ein Impfangebot zur Verfügung steht. Denn angesichts der oben beschriebenen Entwicklung ist das Risiko für eine Überlastung des Gesundheitswesens und auch für eine individuellen Gefährdung z.B. der Personen, die sich aus gesundheitlichen Gründen nicht durch eine Impfung schützen können, noch deutlich zu hoch, als dass man dieses Risiko als Gesellschaft alleine der Selbstverantwortung der nicht geimpften Personen überlassen könnte. Es mag einen Zeitpunkt geben, zu dem das Überlastungsrisiko der medizinischen Versorgung aller und das Fremdgefährdungsrisiko so gering sind, dass ein aufgrund freier Entscheidung gegen eine Impfung weiter bestehendes Selbstgefährdungsrisiko als Teil der eigenverantwortlichen Lebensführung betrachtet werden kann und muss und der Staat ordnungspolitische Vorgaben zu unterlassen hat. Solange ein nicht durch staatliche Maßnahmen begrenztes Infektionsgeschehen aber in kurzer Frist zu den oben beschriebenen Szenarien führen kann, ist dieser Punkt nicht gekommen.

Deshalb gewährt diese Verordnung den geimpften und genesenen Personen weitgehend uneingeschränkte Teilhabe- und Freiheitsrechte, während nicht immunisierten Personen in Abhängigkeit von den jeweiligen Infektionsrisiken diese nur eingeräumt werden, wenn durch andere Maßnahmen wie vor allem durch einen vorherigen negativen Coronatest das von Ihnen ausgehende Infektionsverbreitungsrisiko deutlich reduziert wird.

Neben dieser grundsätzlichen Differenzierung enthält die neue Verordnung vor allem eine radikale Reduzierung der Anzahl und der Detailsteuerung bei den bisher geltenden Schutzmaßnahmen. Diese werden – soweit es um verbindliche Maßnahmen geht – für Privatpersonen auf zwei zentrale Maßnahme reduziert, nämlich eine verbindliche Maskenpflicht vor allem in Innenbereichen und eine Zugangseröffnung erst nach einem negativen Coronatest. Diese Reduktion des Schutzregimes ist infektiologisch vertretbar, weil es sich bei den verbleibenden zwei Maßnahmen – gerade in ihrem Zusammenwirken - um sehr effiziente und wirksame Maßnahmen handelt, um das Infektionsrisiko insgesamt zu begrenzen. Zum anderen haben die Bürgerinnen und Bürger in jetzt 17 Monaten seit den ersten erforderlichen Schutzmaßnahmen in hohem Maße die Grundregeln eines infektionsschutzgerechten Verhaltens erlernt, so dass der Selbstverantwortung insgesamt eine deutlich größere Bedeutung zugemessen werden kann.

Auf der anderen Seite – und das ist ein maßgeblicher Grund für die Erforderlichkeit der Reduktion der Regelungstiefe – war in den vergangenen Wochen gegenüber den komplexen und detaillierten Verhaltensregeln ein wachsender Akzeptanzverlust feststellbar. Auch wenn die bestehenden Regeln und ihre Differenzierungen jeweils fachlich und rechtlich gut begründet waren und ihre Rechtmäßigkeit in den bisher abgeschlossenen gerichtlichen Verfahren sehr weitgehend bestätigt wurde, muss der Verordnungsgeber im Sinne der infektiologischen Zielsetzungen reagieren, wenn die Wirkung der Regelungen mangels Akzeptanz und Umsetzungsmotivation deutlich nachlässt. Dies ist durch die erhebliche Vereinfachung geschehen. Und dort, wo diese Vereinfachung jetzt bewusst zu deutlich allgemeinverbindlicheren Regelungen und damit auch zu einem möglichen Verlust größtmöglicher „Einzelfallgerechtigkeit“ führt, ist dies nicht nur im Hinblick auf die Zielsetzung der fortbestehenden Wirksamkeit der Gesamtregelung hinzunehmen, sondern in vielen Teilen sogar ausdrücklich geboten.

Dem Ziel der größeren Akzeptanz dient auch bei dieser grundlegenden Änderung eine möglichst bundesweit vereinheitlichte Regelungssystematik. Daher orientieren sich die Neuregelungen sehr bewusst an den entsprechenden Abstimmungen zwischen allen Ländern und dem Bund in der Ministerpräsidentenkonferenz mit der Bundeskanzlerin vom 10.08.2021, deren wesentliche Absprachen auch auf die aktuelle Infektionssituation in Nordrhein-Westfalen passgenau angewendet werden können.

II. Einzelregelungen

§ 1 Zielsetzung, Schutzmaßstab

§ 1 schreibt in den Absätzen 1 und 2 weitgehend die Zielsetzungen und die bei der Abwägung der Maßnahmen zu berücksichtigenden Rechtsgüter fort, weil diese

unverändert die Grundlage für die Einzelregelungen der Coronaschutzverordnung darstellen.

Absatz 3 benennt konkret die Indikatoren, die die Erreichung der Zielsetzungen beschreiben; dies sind wie bisher ausdrücklich nicht nur die Zahlen der Neuinfektionen, sondern vor allem die die Auswirkungen der Infektionen beschreibenden Zahlen zu schweren Krankheitsverläufen und Hospitalisierungen. Auch der R-Wert als Ausweis der Infektionsdynamik und die Auslastungsquote der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten im Hinblick auf eine mögliche Überforderung der medizinischen Versorgungen wurden bisher schon bei der Festlegung des Schutzmaßstabes berücksichtigt und sind auch weiter die erheblichen Indikatoren.

Die in der Öffentlichkeit bisweilen massiv eingeforderte Festlegung eines grundsätzlichen neuen Indikators an Stelle der 7-Tage-Inzidenz wird in der Verordnung nicht umgesetzt. Zum einen wurde ein solcher Indikator bisher trotz verschiedener Bemühungen wissenschaftlich belastbar nicht entwickelt und ist deshalb auch § 28a Absatz 3 IfSG bislang unverändert geblieben. Zum anderen erscheint es überaus fraglich, ob ein solcher Indikator angesichts der rechtlich gebotenen differenzierten Betrachtung von immunisierten und nicht immunisierten Personen überhaupt noch gefunden werden kann. Denn solange der Impfschutz die oben beschriebenen wirksamen Schutzwirkungen mit sich bringt, dürfte ein Anstieg der bisher diskutierten Indikatoren (und auch eines neu zu berechnenden Gesamt- oder Mischindikators) nur für nicht immunisierte Personen eine Verschärfung der Maßnahmen legitimieren können. Für immunisierte Personen wäre eine erneute relevante Einschränkung von Freiheitsrechten dagegen nur dann denkbar, wenn es hinsichtlich der Impfwirkungen zu einer (negativen) Neubewertung kommen muss. Diese beiden völlig unterschiedlichen Legitimationsprüfungen in einem einheitlichen neuen Indikator abzubilden, erscheint aus heutiger Sicht kaum möglich.

Ein neuer Indikator erscheint für die aktuelle Coronaschutzverordnung auch schon deshalb entbehrlich, weil durch die strikte Maßnahmenreduktion nur noch an einer einzigen Stelle überhaupt eine Grenze für die Geltung einer Schutzmaßnahme (3-G-Regelung) erforderlich ist. Diesen rechnerisch an der 7-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen orientierten Grenzwert nach dem Ergebnis der fortlaufenden Beobachtung der in Absatz 3 vorgesehen Indikatoren anzupassen, erscheint unproblematisch möglich. Der Grenzwert für das Einsetzen der 3G-Regel ist derzeit auf 35 festgelegt und genügt damit den Anforderungen des § 28 a Absatz 3 IfSG.

Die Änderung der Coronaschutzverordnung durch die 38. Mantelverordnung vom 10. September 2021 setzt die mit Zustimmung des Bundesrates vom gleichen Tag beschlossenen Änderungen des § 28a IfSG um. Da sich gegenüber anderen „Wellen“ der Pandemie aufgrund des Impffortschritts und des hoch wirksamen Impfschutzes vor schweren Krankheitsverläufen die Relation zwischen den Werten der 7-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen und den Zahlen der Krankenhauseinweisungen bzw. der Intensivbehandlungserfordernisse deutlich verschoben hat, wurden im IfSG statt des alleinigen Leitindikators

„Neuinfektionsinzidenz“ jetzt weitere Indikatoren als entscheidend für das Maß der Schutzmaßnahmen festgelegt. Hierbei liegt ein Schwerpunkt auf den Indikatoren, die eine COVID-19-bezogene Hospitalisierung bzw. Intensivbehandlungsnotwendigkeit sowie die Auslastung der Intensivkapazitäten (ITS-Kapazität) abbilden. Diese Indikatoren weisen in der Tat eine erhebliche Relevanz für die Schutzzwecke der infektionsschutzrechtlichen Maßnahmen – vor allem die Vermeidung schwerer Krankheitsverläufe und die Vermeidung einer Überlastung des Gesundheitssystems – auf. Diese Indikatoren waren daher schon bisher als zusätzliche Indikatoren in der Coronaschutzverordnung festgelegt und haben Berücksichtigung bei der Anordnung von Schutzmaßnahmen gefunden. Die Änderung in § 1 Absatz 3 vollzieht jetzt auch für die Coronaschutzverordnung die Ersetzung des vorrangigen Leitindexes „Neuinfektionsinzidenz“ durch die anderen genannten Indikatoren nach.

Die Verordnung verzichtet dabei bewusst zunächst auf die Festlegung pauschaler Grenzwerte für die einzelnen neuen Indikatoren, weil das Zusammenwirken der verschiedenen Indikatoren und ihre Relevanz für mögliche Schutzmaßnahmen von vielen weiteren zusätzlichen Faktoren wie dem Impfstatus der jeweils infizierten bzw. hospitalisierten Personen abhängt und vor der möglichen Festlegung pauschaler Grenzwerte die Entwicklung insoweit weiter beobachtet werden soll. Die neuen Indikatoren werden aber künftig täglich im Berichtswesen auch öffentlich erkennbar ausgewiesen und von der Landesregierung fortlaufend auch im Hinblick auf mögliche Anpassungsbedarfe beobachtet (vgl. § 7 Absatz 2).

§ 2 Allgemeine Grundregeln, Begriffsbestimmungen

Absatz 1 betont wie die bisherigen Regelungen die Verantwortung jedes und jeder Einzelnen für die Sicherstellung eines angemessenen Infektionsschutzes. Durch den Verweis auf die Anlage (Abschnitt I) wird diese Verpflichtung mit der dringenden Empfehlung zur Beachtung der Infektionsschutzgrundregeln (AHA-Regeln) konkretisiert. Dass diese Empfehlungen, die bisher in vielen Bereichen in verpflichtenden Detailregelungen ausgeprägt waren, jetzt nur noch als allgemeine Verhaltensempfehlungen festgelegt werden, ist Ausdruck der deutlicher betonten Eigenverantwortung aller Mitglieder der Gesellschaft. Für bisher wichtige Regeln wie z.B. das Abstandsgebot bedeutet dies, dass Einzelpersonen zu der Beachtung nicht mehr rechtlich (und bußgeldbewehrt) verpflichtet sind. Die empfohlenen Verhaltensweisen sind gleichwohl für den Infektionsschutz nach wie vor von besonderer Bedeutung und können daher auch im Zusammenwirken mit anderen Regelungen (z.B. Maskenpflicht in Abhängigkeit von der Beachtung der Mindestabstände) noch von rechtlicher Bedeutung ein.

Absatz 2 konkretisiert demgegenüber – ebenfalls durch den Verweis auf die Anlage (Abschnitt II) – die grundsätzlichen Hygieneregeln für die Verantwortlichen von Angeboten und Einrichtungen. Bei diesen allgemeinen Hygieneregeln handelt es sich jedoch nicht bloß um Empfehlungen, sondern um verbindliche Regelungen,

weil den Betreiberinnen und Betreibern von Einrichtungen und Angeboten eine größere Verantwortung zum Schutz der Nutzerinnen und Nutzer zukommt.

Im Einzelnen gelten nach der Anlage die bereits bisher gültigen und bewährten Regelungen zur Verpflichtung zur Bereitstellung von ausreichenden Gelegenheiten zur Handhygiene und zur infektionsgerechten Reinigung fort, weil diese einfachen Hygienemaßnahmen einen grundsätzlichen Schutz vor einer Virenausbreitung darstellen. Auch wenn die Einhaltung des Mindestabstands für die Einzelpersonen nur noch eine Empfehlung ist, spielt der Mindestabstand für die infektionsgerechte Nutzung von Innenräumen eine erhebliche Rolle. Erfolgte ein ungesteuerter Zugang, würde dies die Umsetzung der Empfehlung unterlaufen und durch viele enge Kontakte Infektionsrisiken geradezu erzwingen. Daher muss der Zugang zu Innenräumen so gesteuert werden, dass der Mindestabstand zumindest regelmäßig eingehalten werden kann. Diese Verpflichtung zur Zugangssteuerung – die auch andere Parameter wie die Leistungsfähigkeit/Abstandswahrung in Sanitärräumen etc. berücksichtigen muss – bedeutet keine Verpflichtung, die Einhaltung der Abstände auch in der Praxis zu kontrollieren oder durchzusetzen. Denn dann wäre es für die Einzelnen keine Empfehlung mehr. Es soll nur die Möglichkeit bestehen, soweit die Mindestabstände nicht durch die sonstigen Regelungen der Verordnung erkennbar als verzichtbar eingestuft werden. Dort wo z.B. aufgrund der 3-G-Regel zwischen Sitzplätzen keine Abstände mehr eingehalten werden müssen, muss der Zutritt nicht auf einen bestimmten (sicherheitsabstandsorientierten) Anteil der Sitzplätze reduziert werden. Vielmehr kann die Zugangssteuerung eine volle Belegung ermöglichen (soweit auch alle anderen Parameter wie Belüftung, Sanitärräume und Laufwege dies zulassen). Das gleiche gilt etwa für Innenräume, in denen mit einer besonderen Zutrittsregel (3 G mit PCR-Test) auch in Aufenthaltsbereichen oder auf Tanzflächen Mindestabstände als verzichtbar eingestuft werden. Eine besondere Bedeutung kommt gerade in diesen Bereichen aber einer ausreichenden Belüftung zu, die – ebenfalls nach der Anlage – durch Frischluftzufuhr oder ergänzend durch Luftfilteranlagen sichergestellt werden muss.

Da sowohl Belüftung als auch Raumgrößen für eine ausreichende Bewegungsfreiheit nur individuell festgelegt werden, gibt es anders als in der bisherigen Coronaschutzverordnung keine konkreten Grenzwerte mehr. Hierdurch kommt auch der Eigenverantwortung der Betreiberinnen und Betreiber für den Schutz ihrer Kundinnen und Kunden bzw. Gäste eine deutlich größere Bedeutung zu.

Absatz 3 trägt wie andere nachfolgende Regelungen der Verordnung dem Umstand Rechnung, dass gerade Innenräume, zu deren Nutzung typischerweise ein Nutzerverhalten ohne Einhaltung von Mindestabständen und Maskentragen gehört, besondere Gefahrenpotentiale in Hinsicht auf eine erheblich überdurchschnittliche Infektionsausbreitung („super-spreading“) mit sich bringen. Daher ist für diese Einrichtungen die Umsetzung der Hygieneregulungen und insbesondere die Angemessenheit der Schutzmaßnahmen im Verhältnis zu den zulässigen Personenzahlen in einem Hygienekonzept zu dokumentieren. Dieses bedarf zwar

nicht der Genehmigung, aber die zuständige Gesundheitsbehörde kann die Konzepte prüfen und jederzeit zusätzliche Anforderungen festlegen.

Absatz 4 schreibt die bisherigen Hinweise auf die gerade für den medizinischen Bereich wichtigen Empfehlungen des RKI fort, weil die in Satz 1 genannten Berufsgruppen mit diesen Empfehlungen in der Lage sind, ihre Tätigkeit eigenverantwortlich im Sinne des erforderlichen Infektionsschutzes zu gestalten. Dies gilt auch für den Pflegebereich, wobei es sich bewährt hat, dass das Ministerium in diesen Bereichen zum Schutz der dort lebenden und versorgten vulnerablen Personen weitergehende Regelungen durch Allgemeinverfügungen erlassen kann. Dies ist daher in Satz 3 weiterhin ausdrücklich vorgesehen.

Die Absätze 5 und 6 schreiben den Hinweis auf den Vorrang arbeitsrechtlicher Normen bzw. der Coronabetreuungsverordnung für die jeweiligen Geltungsbereiche fort.

In Absatz 7 behält die Verordnung für Zusammenkünfte, die der Religionsausübung im Sinne des Artikels 4 des Grundgesetzes dienen, den bewährten Regelungsmechanismus bei: Mit Rücksicht auf die kollektive Religionsausübungsfreiheit sowie die konstitutionell gewährleistete Religionsfreiheit obliegt es grundsätzlich den Kirchen und Religionsgemeinschaften, in Wahrnehmung ihrer Eigenverantwortung Regelungen zu treffen, die sich an den Vorschriften und Wertungen dieser Verordnung orientieren. Nur wenn keine Regelungen vorgelegt werden, gelten die Regelungen der Coronaschutzverordnung unmittelbar.

Absätze 8 und 9 enthalten sodann wichtige Begriffsbestimmungen.

Absatz 8 definiert die Begriffe der immunisierten und getesteten Personen und damit die Grundkategorien für die differenzierten Regelungen dieser Verordnung (s.o.). Nur wer genesen oder vollständig geimpft ist und die Wartezeit von 2 Wochen absolviert hat, ist immunisiert, aber auch für alle anderen schaffen die geregelten Testmöglichkeiten einen Zugang zu allen Angeboten.

Die Testverfahren sind mittlerweile allgemein bekannt und anerkannt. Für beide möglichen Testoptionen muss dabei eine Geltungsdauer festgelegt werden, weil sich der Infektionsstatus naturgemäß nach der Probenabnahme durch eine zwischenzeitlich ausbrechende Infektion verändern kann. Daher ist bei den Zeiträumen auch auf den Zeitpunkt der Probenentnahme abzustellen. Die 48 Stunden seit der Probeentnahme dürfen bei Beginn der Veranstaltung oder des Angebots, zu dem der Test die Zugangsberechtigung verschafft, noch nicht abgelaufen sein. Da ein trotz Test möglicher Infektionseintrag dann aber bereits erfolgt wäre, gilt die Zugangsberechtigung ab dann für die ganze Veranstaltung – selbst bei mehreren Veranstaltungsteilen ohne neu hinzukommende Teilnehmerinnen und Teilnehmer – auch wenn die 48 Stunden zwischenzeitlich ablaufen.

Eine Sonderregelung ist dabei für Schülerinnen und Schüler enthalten, weil diese aufgrund gesonderter Regelung der Coronabetreuungsverordnung in der Regel zweimal wöchentlich verpflichtend getestet werden und damit einem dauerhaften

Infektionsmonitoring unterliegen. Hierdurch wird gegenüber einmaligen Schnelltests ein erheblich höherer Schutzstandard erreicht, weshalb Schülerinnen und Schüler grundsätzlich als getestete Personen gelten und zwar unabhängig von der bei Einzeltests begrenzten Geltungsdauer der Tests und auch unabhängig von der Kategorie der in den Einzelregelungen vorgeschriebenen Testungen (Schnelltest oder PCR-Test). Solange Kinder und Jugendliche in einem Alter sind, in dem generell aufgrund der allgemeinen Schulpflicht ein Schulbesuch verpflichtend ist, ist ein Nachweis für den Schulbesuch entbehrlich. Ab 16 Jahren ist ein Nachweis vorzulegen, der sich bei Berufsschülerinnen und –schülern auch auf die Zeiträume des Unterrichts und damit der regelmäßigen Testungen beziehen muss. Denn an berufsbildenden Schulen kann es aufgrund von Blockmodellen auch „testfreie Zeiten“ geben, in denen die Testvermutung nicht greifen kann.

Im Übrigen ist die Regelung aber bewusst vereinfachend und pauschalierend ausgestaltet, um den Schülerinnen und Schülern im Einklang mit dem aus den Schultestungen resultierenden Schutzniveau ein hohes Maß an niedrigschwelliger Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Dass es dabei einzelne Situationen geben kann, in denen das Schutzniveau z.B. durch wegen Krankheit ausfallende einzelne Testteilnahmen etc. nicht voll erreicht wird, wird dabei bewusst hingenommen und ist aufs Ganze gesehen infektiologisch absolut vertretbar.

Da die wenigen in der Verordnung noch verbindlich geregelten Schutzmaßnahmen oft an den Veranstaltungsbegriff anknüpfen, wird dieser in Absatz 9 gesondert definiert. Um diesem auch in den bundesweiten Abstimmungen zentralen Begriff ein möglichst einheitliches Verständnis zu unterlegen, ist die Formulierung bewusst an andere Landesregelungen wie die von Baden-Württemberg angelehnt. Sofern noch Auslegungen erforderlich sind, sind diese – wie bei allen Regelungen der Verordnung – strikt an den Zielsetzungen des Infektionsschutzes zu orientieren. In diesem Sinne ist der Veranstaltungsbegriff bewusst weit aufzufassen, da bei einem Zusammentreffen der Menschen auf begrenztem Raum und für längere Zeit infektiologische Unterschiede nur selten in relevanter Weise vorhanden sind. Vor allem kommt es bei vergleichbaren Veranstaltungsformaten nicht mehr auf den Inhalt und die Rechtsgrundlagen der Veranstaltungen an. Während das in Vorgängerregelungen geboten war, weil hier viele Veranstaltungen noch ganz untersagt oder zahlenmäßig begrenzt waren, was bei bestimmten Veranstaltungsgegenständen im Sinne der öffentlichen Sicherheit und Ordnung z.B. nicht vertretbar gewesen wäre, sind Veranstaltungen jetzt umfassend zulässig und die verbleibenden Schutzmaßnahmen (Maske und Schnelltest) stellen so geringe Beeinträchtigungen dar, dass es keinen sachlichen Grund mehr gibt, zwischen Veranstaltungen zu differenzieren und etwa politische oder kommunale Versammlungen anders zu behandeln als gesellschaftspolitische, kulturelle etc. Denn die Teilnehmerinnen und Teilnehmer all dieser Veranstaltungen haben das gleiche Recht, vor Infektionsgefahren durch andere Veranstaltungsteilnehmende zumindest durch die beiden verbliebenen wenig beeinträchtigenden Schutzmaßnahmen geschützt zu werden. Die ausdrücklichen Ausnahmen sind daher abschließend und

auch die für medizinische Angebote nicht abschließende Aufzählung („und ähnliches“) ist eng auszulegen, so dass auch die Bedeutung des medizinischen Angebotes den genannten Beispielen entsprechen muss.

Mit der Änderung wird klargestellt, dass unter den Veranstaltungsbegriff auch solche Veranstaltungen fallen, die auf gesetzlicher oder satzungsmäßiger Grundlage erfolgen. Dies gilt beispielsweise für Sitzungen kommunaler Gremien. Der Begriff des Veranstalters und der Veranstaltung selbst ist in diesem Kontext weit auszulegen und in Abgrenzung zu zufälligen oder unvermeidbaren Zusammentreffen zu sehen. Als Teilnehmerinnen und Teilnehmer solcher Veranstaltungen sind auch solche Personen erfasst, die aufgrund ihrer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Verpflichtungen an diesen Veranstaltungen teilnehmen.

§ 3 Maskenpflicht

§ 3 regelt mit der Maskenpflicht vor allem in Innenräumen eine der beiden entscheidenden Schutzmaßnahmen. Diese wird als grundlegendste Maßnahme bewusst unabhängig von der Inzidenz oder anderen Parametern vorgeschrieben, unterfällt aber der regelmäßigen Erforderlichkeitskontrolle durch die jeweiligen Befristungen der Verordnung.

Vorgeschrieben wird eine medizinische Maske, deren Definition inzwischen als allgemein bekannt unterstellt werden kann.

Weil nachweisbar auch immunisierte Personen Infektionen weitergeben und empfangen (und dann z.B. im häuslichen Umfeld auch an Ungeimpfte weitergeben können), gilt die Regelung auch für immunisierte Personen ohne grundsätzliche Einschränkung.

Als Anwendungsbereich wird zunächst in Absatz 1 Nummer 1 der Personenverkehr aufgrund der dort vorzufindenden oft engen Beförderungssituationen wie bisher fortgeschrieben. Ebenfalls fortgeschrieben wird in Nummer 2 die Unterscheidung zwischen Innenräumen mit und ohne „Kundenverkehr“. Der Hintergrund und das Abgrenzungsziel ist, dass Räume ohne Kundenverkehr der durch den Arbeitsschutz ausreichend und abschließend geregelten Berufswelt zuzurechnen sind. In diesem Sinne ist die Abgrenzung auch vorzunehmen und der Begriff Kundenverkehr weit auszulegen. Auch die Nutzerinnen und Nutzer von Einrichtungen (z.B. Hochschulen) sind daher als Kundinnen und Kunden, Besucherinnen und Besucher zu verstehen, weil ansonsten mangels Anwendbarkeit der Arbeitsschutzregeln für ihren Schutz eine Schutzlücke entstände.

Da auch im Außenbereich immer dort, wo Menschen eng zusammenkommen, trotz der geringeren Aerosolproblematik Infektionsgefahren durch Tröpfchen- und Aerosolübertragungen bestehen, wird in den Nummern 3 und 4 die Maskenpflicht für solche Bereiche/Veranstaltungen mit erwartbar engem Zusammentreffen angeordnet.

In Absatz 2 sind viele der bisher bereits bewährten und bekannten Ausnahmen fortgeschrieben. Nummer 1 schreibt dabei – jetzt im Wege einer Ausnahme – den für die nordrhein-westfälischen Coronaschutzverordnungen wesentlichen Grundsatz fort, dass für private Aktivitäten im Bereich der Privaträume zwar die AHA-Regeln als Empfehlung, aber keine verbindlichen Vorgaben gelten. Auch private Feiern, für die es außerhalb der eigenen Wohnung durchaus Vorgaben gibt, zählen zu diesen privaten Zusammenkünften. Nur wenn der Privatraum für andere (öffentliche) Veranstaltungen und Tätigkeiten wie Dienstleistungserbringungen etc. geöffnet wird, gelten die jeweiligen Regelungen auch dort. Im Hinblick auf die Maskenpflicht werden den Privaträumen jedoch andere Räume, die vergleichbar der Lebensmittelpunkt der jeweiligen Nutzerinnen und Nutzer sind, gleichgestellt (Nummern 2 und 3).

Nummer 4 erlaubt Ausnahmen im beruflichen Bereich, soweit dem das Arbeitsschutzrecht nicht entgegensteht. Grund ist die ansonsten sehr lange Geltung der Maskenpflicht während eines Arbeitstages. Diese kann unterbrochen werden, wenn es ein anderweitig sichergestellter Infektionsschutz zulässt.

Nummer 5 schreibt die bisherige Praxis in gastronomischen Einrichtungen fort, während Nummer 6 dem Umstand Rechnung trägt, dass für die dort genannten Einrichtungen/Veranstaltungen bewusst ein höheres Testerfordernis angeordnet ist, weil der charakteristische Betrieb eben mit Maskentragung faktisch nicht möglich wäre. Die Regelung ist wegen dieser Besonderheit nicht auf andere Bereiche – auch nicht mit gleicher freiwilliger Zugangsbeschränkung - zu übertragen. Die auch bei Immunisierten und Getesteten verbleibenden Infektionsrisiken können und sollen weiterhin in allen Innenräumen durch Masken minimiert werden, solange das die Nutzung nicht so wesentlich einschränkt, dass der Nutzungszweck faktisch entfällt.

Nummer 7 stellt für Veranstaltungen, für die keine 3-G-Zugangssteuerung besteht, noch eine Verknüpfung mit dem Mindestabstand zwischen den Sitz- oder Stehplätzen her: Entweder Maske oder Abstand. Wenn durch die 3-G-Zugangssteuerung eine zusätzliche Sicherheit erreicht und der Eintrag von Infektionen deutlich unwahrscheinlich wird, kann aber auf beides verzichtet werden.

Die Nummern 8 bis 11 schreiben bekannte Ausnahmen fort. Bei Nummer 12 ist die Maskenbefreiung zur Ermöglichung eines nicht gesundheitsgefährdenden Sports erforderlich und wegen der 3-G-Regel für Sportangebote in Innenräumen auch infektiologisch gut vertretbar. Sie ist daher auch eher weit auszulegen, da Sport im Regelfall nicht mit Maske ausgeübt werden kann. Nummer 13 regelt neu eine besondere Ausnahme von der Maskenpflicht auch für das Singen ohne Maske in Innenräumen. Weil hier aber der Aerosolausstoß bei oft geringen Abständen z.B. in Chören besonders hoch ist, bedarf es einer besonderen zusätzlichen Sicherheit in Form der 3-G-Zugangssteuerung mit einem PCR- statt eines Schnelltests. Die Nummern 14 bis 18 haben sich dagegen wieder in den bisherigen Regelungen bewährt und sind insoweit auch in der Begründung selbsterklärend. Bei den Gruppenangeboten (Nummer 15) wurde lediglich im Rahmen der grundsätzlichen

Reduktion von Sonderregelungen die Zahl auf 20 Personen (jetzt einschließlich Leitungskräfte) vereinheitlicht.

Absatz 3 schreibt die erforderlichen und ebenfalls bewährten Sonderregelungen für das Maskentragen von Kindern fort. Nach Absatz 4 sind weiterhin Personen, die die Maskenpflicht nicht beachten, von den Angeboten auszuschließen, da nur so die Wirksamkeit der Regelung sichergestellt wird. Die Möglichkeit zur Verhängung eines Bußgelds besteht aber unabhängig davon.

Mit der Regelung werden im Hinblick auf die anstehende Bundestagswahl 2021 Anordnungen und Schutzmaßnahmen für die auch in der Pandemie infektiologisch sichere Durchführung der Wahl in den Wahlräumen bzw. auf den Zuwegungen getroffen. In den Wahlräumen herrscht wie in anderen, für Menschen frei zugänglichen Innenräumen, in denen mehrere Personen zusammentreffen, Maskenpflicht. Der Wahlvorstand kann im Umgang mit Personen, die im Wahlraum das Tragen einer Maske verweigern - im Rahmen des ihm durch § 31 Satz 2 Bundeswahlgesetz eingeräumten Ermessens - die Wahlrechtsausübung durch diese Person unter Abwägung der Gegebenheiten des Einzelfalls gestatten, wenn andere im Wahlraum anwesende Personen hierdurch nicht gefährdet werden. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn zu diesem Zeitpunkt keine oder nur wenige weitere Personen anwesend sind und das Einhalten von Abständen sicher gewährleistet werden kann.

Die Ausübung des Wahlrechts soll in derartigen Fällen durch geeignete Maßnahmen des Wahlvorstands ermöglicht werden.

Ist aber der Infektionsschutz anderer Personen unter den gegebenen Umständen nicht zu gewährleisten (zum Beispiel wegen der Anwesenheit einer nicht nachweislich im Sinne der CoronaschutzVO immunisierten oder getesteten wahlberechtigten Person, fehlender Kooperationsbereitschaft der gegen die Maskenpflicht verstoßenden Person oder starken Andrangs bei gleichzeitig kleinem Wahlraum), kann der Wahlvorstand die gegen die Maskenpflicht verstoßende Person des Wahlraums verweisen (§ 31 Satz 2 Bundeswahlgesetz).

Für die Wahlvorstände besteht eine Ausnahme von der Maskenpflicht. Sie können entsprechend der Regelung in Absatz 2 Nummer 14 die Maske abnehmen, wenn eine gleich wirksame Schutzmaßnahme z. B. eine Abtrennung durch Plexiglas vorhanden ist und der Mindestabstand jederzeit sichergestellt ist.

§ 4 Zugangsbeschränkungen, Testpflicht

Zum Verständnis und zur Begründung von § 4 ist zunächst zu sagen, dass der Zugang zu allen dort genannten Angeboten grundsätzlich jeder und jedem freisteht. Dies ist einer der entscheidenden Unterschiede zu den bisherigen Verordnungen: Es gibt faktisch keine Zugangsausschlüsse mehr. Jede und jeder hat seine Zugangsmöglichkeit zu allen Veranstaltungen, Angeboten und Einrichtungen

komplett selbst in der Hand. Er kann sie sich – dauerhaft und uneingeschränkt – durch eine Impfung sichern oder im Einzelfall durch die Schutzmaßnahmen eines (bis zum 11.10.2021 zudem kostenfreien) Schnelltestes – oder bei bestimmten infektiologisch riskanten Angeboten durch einen PCR-Test zur Erhöhung der Sicherheit vor Infektionseinträgen. Bei der Abwägung mit der Sicherheit für die anderen Nutzerinnen und Nutzer der in § 4 erfassten Einrichtungen und Angebote fällt die inzwischen maximal geringe Beeinträchtigung eines auch durch Spuck- oder Lolli-Test oder durch einen Test mit nur im vorderen Nasenabstrich durchführbaren Schnelltest nicht mehr ins Gewicht. Der Gesundheitsschutz überwiegt in den in § 4 geregelten Konstellationen aufgrund der Vulnerabilität der Personen in den betreffenden Einrichtungen bzw. die durch die Anwesenheit von mehreren Personen oder enge Kontakte begründeten Infektionsrisiken in Innenräumen und bei bestimmten Großveranstaltungen im Freien.

Die in Absatz 1 erfassten Einrichtungen dürfen aufgrund der Vulnerabilität inzidenzunabhängig nur mit den 3-G-Beschränkungen besucht werden. Im Sinne des Schutzzwecks sind Besucherinnen und Besucher dabei alle Personen, die in den Einrichtungen nicht selbst wohnen oder dort ein Angebot/eine Behandlung nicht selbst in Anspruch nehmen.

Absatz 2 legt die Bereiche fest, in denen jedenfalls ab einer 7-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen von 35 das Risiko eines Infektionseintrages für das Zusammentreffen in den geregelten Konstellationen Ansteckungs- und Gesundheitsgefahren auslöst, die die Belastung durch den geforderten Schnelltest überwiegen. In Nummer 1 wird dabei die Beschränkung wesentlicher Schutzmaßnahmen auf den öffentlichen Raum fortgeschrieben (s.o.), so dass Veranstaltungen im privaten Raum von der Zugangsregelung nicht betroffen sind. Die Regelung der Nummer 2 trägt dem Umstand Rechnung, dass bei den erfassten Großveranstaltungen durch das oft enge Zusammentreffen der vielen Menschen regelhaft höhere Infektionsgefahren bestehen. Die Nummern 3 bis 6 erfassen Bereiche, für die schon die bisherigen Verordnungen besondere Schutzmaßnahmen festgesetzt hatten. Diese entfallen jetzt sämtlich zugunsten der Minimierung der Wahrscheinlichkeit eines Infektionseintrags durch die 3-G-Regelung.

Nach Absatz 3 sind ab sofort auch solche Angebote zulässig, die aufgrund ihrer besonderen Infektionsrisiken durch das sehr enge, aerosolintensive Zusammensein von (vielen) Menschen bisher jedenfalls oberhalb der unteren Inzidenzstufen komplett unzulässig waren. Leider hat es auch in jüngster Vergangenheit bei diesen Veranstaltungen erhebliche Ausbruchsgeschehen gegeben, so dass gerade zugunsten der teilnehmenden Personen ohne Immunisierung hier ein hoher Schutzstandard für die ganze Veranstaltung gewährleistet werden muss. Da Schnelltests diese Sicherheit im Einzelfall nicht optimal gewährleisten können, dürfen diese Veranstaltungen und Angebote von nicht immunisierten und nicht aufgrund des § 2 Absatz 8 grundsätzlich als getestet geltenden Personen nur mit einem PCR-Testnachweis besucht oder genutzt werden. Immunisierte Personen haben auch hier freien Zutritt. Da Absatz 3 auf die sonstigen Voraussetzungen des Absatz 2 Bezug

nimmt, greift auch er nur bei einer Inzidenz ab 35 und betrifft nur Veranstaltungen im öffentlichen Raum (Absatz 2 Nummer 1). Hinsichtlich des Testerfordernisses ist zu beachten, dass nur eine Abweichung von § 2 Absatz 8 Satz 2 geregelt wird. Kinder- und Jugendliche, die nach § 2 Absatz 8 Satz 3 als getestet gelten, sind von der zusätzlichen Anforderung also nicht erfasst und gelten – aufgrund des ohnehin durch die höhere Testfrequenz höheren Schutzniveaus – auch im Rahmen von Absatz 3 als getestete Personen.

Absatz 5 legt die Verfahren zur Überprüfung der Zugangsberechtigungen für die 3-G-Regelungen fest. Der 3-G-Nachweis ist immer zu kontrollieren, stichprobenhaft zur Vermeidung von Missbrauch auch der Abgleich mit dem Personalausweis o.ä.. Da es im Außenbereich Angebote gibt, die charakteristisch keine Zugangssteuerung ermöglichen (Volksläufe im gesamten Stadtgebiet etc.) gibt es hier eine Sonderregelung. Dort wo Zugangskontrollen möglich sind, sind diese aber einschließlich 3-G-Kontrolle umzusetzen.

Für Bildungsangebote eröffnet Absatz 6 bewusst die Möglichkeit, ein Verfahren analog der Schultestungen vorzunehmen, weil die Infektionssituationen vergleichbar sind. Das gleiche Verfahren bedeutet aber nicht, dass auch die Testfiktion des § 2 Absatz 8 Satz 3 eintritt. Vielmehr können bei diesen Testungen ganz normale Testnachweise mit 48 Stunden-Gültigkeit ausgestellt werden.

Da sich gerade in den letzten Wochen die Urlaubsrückkehrerinnen und Urlaubsrückkehrer als ein wesentlicher Grund für den Anstieg der Infektionszahlen erwiesen haben, ist die aus der bisherigen Verordnung übernommene Regelung des Absatzes 7 weiterhin erforderlich und angemessen. Sie ermöglicht eine schnelle Identifikation und Isolation von Infektionsquellen und verhindert wirksam den Eintrag der Infektionen in betriebliche Kontexte. Die Regelung ist insbesondere nicht dadurch entbehrlich geworden, dass es inzwischen eine Einreisetestung bei Auslandsrückkehr als verbindliche Vorgabe gibt. Denn diese ist schlicht nicht annähernd umfassend zu kontrollieren und bietet damit einen erheblich geringeren Schutz als die in den Betrieben leicht zu kontrollierende einmalige Testung.

Mit der Streichung in Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 soll deutlich gemacht werden, dass sich die Regelung nicht nur auf die bisher beispielhaft aufgezählten Bereiche der körpernahen Dienstleistungen im Bereich Haar- und Körperpflege beschränkt, sondern alle, insbesondere auch medizinische körpernahe Dienstleistungen dem Grunde nach erfasst sind. Dies gilt auch für notwendige, etwa ärztlich verordnete oder von Ärztinnen und Ärzten erbrachte medizinische Dienstleistungen. Dabei wird gleichzeitig die Ausnahme für die medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen in Absatz 2 Satz 3 dahingehend präzisiert, dass in dringenden Fällen kein Testerfordernis besteht, wobei dringend nicht nur zeitlich im Sinne von eilbedürftig, sondern auch medizinisch zu verstehen ist. So kann z. B. die Wahrnehmung eines niedrigschwelligen Impfangebotes auch ohne Test wahrgenommen werden, da es sich insoweit um eine dringende medizinische Dienstleistung handelt. Gleichzeitig ist auch die Behandlung und Pflege von Covid-19-Patientinnen und Patienten als

dringlich einzustufen. Über die Frage der medizinischen oder pflegerischen Dringlichkeit befindet die oder der Dienstleistende. Diese können über die Regelung alle ihrer Auffassung nach gebotenen, dringenden medizinischen und pflegerischen körpernahen Dienstleistungen vornehmen und ihren Behandlungspflichten bzw. Pflegeverpflichtungen nachkommen.

Darüber hinaus bleibt die bisher schon vorgesehene Ausnahme für Personen, deren Gesundheitszustand eine vorherige Testung nicht zulässt, z.B. weil bei bettlägerigen Personen die Inanspruchnahme der Bürgertestung ausscheidet, bestehen.

Des Weiteren wird in Absatz 2 Satz 4 eine Ausnahme für die Personen im Güterkraftverkehr, die auch nach der Coronaeinreiseverordnung des Bundes von der Einreisetestung ausgenommen sind, geschaffen. Sie sind von den Testerfordernissen bei der Wahrnehmung der Angebote auf Rastanlagen und Autohöfen zur Sicherstellung des Waren- und Güterverkehrs und damit der Versorgung der Bevölkerung ausgenommen.

In Umsetzung der Änderung in § 1 des Änderungsgesetzes zum IfSG entfällt der bisher allein auf die 7-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen bezogene Grenzwert von 35 in § 4 Absatz 2. Die bisher an die Überschreitung dieses Grenzwertes geknüpften Maßnahmen bleiben aber bestehen, weil sie erkennbar weiter erforderlich sind. Dies belegt bereits die Tatsache, dass sich trotz dieser Maßnahmen das Infektionsgeschehen seit der erstmaligen Festlegung der aktuellen Regelungen (insbesondere der Zugangsbeschränkung auf „3G“) weiter verschärft hat und beispielsweise die 7-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen trotz einer Stabilisierung in den letzten Tagen weiterhin über 100 liegt.

Die Maßnahmen sind aber vor allem auch unter Berücksichtigung der neuen Indikatoren erforderlich.

Während die bundesweite 7-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen mit Stand 8. September 2021 bei 82,7 liegt, weist Nordrhein-Westfalen mit 109,4 bundesweit den höchsten Wert auf. Es gibt Hinweise aus anderen Bundesländern, in denen die 7-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen bereits für Geimpfte und Nicht-Geimpfte aufgeschlüsselt wird, dass die Inzidenz Nicht-Geimpfter um ein Vielfaches höher ausfällt als bei Geimpften. So weisen die Inzidenzzahlen mit Stand 8. September 2021 für Mecklenburg-Vorpommern eine 5-fach höhere, in Bayern eine 11-fach höhere Inzidenz im Verhältnis nicht-geimpfter zu geimpften Personen aus. Dabei gehen fast alle Infektionen (über 98 %) auf die besonders ansteckende Delta-Variante zurück. Menschen mit vollem Impfschutz erkranken dabei nur vergleichsweise selten an COVID-19 und dann nur sehr selten schwer, wie eine Auswertung des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigt.

Daher sind die besonderen Regelungen für nicht immunisierte Personen (Testpflicht mit Schnelltest und in besonders infektionsgefährdenden Settings auch mit PCR-Test) weiterhin erforderlich.

Mit Stand vom 8. September 2021 sind laut Robert Koch-Institut in Nordrhein-Westfalen trotz weiter voranschreitenden Impffortschrittes erst 70,5 % der

Bevölkerung einmal geimpft und 64,3 % der Bevölkerung vollständig geimpft. Das RKI empfiehlt (Epidemiologisches Bulletin 8. Juli 2021) die Impfkampagne mit hoher Intensität weiterzuführen bis mindestens 85% der 12-59-Jährigen bzw. 90% der Über-60-Jährigen gegen COVID-19 geimpft sind, um die COVID-19-Pandemie in den nächsten Monaten auch unter Einfluss der Delta-Variante kontrollieren zu können. Dabei kommt der Impfung zur Bekämpfung der Pandemie als wichtigstem Instrument besondere Bedeutung zu, um präventiv schwere Erkrankungen und mögliche Langzeitfolgen auch bei milden Erkrankungen zu verhindern.

Angesichts steigender Zahlen von – weit überwiegend ungeimpften – COVID-19-Patientinnen und -Patienten in Kliniken und auf Intensivstationen sind 3G-Maßnahmen weiterhin notwendig, um eine Überlastung der Krankenhäuser im Herbst/Winter 2021 zu vermeiden.

Seit der zweiten Julihälfte 2021 steigt die Belastung der Krankenhäuser und insbesondere der Intensivstationen in Nordrhein-Westfalen durch die Versorgung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten wieder kontinuierlich an. Auch wenn derzeit noch ausreichende Reservekapazitäten vorhanden sind, können die bestehenden Maßnahmen zur Eindämmung des pandemischen Geschehens nicht zurückgenommen werden, ohne eine erneute Überlastung der Intensivstationen zu riskieren. Dies machen einige Zahlen deutlich:

Die Zahl der COVID-19-Patientinnen und -Patienten auf den Intensivstationen in NRW war bis zum 29. Juli 2021 bis auf 72 rückläufig. Inzwischen ist diese Zahl wieder auf 426 (9. September 2021) gestiegen. Vor genau einem Jahr (9. September 2020) lag diese Zahl noch bei nur 70. Dies zeigt, wie gefährlich die inzwischen dominierende Delta-Variante im Vergleich zum Wildtyp des Virus trotz der inzwischen erreichten (aber noch nicht ausreichenden) Impfquoten ist.

Auf dem Höchststand der zweiten und dritten Welle, als die Krankenhäuser planbare Behandlungen und Operationen absagen mussten, wurden gut 1.150 COVID-Intensivpatientinnen und -patienten auf den NRW-Intensivstationen behandelt. Aktuell sind es bereits 416 Personen. Der neue Parameter zur Darstellung der Belastung der Intensivstationen bringt die geschilderten Verhältnisse einfach zur Darstellung: Der Prozentanteil der COVID-Intensivpatientinnen und -patienten an der Erwachsenen-Intensivkapazität in NRW liegt aktuell bei 8% (8. September 2021). Auf dem Höhepunkt der zweiten und dritten Welle lag der Wert bei etwa 21%. Damit besteht aktuell noch eine Reservekapazität bis wieder notwendige Operationen verschoben werden müssten, die aber bei zweimaliger Verdopplung des aktuellen Wertes bereits mehr als aufgebraucht wäre. Die Zeit für eine solche Verdopplung lag zwischenzeitlich bei knapp zwei Wochen, aktuell noch immer unter drei Wochen. Insoweit kommt eine Rücknahme der 3G-Regelung solange nicht in Betracht bis durch eine spürbare Erhöhung der Impfquoten die aktuell hohen Erkrankungszahlen in der ungeimpften Bevölkerung zurückgehen. Denn für die COVID-Belegung auf den Intensivstationen sind Menschen mit fehlendem oder unvollständigem Impfschutz der entscheidende Faktor.

In dieser anhand der verschiedenen Indikatoren beschriebenen epidemiologischen Situation sind 3G-Regelungen weiterhin geeignet, erforderlich und angemessen, um

eine (weitere) kritische Entwicklung zu vermeiden. 3G-Maßnahmen stellen einen wichtigen Baustein zur Pandemie-Bekämpfung dar. Kernbestandteil der Regelungen ist, dass bei nicht immunisierten Personen durch die vorgeschriebene Testung eine sonst nicht gegebene, aber erforderliche Infektionssicherheit hergestellt wird. Bei geimpften Personen ist das Risiko einer Virusübertragung ohnehin stark vermindert. Aus Public-Health-Sicht erscheint durch die Impfung das Risiko einer Virusübertragung in einem solchen Maße reduziert, dass Geimpfte bei der Epidemiologie der Erkrankung keine wesentliche Rolle mehr spielen (RKI, Stand 27. August 2021). Für Genesene belegen die verfügbaren klinischen und immunologischen Daten laut STIKO eine Schutzwirkung für mindestens 6-10 Monate nach überstandener CO-VID-19-Infektion (STIKO, Epidemiologisches Bulletin 27/2021, 8. Juli 2021). Einen vergleichbaren Schutz vor Infektionen kann man bezogen auf nicht immunisierte Personen nur durch die 3G-Regel und damit einen negativen, höchstens 48 Stunden zurückliegenden Antigen-Schnelltest oder einen von einem anerkannten Labor durchgeführten PCR-Test erreichen.

§ 5 Festlegung der Aufgaben und Kompetenzen der zuständigen Behörden

Die Festlegung der Behördenzuständigkeit wird in der bewährten Form fortgeschrieben. Es bleibt auch dabei, dass die örtlich zuständigen Behörden selbstverständlich im Rahmen ihrer eigenen Kompetenzen nach dem IfSG im Einzelfall konkrete Anordnungen treffen können. Allgemeine Regelungen im Wege von Allgemeinverfügungen bedürfen weiterhin des Einvernehmens des Ministeriums, um die grundsätzlichen Regelungen der Pandemiebekämpfung landesweit einheitlich zu gestalten. Dies gilt auch für Ausnahmen, die in der Verordnung nicht ausdrücklich vorgesehen sind. Und da es aktuell keine ausdrücklichen Ausnahmemöglichkeiten gibt, gilt dieses Erfordernis derzeit umfassend.

§ 6 Ordnungswidrigkeiten

Die ausdrückliche Festlegung der Ordnungswidrigkeiten trägt den Erfordernissen des § 73 Absatz 1 a Nummer 24 IfSG Rechnung.

§ 7 Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Evaluation

Die Befristung in Absatz 1 erfolgt auf der Grundlage von § 28a Absatz 5 IfSG. Absatz 2 betont die fortlaufende Überprüfung der Erforderlichkeit der Schutzmaßnahmen anhand der in § 1 Absatz 3 genannten Parameter.