



# Bayerisches Ministerialblatt

BayMBl. 2022 Nr. 211

1. April 2022

2126-1-20-G

## **Begründung der Sechzehnten Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung**

**vom 1. April 2022**

Die Begründung der Sechzehnten Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (16. BayIfSMV) vom 31. März 2022 (BayMBl. Nr. 210) wird im Hinblick auf § 28a Abs. 7 Satz 3 in Verbindung mit Abs. 5 Satz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) bekannt gemacht.

Die vorliegende Verordnung beruht auf § 32 Satz 1 in Verbindung mit § 28 Abs. 1, §§ 28a, 28c IfSG in Verbindung mit § 7 SchAusnahmV und § 9 Nr. 5 DelV. Die Neufassung der Verordnung berücksichtigt die mit Wirkung zum 3. April 2022 eintretenden Änderungen der Befugnisgrundlagen nach § 28a IfSG.

Soweit Maßnahmen fortgeführt werden, die bereits in der 15. BayIfSMV enthalten waren, wird auf die Begründung der 15. BayIfSMV vom 23. November 2021 (BayMBl. Nr. 827) sowie auf die Begründungen der Verordnungen zur Änderung der 15. BayIfSMV vom 3. Dezember 2021 (BayMBl. Nr. 842), vom 10. Dezember 2021 (BayMBl. Nr. 869), vom 14. Dezember 2021 (BayMBl. Nr. 876), vom 23. Dezember 2021 (BayMBl. Nr. 950), vom 11. Januar 2022 (BayMBl. Nr. 3), vom 13. Januar 2022 (BayMBl. Nr. 37), vom 17. Januar 2022 (BayMBl. Nr. 42), vom 26. Januar 2022 (BayMBl. Nr. 68), vom 8. Februar 2022 (BayMBl. Nr. 90), vom 16. Februar 2022 (BayMBl. Nr. 116), vom 21. Februar 2022 (BayMBl. Nr. 119), vom 3. März 2022 (BayMBl. Nr. 152) sowie vom 18. März 2022 (BayMBl. Nr. 177) verwiesen.

Das maßgebliche Lagebild für die vorliegende Verordnung stellt sich wie folgt dar:

Nach einem Anstieg der Meldetfälle in Bayern seit dem 7. März 2022, ist seit dem 26. März 2022 ein leichter Rückgang der täglichen Fallzahlen zu verzeichnen. Am 31. März 2022 liegt die 7-Tage-Inzidenz der Meldetfälle in Bayern bei 2 042,1. Damit weist Bayern am 31. März 2022 eine 7-Tage-Inzidenz über dem Bundesdurchschnitt von 1 625,1 auf. Die Fallzahlen sowie die daraus errechnete Reproduktionszahl müssen insbesondere im Kontext der anhaltenden Belastung der Gesundheitsämter betrachtet werden.

Insgesamt verzeichnen nach den Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) am 31. März 2022 alle Landkreise und kreisfreien Städte in Bayern eine 7-Tage-Inzidenz der Meldetfälle von über 700. Im Einzelnen liegen 92 Landkreise und kreisfreie Städte über 1 000, davon 62 Kreise zwischen 2 000 und 3 000 und weitere zwei Kreise zwischen 3 000 und 4 000. Darüber hinaus liegt ein Kreis im Bereich zwischen 800 und 900 sowie zwei weitere Kreise zwischen 900 und 1 000 ([https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4/page/page\\_1](https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4/page/page_1)). Dabei reicht die Spannweite der Werte der 7-Tage-Inzidenz von 787,6 in der Stadt Straubing bis 3 322,1 im Landkreis Bamberg. In der Gesamtbetrachtung zeigt sich in Bayern damit flächendeckend ein sehr hohes Infektionsniveau.

Die Reproduktionszahl lag in den vergangenen Tagen unter dem Wert von 1. Nach RKI-Berechnungen liegt der 7-Tage-R-Wert für Bayern am 31. März 2022 bei 0,83, für Deutschland bei 0,84.

Die binnen einer Kalenderwoche gemeldeten Sterbefälle sind auf 293 Sterbefälle in der Kalenderwoche 12 (21. März bis 27. März 2022) gestiegen und liegen damit deutlich über dem Wert der Vorwoche (14. März bis 20. März 2022) mit 214 Sterbefällen. Die 7-Tage-Hospitalisierungsrate als Maßstab für die Krankheitsschwere befindet sich auf dem Niveau der Vorwoche. Am 31. März 2022 wurden nach den Daten des LGL innerhalb der letzten sieben Tage 936 hospitalisierte Fälle registriert, was einer 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz von 7,1 entspricht ([https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/infektionsschutz/infektionskrankheiten\\_a\\_z/coronavirus/karte\\_coronavirus/index.htm#inzidenzgeimpft](https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/infektionsschutz/infektionskrankheiten_a_z/coronavirus/karte_coronavirus/index.htm#inzidenzgeimpft)). Eine Woche zuvor,

am 24. März 2022, waren es 932 hospitalisierte Fälle innerhalb der letzten sieben Tage (7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz von 7,1).

Die oben genannte Hospitalisierungsinzidenz ist aktuell jedoch nicht hinreichend valide, weil es aufgrund der sehr hohen Infektionszahlen zu erheblichen Meldeverzügen der Gesundheitsämter kommt. Das RKI weist deshalb eine adjustierte 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz aus, die den zeitlichen Verzug der Meldungen nach dem Infektionsschutzgesetz korrigiert

([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Fallzahlen\\_Inzidenz\\_aktualisiert.html?jsessionid=800C9202B8C591748688663E3FB46A7D.internet052?nn=13490888](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Fallzahlen_Inzidenz_aktualisiert.html?jsessionid=800C9202B8C591748688663E3FB46A7D.internet052?nn=13490888)). Danach betrug die adjustierte 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz für Bayern am 28. März 2022 14,48 und lag damit mehr als doppelt so hoch wie die tagesaktuell am 28. März 2022 vom RKI für Bayern berichtete 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz von 6,8 ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Fallzahlen\\_Kum\\_Tab.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Fallzahlen_Kum_Tab.html)).

Seit dem 16. Januar 2022 liegt die adjustierte 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz wieder über dem vom RKI im Papier zur ControlCOVID-Strategie für die Stufe Rot empfohlenen Grenzwert von 5 ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Downloads/control-covid-2021-09-22.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Downloads/control-covid-2021-09-22.pdf?__blob=publicationFile)).

Seit dem 16. Januar 2022 ist bei Schwankungen in den Tagesverläufen insgesamt ein kontinuierlicher und inzwischen in Summe enormer Anstieg der Zahl bayernweit stationär behandelter COVID-19-Patienten zu beobachten. Im Bereich der Intensivbetten bewegt sich aktuell trotz der seit dem 24. Januar 2022 zunächst steigenden und noch immer schwankenden Entwicklung die Intensivbettenbelegung durch COVID-19-Patienten auf einem verhältnismäßig hohen, konstanten Niveau. Aktuell werden bayernweit 4 851 Patienten, bei denen eine Infektion mit SARS-CoV-2 nachgewiesen wurde, stationär behandelt (Meldungen der Krankenhäuser in IVENA vom 31. März 2022). Damit hat sich die Anzahl der mit COVID-19-Patienten belegten Krankenhausbetten seit dem 16. Januar 2022 verdreifacht. 409 COVID-19-Fälle werden derzeit intensivmedizinisch behandelt (Meldungen der Krankenhäuser im DIVI-Intensivregister vom 31. März 2022).

Nach wie vor besteht eine insgesamt hohe Inanspruchnahme der Intensivkapazitäten.

Angesichts der hohen Belegung insbesondere der Normalstationen mit COVID-19-Patienten und infolge der weiterhin extrem hohen, wenn auch momentan wieder leicht sinkenden Inzidenzen ist auch in den nächsten Wochen mit keiner merklichen Erleichterung der COVID-19-Situation in den Krankenhäusern zu rechnen, die sich zuletzt insbesondere auch durch COVID-19-bedingte Personalengpässe insgesamt schwierig, regional zum Teil sogar äußerst angespannt darstellt. Neben den Patientenzahlen ist das Vorhandensein des Personals für die Verfügbarkeit der Krankenhausbetten und somit für die Lagebeurteilung von entscheidender Bedeutung. So wird das System umso stärker belastet, je stärker sich die zu verzeichnenden Personalausfälle, etwa infolge von Quarantäne- oder Isolationsmaßnahmen, darstellen. Beim Klinikpersonal kommt es laut Rückmeldungen aus der Praxis aktuell regional vermehrt zu teils massiven Ausfällen. Nachdem diese Ausfälle neben den bettenführenden Stationen zunehmend auch die Kliniknotaufnahmen sowie weitere klinikrelevante Funktionsbereiche (z. B. Röntgenabteilung, Labor) betreffen, kommt es punktuell zu Abmeldungen von Kliniken sowie zu erneuten, teils umfassenden Einschränkungen in den Elektivprogrammen der Kliniken. Eine weitere Verschärfung der Situation in den Kliniken ist derzeit nicht ausgeschlossen.

Die durchschnittliche Auslastung der Intensivstationen liegt bayernweit bei 88,5 % (DIVI-Meldungen, Stand 31. März 2022). In 29 von 96 kreisfreien Städten bzw. Landkreisen weisen die Intensivstationen der Kliniken eine Auslastung von weniger als 80 % auf. In 23 kreisfreien Städten bzw. Landkreisen liegt die Auslastung hingegen über 95 %, davon in 18 kreisfreien Städten bzw. Landkreisen bei 100 %. Auf Ebene der Integrierten Leitstellen (ILS) liegt in zwei der insgesamt 26 ILS die Auslastung der Intensivkapazitäten unter 80 %. Drei ILS weisen eine Auslastung von über 95 % auf, davon eine sogar von 100 % (DIVI-Meldungen, Stand 31. März 2022).

Die weitere Entwicklung der Bettenbelegung mit COVID-19-Patienten bleibt nach wie vor sehr sorgfältig zu beobachten. Wie von Experten prognostiziert, kompensieren die seit Wochen extrem hohen Infektionszahlen den „Vorteil“ der leichteren Krankheitsverläufe für die Intensivbettenbelegung zumindest teilweise und führen – von den Personalausfällen ganz abgesehen – zu einer sehr starken Beanspruchung der Normalpflegestationen. Auch im Normalpflegebereich beinhaltet die Behandlung von Patienten mit einer nachgewiesenen SARS-CoV-2-Infektion einen erheblichen zusätzlichen Isolationsaufwand.

In Anbetracht des nach wie vor vergleichsweise hohen Niveaus der Intensivbettenbelegung insgesamt (COVID-19- und Non-COVID-19-Patienten) und der in den letzten Wochen stark angestiegenen Anzahl der COVID-19-Patienten, insbesondere auf Normalstationen, ist die aktuelle Entwicklung der Hospitalisierung von COVID-19-Patienten sowie der Personalsituation weiterhin sehr aufmerksam zu beobachten.

Nicht zuletzt in Umsetzung der Empfehlungen u. a. des ECDC wurde durch die Änderung der Allgemeinverfügung zur Bewältigung erheblicher Patientenzahlen in Krankenhäusern vom 16. Dezember 2021 (BayMBl. Nr. 903) Vorsorge getroffen und u. a. die Möglichkeit geschaffen, geeignetes Personal von Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation an Krankenhäuser abzuordnen. Zudem ist es möglich, in besonderen Ausnahmefällen auch geeignete psychiatrische Einrichtungen zur Behandlung von Patienten mit somatischen Erkrankungen heranzuziehen. Dennoch wird die Lage der Krankenhäuser insgesamt als sehr herausfordernd eingeschätzt.

In Bayern wurden bisher 26 415 840 COVID-19-Schutzimpfungen durchgeführt, die sich auf Erstimpfungen, Zweitimpfungen und Auffrischungsimpfungen verteilen. Inzwischen (Stand 31. März 2022) haben 9 822 473 Personen, und damit rund 74,8 %, eine Grundimmunisierung durch Impfung(en) erhalten. Die Impfquote der grundimmunisierten Personen ab 60 Jahren liegt in Bayern bei rund 86,7 %, die Impfquote der grundimmunisierten Personen im Alter von 18 bis 59 Jahren liegt bei rund 82,7 % und die Impfquote der grundimmunisierten Personen im Alter von 12 bis 17 Jahren bei rund 64,7 %. Seit Mitte August 2021 besteht für bestimmte Personengruppen die Möglichkeit, eine Auffrischungsimpfung zu erhalten. Seit Mitte November 2021 können grundsätzlich alle Volljährigen und seit Mitte Januar 2022 auch alle 12- bis 17-Jährigen eine Auffrischungsimpfung erhalten, sofern der Mindestabstand zur Grundimmunisierung abgelaufen ist. In Bayern wurden bisher 7 371 226 Auffrischungsimpfungen durchgeführt, die in der oben genannten Gesamtzahl der COVID-19-Schutzimpfungen enthalten sind. Die Impfquote bei den Auffrischungsimpfungen liegt damit bezogen auf die bayerische Bevölkerung derzeit bei rund 56,1 %. Seit Mitte Februar 2022 ist es für bestimmte Personengruppen auch möglich, eine zweite Auffrischungsimpfung zu erhalten.

Da ausreichend Impfstoff für COVID-19-Schutzimpfungen vorhanden ist, besteht seit vielen Monaten für alle Impfwilligen ab 12 Jahren die Möglichkeit, zeitnah eine Schutzimpfung zu erhalten. Die ersten Impfungen von Fünf- bis Elfjährigen mit einem für sie zugelassenen Impfstoff waren Mitte Dezember 2021 möglich. Inzwischen liegt die Impfquote bei den Erstimpfungen bezogen auf die bayerische Bevölkerung dieser Altersgruppe bei rund 20,9 % und bei den vollständigen Impfungen bei rund 18,4 %.

Deutschland befindet sich weiterhin in der Omikron-Welle mit den höchsten Fallzahlen seit Beginn der Corona-Pandemie. Während die Fallzahlen im März 2022 deutlich angestiegen sind, kommt es derzeit wieder zu einem leichten Rückgang der gemeldeten Fälle auf hohem Niveau. Es herrscht weiterhin ein sehr hoher Infektionsdruck in der Bevölkerung. Zwar deuten wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen auch in anderen Ländern darauf hin, dass schwere Erkrankungen, Hospitalisierungen und Intensivbehandlungen bei einer Infektion mit der Omikron-Variante weniger häufig sind als bei der Delta-Variante. Dennoch kann sich aus der hohen Zahl infizierter Personen auch eine steigende Anzahl von Fällen ergeben, in denen eine Hospitalisierung oder auch intensivmedizinische Behandlung erforderlich wird. Infektionsbedingte Personalausfälle in der Krankenversorgung belasten die Situation zusätzlich. Aufgrund der aktuellen Situation ist es daher geboten, die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Pandemiebekämpfung so weit wie möglich auszuschöpfen.

Die Omikron-Variante ist in Deutschland die dominierende SARS-CoV-2-Variante. Der Anteil aller anderen Varianten inkl. Delta liegt unter 1 %. Omikron ist deutlich stärker übertragbar als die früheren Varianten. Es gibt Hinweise auf eine reduzierte Schutzwirkung und insbesondere Dauer des Impfschutzes gegen die Omikron-Variante. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass eine Auffrischungsimpfung nach Grundimmunisierung den Immunschutz substantiell verbessert sowie vor Infektionen und insbesondere vor schweren Krankheitsverläufen schützt.

Das Ziel der nach § 28a Abs. 7 IfSG allein möglichen Basisschutzmaßnahmen ist es, einen unkontrollierten Anstieg der Infektionszahlen zu verhindern und für besonders vulnerable Personen einen Basisschutz herzustellen. Dessen ungeachtet bleibt es das Ziel der infektionspräventiven Maßnahmen, schwere Erkrankungen und Todesfälle zu minimieren und Langzeitfolgen, die auch nach milden Krankheitsverläufen auftreten können und deren langfristige Auswirkungen noch nicht absehbar sind, zu vermeiden. Daher sollten von jedem Bürger und jeder Bürgerin möglichst alle empfohlenen Maßnahmen des Infektionsschutzes eigenverantwortlich umgesetzt werden: die Einhaltung des Mindestabstands, Beachtung der Hygiene, das Tragen von Masken in sowie das regelmäßige und gründliche Lüften von Innenräumen

vor, während und nach dem Aufenthalt mehrerer Personen (AHA+L Regeln). Diese Empfehlungen gelten auch für Geimpfte und Genesene, da Infektionen und Transmissionen auch in diesen Personengruppen auftreten können.

Für die Senkung der Neuinfektionen, den Schutz der Risikogruppen und die Minimierung von schweren COVID-19-Erkrankungen und damit auch die Begrenzung der Belastung des Gesundheitssystems ist die Impfung der Bevölkerung von zentraler Bedeutung. Das RKI schätzt die Gefährdung durch COVID-19 für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland insgesamt als sehr hoch ein. Ursächlich hierfür ist das Auftreten der Omikron-Variante, die sich effektiver verbreitet als die bisherigen Virusvarianten. Die Infektionsgefährdung wird für die Gruppe der Ungeimpften als sehr hoch, für die Gruppen der Genesenen und Geimpften mit Grundimmunisierung (zweimalige Impfung) als hoch und für die Gruppe der Geimpften mit Auffrischungsimpfung (dreimalige Impfung) als moderat eingeschätzt.

In Deutschland überwiegt seit Kalenderwoche 01/2022 der Anteil der gemeldeten Infektionen, die durch Omikron verursacht wurden, gegenüber den anderen SARS-CoV-2-Varianten. In Meldewoche 11/2022 betrug der Anteil 99,6 % aller übermittelten COVID-19-Fälle, während die zuvor dominierende Variante Delta nur noch einen Anteil von 0,1 % hatte. In Bayern zeigte sich ein ähnliches Bild wie im Bundesdurchschnitt mit einem Anteil der Omikron-Variante von 99,9 % in Meldewoche 11/2022.

Vor dem Hintergrund dieses Lagebilds sieht die 16. BayIfSMV mit Blick auf die ab dem 3. April 2022 nur noch eingeschränkt bestehenden Befugnisse folgende Regelungen vor:

§ 1 enthält allgemeine Verhaltensempfehlungen zur Infektionsprävention. Empfohlen wird, in geschlossenen Räumlichkeiten mindestens eine medizinische Gesichtsmaske zu tragen. Diese Empfehlung gilt unbeschadet der Maskenpflicht nach § 2 und damit auch für Bereiche, die aufgrund der beschränkten Befugnisgrundlage von einer echten Maskenpflicht nicht mehr erfasst werden können. Die Empfehlung gilt nicht für Personen, die nach § 2 auch von der Maskenpflicht ausgenommen oder befreit sind. Sie gilt darüber hinaus nur dann, wenn sich mehrere Personen in den entsprechenden Innenräumen aufhalten. Halten sich mehrere Personen in geschlossenen Räumen auf, so ist das Tragen einer Maske ein wirksames Mittel der Infektionsprävention: Das mit jedem Kontakt verbundene Infektionsrisiko nimmt bereits ab, wenn eine Seite, mehr aber noch wenn beide Seiten des Kontakts Maske tragen.

Empfohlen wird weiterhin, wie bereits bislang nach der 15. BayIfSMV, das Einhalten eines allgemeinen Mindestabstands von 1,5 m und das Einhalten der allgemeinen Hygienemaßnahmen. Neu aufgenommen wurde die Empfehlung für Betriebe, Einrichtungen, Angebote und Veranstaltungen mit Publikumsverkehr, Hygienekonzepte zu erstellen. Die Anordnung einer Verpflichtung zur Erstellung und Anwendung von Hygienekonzepten ist auf Grundlage von § 28a Abs. 7 IfSG nicht mehr möglich.

Die §§ 2 bis 5 enthalten diejenigen Pflichten und Erfordernisse, die als Basisschutzmaßnahmen auf der Grundlage von § 28a Abs. 7 IfSG angeordnet werden können. Die 16. BayIfSMV macht insoweit von den noch bestehenden Befugnissen Gebrauch. Unberührt hiervon bleiben die außerhalb der Infektionsschutzmaßnahmenverordnung bestehenden Regelungen und Möglichkeiten zur Infektionsprävention. Zusätzlich zu den Pflichten der §§ 2 bis 5 und den Empfehlungen des § 1 gelten daher die arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen. Das Gleiche gilt für Vorgaben zur Infektionshygiene, etwa nach § 23 Abs. 5 und § 36 Abs. 1 IfSG. Unberührt bleiben darüber hinaus individuelle Schutzmaßnahmen und weitere Maßnahmen nach § 28a Abs. 7 Satz 2 IfSG und auch versammlungsrechtliche Maßnahmen zum Infektionsschutz (z. B. Verpflichtung zur Einhaltung bestimmter Mindestabstände oder Maskenpflicht) können im Einzelfall weiterhin auf Grundlage von Art. 15 des Bayerischen Versammlungsgesetzes erlassen werden, wenn unmittelbare Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung zu befürchten sind (vgl. BVerfG, B.v. 30.8.2020 – 1 BvQ 94/20, NVwZ 2020, 1508 Rn. 16).

§ 2 ordnet unter den dort genannten Voraussetzungen in den dort genannten Einrichtungen eine Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske an und macht damit in dem bundesgesetzlich vorgegebenen Umfang von den noch bestehenden Befugnissen nach § 28a Abs. 7 IfSG Gebrauch.

Die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske gilt zunächst für Fahrgäste und für Fahr-, Kontroll- und Servicepersonal mit Kundenkontakt in den Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs, wobei für Beschäftigte, soweit dies nach § 2 von der Maskenpflicht erfasst werden, wie bislang nach der spezielleren Vorschrift des § 2 Abs. 3 Satz 4 während ihrer dienstlichen Tätigkeit die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske im Rahmen der arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen gilt.

Die Maskenpflicht besteht darüber hinaus in Gebäuden und geschlossenen Räumlichkeiten einschließlich geschlossener Fahrzeugbereiche der in § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Nr. 3 genannten Einrichtungen. Den Vorgaben der Befugnisgrundlage nach § 28a Abs. 7 IfSG folgend, besteht hierbei in den Einrichtungen nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 die Maskenpflicht nur, soweit dies zur Abwendung einer Gefahr für Personen, die auf Grund ihres Alters oder ihres Gesundheitszustandes ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf von COVID-19 haben, erforderlich ist

Die Hinweise des RKI „Informationen und Hilfestellungen für Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf“ können insoweit als Anhaltspunkte dienen, wann für Personen aus alters- oder gesundheitsbedingten Gründen ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf von COVID-19 vorliegt. Ein erhöhtes Risiko aufgrund des Alters ist danach in der Regel ab einem Alter von 60 Jahren anzunehmen. Ein erhöhtes Risiko aufgrund des Gesundheitszustandes ist in der Regel bei den folgenden Erkrankungen anzunehmen, wobei es sich lediglich um eine beispielhafte Aufzählung handelt: Herzkreislauferkrankungen, Diabetes, Erkrankungen des Atmungssystems, der Leber, der Niere oder Krebserkrankungen.

Erforderlich wird die Maskenpflicht in der Regel in Räumen sein, in denen sich Personen aus den oben genannten Personengruppen aufhalten, sofern nicht aufgrund anderer Maßnahmen ein Infektionsrisiko ausgeschlossen werden kann.

Die vormals in § 2 Abs. 1 Satz 2 der 15. BayIfSMV enthaltenen Ausnahmetatbestände wurden auf die Generalklausel des jetzigen § 2 Abs. 2 reduziert.

Notwendige Gründe zum Verzicht auf das Tragen der Maske liegen dabei insbesondere, wie bislang, bei der Inanspruchnahme gastronomischer Leistungen vor, sodass für Gäste in der Gastronomie auch in den von § 2 noch erfassten Konstellationen (z. B. Kantine im Krankenhaus) am Tisch weiterhin keine Maskenpflicht besteht.

Daneben kann etwa auch der Aufenthalt von Patienten im Patientenzimmer im Krankenhaus aufgrund der Vergleichbarkeit zu den eigenen privaten Räumlichkeiten einen notwendigen Grund für das Entfallen der Maskenpflicht darstellen.

§ 2 Abs. 3 enthält weitere Befreiungstatbestände sowie die bereits oben genannte Regelung für Beschäftigte.

§ 2 Abs. 4 verpflichtet Betreiber, sicherzustellen, dass in ihrem Bereich die Maskenpflicht eingehalten wird. Die Betreiber haben im Rahmen von § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 zu beurteilen, ob eine Maskenpflicht in ihrer Einrichtung zur Abwendung einer Gefahr für Personen, die auf Grund ihres Alters oder ihres Gesundheitszustandes ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Krankheitsverlauf von COVID-19 haben, erforderlich ist. Sofern diese Voraussetzungen vorliegen, können die Betreiber ihrer Pflicht zur Sicherstellung der Einhaltung der Bestimmungen zur Maskenpflicht insbesondere nachkommen, indem sie die Besucher der jeweiligen Einrichtung durch Piktogramme, Aushänge o. ä. auf die Pflicht zum Tragen einer Maske aufmerksam machen und das Einhalten der Maskenpflicht jedenfalls stichprobenartig überprüfen.

§ 3 führt auf der Grundlage des § 28a Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 IfSG die bislang in § 7 der 15. BayIfSMV enthaltenen einrichtungsbezogenen Testerfordernisse fort.

Bei Maßregelvollzugskliniken handelt es sich um Krankenhäuser und damit um Einrichtungen im Sinne von § 3 Satz 1 Nr. 1; sonstige Maßregelvollzugseinrichtungen unterfallen hingegen § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2.

Auch soweit Testnachweiserfordernisse bestehen, kann die Einrichtung betreten werden, um im unmittelbaren Anschluss daran vor Ort ein Testangebot der Einrichtung wahrzunehmen. Dabei muss gewährleistet sein, dass jeglicher unmittelbare Kontakt zu anderen als den mit der Durchführung oder Verwaltung des Tests betrauten Personen ausgeschlossen ist, bis ein negativer Testnachweis vorliegt.

Eine weitere Ausnahme von dem Testerfordernis bei Betreten gilt für Personen, die die Einrichtung im Rahmen eines Notfalleinsatzes oder aus anderen Gründen ohne Kontakt zu den in den Einrichtungen behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen nur für einen unerheblichen Zeitraum betreten. In Notfällen kann von dem Testerfordernis auch für die Begleitperson der behandelten, betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personen abgesehen werden.

Neu ist die in § 3 Abs. 4 angeordnete Testnachweispflicht für Gefangene und Sicherungsverwahrte bei der Rückkehr in die jeweilige Anstalt. Die bereits bislang auf der Grundlage strafvollstreckungsrechtlicher

Generalklauseln bestehenden, nach der ausdrücklichen Nennung der Justizvollzugsanstalten in § 28a Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe c) IfSG nunmehr in die BayIfSMV übernommenen Testerfordernisse dienen dem Zweck, einen Infektionsausbruch dadurch zu verhindern, dass ein etwaiger Eintrag frühzeitig erkannt wird. Nach § 3 Abs. 4 sind Gefangene oder Sicherungsverwahrte, die eine Justizvollzugsanstalt vorübergehend verlassen haben, verpflichtet, am Tag der Rückkehr und anschließend täglich bis zum siebten Tag nach ihrer Rückkehr einen Testnachweis nach § 3 Abs. 5 Satz 1 zu erbringen. Gefangene oder Sicherungsverwahrte, die geimpfte oder genesene Personen im Sinne des § 2 Nr. 2, 4 SchAusnahmV sind, müssen innerhalb der ersten sieben Tage nach ihrer Rückkehr lediglich zwei Testnachweise erbringen.

§ 3 Abs. 5 Satz 1 definiert den Testnachweis für die Zwecke dieser Verordnung und bestimmt die an den Nachweis zu stellenden Anforderungen. Die in § 3 Abs. 5 Satz 2 genannten Personengruppen gelten weiterhin als getestet, sodass insbesondere Schülerinnen und Schüler, die regelmäßigen Testungen im Rahmen des Schulbesuchs unterliegen, für den Zutritt zu den in § 3 Abs. 1 und 2 genannten Bereichen keinen zusätzlichen Testnachweis erbringen müssen.

§ 4 führt das bislang in § 8 der 15. BayIfSMV enthaltene Testregime für Schulen fort. Die schulvorbereitenden Einrichtungen sind hiervon nicht mehr erfasst, da § 28a Abs. 7 IfSG insoweit keine Befugnis zur Anordnung von anlasslosen Reihentestungen mehr begründet.

§ 5 führt das bislang in § 9 der 15. BayIfSMV enthaltene Testregime für Einrichtungen der Kindertagesbetreuung einschließlich der Betreuungsangebote der Kindertagespflege fort. § 28a Abs. 7 Satz 1 Nr. 2 Buchst. b IfSG verwendet den Begriff der „Kindertageseinrichtungen“. Nach Sinn und Zweck dieser Regelung ist davon auszugehen, dass hiervon auch der Bereich der Kindertagespflege erfasst ist und nach dem Willen des Gesetzgebers daher eine Testung im gesamten Bereich der Kindertagesbetreuung unabhängig von der konkreten Betreuungsform ermöglicht werden sollte.

§ 6 enthält in Abs. 1 klarstellend den Hinweis, dass weitergehende Einzelfallanordnungen der Infektionsschutzbehörden weiterhin zulässig sind. § 6 Abs. 2 führt die bislang in § 10 Abs. 2 der 15. BayIfSMV enthaltenen Möglichkeiten für das Erteilen von Ausnahmegenehmigungen fort.

§ 7 enthält die Ordnungswidrigkeitentatbestände.

§ 8 bestimmt das Inkrafttreten und Außerkrafttreten.

## 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](mailto: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](mailto: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](http://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.