



## **Schriftliche Anfrage**

des Abgeordneten **Toni Schuberl BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**  
vom 08.03.2021

### **Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (12. BayIfSMV) – Allgemeine Regeln und öffentliches Leben**

Ich frage die Staatsregierung:

- 1.1 Welche Masken haben gemäß § 1 Abs. 2 Satz 2 der 12. BayIfSMV einen mindestens gleichwertig genormten Standard zur FFP2-Maske (bitte begründen)? ..... 3
- 1.2 Aus welchem Grund gilt die FFP2-Maskenpflicht nicht für Kinder zwischen dem sechsten und dem 15. Geburtstag? ..... 3
- 1.3 Wenn eine Person nach § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 i. V. m. Satz 2 der 12. BayIfSMV glaubhaft machen kann, dass ihr das Tragen einer FFP2-Maske nicht möglich ist, das Tragen einer einfachen Mund-Nasen-Bedeckung aber möglich wäre, ist sie dann im Fall der FFP2-Maskenpflicht generell vom Tragen einer Maske befreit oder muss sie dann eine einfache Bedeckung tragen? ..... 3
  
- 2.1 Welche Erkenntnisse hat die Staatsregierung über die Nutzung der Kontaktdaten nach § 2 der 12. BayIfSMV durch die Gesundheitsämter zur Nachverfolgung? ..... 3
- 2.2 Aus welchem Grund müssen die Symptome, die gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 4 Halbsatz 3 der 11. BayIfSMV gemeldet werden mussten, nicht mehr gemeldet werden? ..... 4
  
- 3.1 Warum wird in § 3 der 12. BayIfSMV auf die Inzidenzwerte von drei aufeinanderfolgenden Tagen abgestellt, während nach § 18 Abs. 1 Satz 4 der 12. BayIfSMV der Inzidenzwert am Freitag relevant ist? ..... 4
- 3.2 Sind mit dem „aktuellen Stand der Veröffentlichung des Robert-Koch-Instituts“ gemäß § 18 Abs. 1 Satz 4 der 12. BayIfSMV die „Zahlen des RKI-Dashboards“ gemeint, die gemäß § 3 (der eben nicht für Schulen und Kindergärten gilt) i. V. m. § 28a Abs. 3 Satz 12 IfSG zugrunde zu legen oder können für Schulen und Kindergärten auch andere Zahlen des RKI verwendet werden? ... 4
- 3.3 Inwiefern können Kreisverwaltungsbehörden nach § 18 Abs. 1 Satz 4 der 12. BayIfSMV die bisherige sowie die prognostizierte Entwicklung der Inzidenzwerte in die Entscheidung über die Inzidenzeinstufung einfließen lassen? ..... 4
  
- 4.1 Aus welchem Grund wurde die allgemeine Ausgangssperre komplett gestrichen, obwohl sich die Inzidenzzahlen nicht wesentlich geändert haben? ..... 5
- 4.2 Wie schätzt die Staatsregierung die bisherige Wirksamkeit der Ausgangssperre ein, insbesondere da quasi alle erlaubten Tätigkeiten sowieso auch einen triftigen Grund dargestellt hatten? ..... 5
- 4.3 Wie viele Bußgelder wurden aufgrund Verstoßes gegen die allgemeine Ausgangssperre verhängt? ..... 5
  
- 5.1 Aus welchem Grund ist die Staatsregierung von der fragwürdigen, nur auf Kinder unter drei Jahren beschränkten Ausnahmegenehmigung wieder zur Ausnahmegenehmigung für alle Kinder unter 14 Jahren (§ 4 Abs. 1 Satz 2 der 12. BayIfSMV) zurückgekehrt? ..... 5

Hinweis des Landtagsamts: Zitate werden weder inhaltlich noch formal überprüft. Die korrekte Zitierweise liegt in der Verantwortung der Fragestellerin bzw. des Fragestellers sowie der Staatsregierung.

5.2	Wie ist nichteheliche Lebensgemeinschaft im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 3 der 12. BayIfSMV definiert? .....	6
5.3	Zu welchem Hausstand gehören die Mitbewohner der jeweiligen nicht zusammenwohnenden Ehepartner, wenn diese Ehepartner nach § 4 Abs. 1 Satz 3 der 12. BayIfSMV als ein Hausstand gelten (Beispiel: Ehemann und 14-jährige Tochter aus einem Hausstand treffen Ehefrau und 15-jährigen Sohn aus einem anderen Hausstand in einem Landkreis mit einer Inzidenz von über 100, ohne Betreuungsgemeinschaft zu sein)? .....	6
6.1	Warum gibt es keine FFP2-Maskenpflicht bei Versammlungen nach § 7 der 12. BayIfSMV? .....	6
6.2	Warum gilt nach § 8 der 12. BayIfSMV die FFP2-Maskenpflicht nur für den Personennahverkehr und nicht für den Personenfernverkehr, obwohl manche Flugreise kürzer dauert als eine Fahrt im Eisenbahnnahverkehr? .....	7
6.3	Warum gilt für Besucher von ambulant betreuten Wohngemeinschaften nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 der 12. BayIfSMV keine FFP2-Maskenpflicht? .....	7
7.1	Welche wissenschaftlichen Studien kennt die Staatsregierung bezüglich der Frage, inwieweit Corona-Geimpfte Viren an Dritte weitergeben können (bitte jeweils das Ergebnis der Studien bzw. die Interpretation des Ergebnisses durch die Staatsregierung kurz zusammengefasst angeben)? .....	7
7.2	Welche wissenschaftlichen Studien kennt die Staatsregierung bezüglich der Frage, inwieweit bereits einmal oder zweimal gegen Corona Geimpfte von einer Infektion oder von einem schweren Verlauf bedroht sind (bitte jeweils das Ergebnis der Studien bzw. die Interpretation des Ergebnisses durch die Staatsregierung kurz zusammengefasst angeben)? .....	8
7.3	Welche wissenschaftlichen Studien kennt die Staatsregierung bezüglich der Frage, inwieweit die aktuell verfügbaren Corona-Impfungen auch gegen relevante Mutationen schützen (bitte jeweils das Ergebnis der Studien bzw. die Interpretation des Ergebnisses durch die Staatsregierung kurz zusammengefasst angeben)? .....	9
8.1	Inwiefern respektiert die Staatsregierung den Beschluss des BayVGH vom 02.03.2021, Az. 20 NE 21.353, der die Beobachtung von Beschäftigten von Pflegeheimen als voraussichtlich verfassungswidrig außer Kraft gesetzt hat und dies in erster Linie damit begründete, dass Beschäftigte grundsätzlich nicht automatisch als Ansteckungsverdächtige gesehen werden dürfen (die durchgeführte Impfung war dabei nicht entscheidungserheblich)? .....	10
8.2	In welcher Art und Weise kann und soll der Anteil an Geimpften das Testkonzept nach § 9 Abs. 2 Nr. 4 und 5 der 12. BayIfSMV beeinflussen? .....	11
8.3	Kann die Staatsregierung ein Beispiel geben, unter welchen Bedingungen nur eine oder keine Testung in einem Testkonzept nach § 9 Abs. 2 Nrn. 4 und 5 der 12. BayIfSMV vorgesehen werden könnte? .....	11

# Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege  
vom 15.04.2021

## 1.1 Welche Masken haben gemäß § 1 Abs. 2 Satz 2 der 12. BayIfSMV einen mindestens gleichwertig genormten Standard zur FFP2-Maske (bitte begründen)?

FFP2-Masken müssen klare Anforderungen der einschlägigen technischen Normen einhalten. Dabei wird insbesondere die Filterleistung des Maskenmaterials anhand der europäischen Norm EN 149:2001+A1:2009 mit Aerosolen getestet. FFP2-Masken müssen mindestens 94 Prozent der Testaerosole filtern. Sie bieten daher nachweislich bei korrektem Tragen einen wirksamen Schutz auch gegen Aerosole. Die Prüfnorm ist – gemeinsam mit dem CE-Kennzeichen und der vierstelligen Kennnummer der benannten Stelle – auf der Oberfläche der FFP-Maske aufgedruckt. Als mindestens gleichwertig gelten nach aktuellen Erkenntnissen und den Mitteilungen des Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) in diesem Sinne folgende Standards (jeweils ohne Ausatemventil):

- FFP3 (Europa),
- N95 und N99 (NIOSH 42 CFR Part 84, USA),
- P2 (AS/NZ 1716:2012, Australien/Neuseeland),
- KF94 und KF99 (Korea 1st Class KMOEL-2017-64),
- DS2 (Japan JMHLW-Notification 214,2018),
- KN95 und KN100 (GB2626-2006 bzw. GB2626-2019, China).

Die Ausführungen beziehen sich auf die Anwendung von Atemschutzmasken durch Privatpersonen. Sie gelten nicht für die Zulassung als Persönliche Schutzausrüstung (PSA) im Arbeitsschutz.

## 1.2 Aus welchem Grund gilt die FFP2-Maskenpflicht nicht für Kinder zwischen dem sechsten und dem 15. Geburtstag?

Generell bietet eine FFP2-Maske bei korrektem Tragen einen höheren Schutz gegenüber einer Corona-Infektion, da sie, im Gegensatz zu herkömmlichen Mund-Nasen-Schutz, neben dem Fremdschutz einen sehr guten Eigenschutz gewährleistet. Gerade bei den derzeit auf auftretenden Virenmutationen ist eine FFP2-Maske ein wichtiger Baustein zur Eindämmung des Infektionsgeschehens. Das Anlegen und Tragen einer FFP2-Maske erfordert vonseiten des Trägers einen hohen Grad an Disziplin, um einen korrekten Sitz und Dichtheit der Maske zu gewährleisten. Bei Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren kann diese Sorgfaltspflicht nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden. Hier gilt es abzuwägen, ob bei Kindern und Jugendlichen ein gut sitzender und einfacher zu handhabender Mund-Nasen-Schutz aus infektiologischer Sicht nicht einen besseren (Teil-) Schutz bietet als eine schlecht sitzende FFP2-Maske. Daher hat diese altersbasierende Abstufung in der Maskenpflicht zur Eindämmung des Infektionsgeschehens ihre Berechtigung.

## 1.3 Wenn eine Person nach § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 i. V. m. Satz 2 der 12. BayIfSMV glaubhaft machen kann, dass ihr das Tragen einer FFP2-Maske nicht möglich ist, das Tragen einer einfachen Mund-Nasen-Bedeckung aber möglich wäre, ist sie dann im Fall der FFP2-Maskenpflicht generell vom Tragen einer Maske befreit oder muss sie dann eine einfache Bedeckung tragen?

Macht die Person glaubhaft, dass ihr lediglich das Tragen einer FFP2-Maske nicht möglich ist, so hat diese eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen.

## 2.1 Welche Erkenntnisse hat die Staatsregierung über die Nutzung der Kontaktdaten nach § 2 der 12. BayIfSMV durch die Gesundheitsämter zur Nachverfolgung?

Eine Abfrage bei den Gesundheitsämtern wäre nicht nur zeit- und ressourcenaufwendig, sondern mit einem erheblichen Arbeitsaufwand verbunden, der nicht von den originären Aufgaben der Gesundheitsbehörden gedeckt ist. Dies gilt auch unter Berücksichtigung bestehender statistischer Erfassungs- und Berichtspflichten.

**2.2 Aus welchem Grund müssen die Symptome, die gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 4 Halbsatz 3 der 11. BayIfSMV gemeldet werden mussten, nicht mehr gemeldet werden?**

Die Staatsregierung hat mit der durch einen Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs (BayVGH) ab 04.03.2021 außer Vollzug gesetzten Regelung versucht, die nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) des Bundes bestehenden rechtlichen Spielräume zugunsten des größtmöglichen Schutzes für die Einrichtungen und für deren Bewohner zu nutzen. Dass der BayVGH die rechtlichen Möglichkeiten nunmehr enger eingegrenzt hat, war selbstverständlich zu respektieren. Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) hat den weiteren Handlungsbedarf geprüft und eine Neuregelung geschaffen. Dabei war zu beachten, dass der BayVGH zur Begründung seines Beschlusses ausgeführt hat, eine behördliche Beobachtung setze nach dem Infektionsschutzgesetz den Verdacht voraus, dass sich die betroffene Person angesteckt habe. Ein solcher Verdacht bestehe bei den Beschäftigten von Pflege- und Altenheimen nicht ohne Weiteres. Daher wurde auf die Anordnung einer Beobachtung im Sinn des § 29 IfSG, zu der auch die Meldepflicht bei Symptomen gehört, verzichtet.

**3.1 Warum wird in § 3 der 12. BayIfSMV auf die Inzidenzwerte von drei aufeinanderfolgenden Tagen abgestellt, während nach § 18 Abs. 1 Satz 4 der 12. BayIfSMV der Inzidenzwert am Freitag relevant ist?**

Abweichend von § 3 der 12. BayIfSMV enthalten § 18 Abs. 1 Satz 4 bis 6 und § 19 Abs. 1 Satz 3 und 4 der 12. BayIfSMV spezielle Regelungen für Schulen und Tagesbetreuungsangebote für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige. Die Vorgehensweise in Bezug auf die amtliche Bekanntmachung des jeweils maßgeblichen 7-Tage-Inzidenzwerts sieht im Unterschied zu § 3 der 12. BayIfSMV vor, dass für die jeweils kommende Woche auf den Inzidenzwert am Freitag der Vorwoche abzustellen ist. Auf diese Weise kann dem Bedürfnis und dem dringenden Wunsch sämtlicher Betroffener, d. h. der Schulfamilie sowie der Betreuungseinrichtungen, nach besserer Planbarkeit und Vorhersehbarkeit Rechnung getragen werden.

**3.2 Sind mit dem „aktuellen Stand der Veröffentlichung des Robert-Koch-Instituts“ gemäß § 18 Abs. 1 Satz 4 der 12. BayIfSMV die „Zahlen des RKI-Dashboards“ gemeint, die gemäß § 3 (der eben nicht für Schulen und Kindergärten gilt) i. V. m. § 28a Abs. 3 Satz 12 IfSG zugrunde zu legen oder können für Schulen und Kindergärten auch andere Zahlen des RKI verwendet werden?**

Es sind im Rahmen der in Rede stehenden Regelungen (§ 3 und §§ 18, 19 der 12. BayIfSMV) für die hiernach zu veröffentlichenden amtlichen Bekanntmachungen die Inzidenzwerte (RKI-Dashboard, abrufbar unter der Adresse <http://corona.rki.de>) gemäß § 28a Abs. 3 Satz 12 IfSG zugrunde zu legen.

**3.3 Inwiefern können Kreisverwaltungsbehörden nach § 18 Abs. 1 Satz 4 der 12. BayIfSMV die bisherige sowie die prognostizierte Entwicklung der Inzidenzwerte in die Entscheidung über die Inzidenzeinstufung einfließen lassen?**

Den örtlich zuständigen Kreisverwaltungsbehörden bleibt es im Rahmen von § 25 und § 28 der 12. BayIfSMV unbenommen, auf Grundlage der konkreten Entwicklung des Infektionsgeschehens vor Ort weiter gehende Anordnungen zu treffen sowie Ausnahmegenehmigungen zu erteilen, soweit diese im Einzelfall infektionsschutzrechtlich vertretbar sind. Hingegen sieht die Regelung in § 18 Abs. 1 Satz 4 der 12. BayIfSMV keinen Ermessensspielraum bei der Bestimmung der Inzidenzwerte im Rahmen der amtlichen Bekanntmachung vor.

- 4.1 Aus welchem Grund wurde die allgemeine Ausgangssperre komplett gestrichen, obwohl sich die Inzidenzzahlen nicht wesentlich geändert haben?**
- 4.2 Wie schätzt die Staatsregierung die bisherige Wirksamkeit der Ausgangssperre ein, insbesondere da quasi alle erlaubten Tätigkeiten sowieso auch einen triftigen Grund dargestellt hatten?**

Die nächtliche Ausgangssperre gilt für Landkreise und kreisfreie Städte mit einer 7-Tage-Inzidenz über 100 weiterhin (§ 26 der 12. BayIfSMV). Die Aufhebung der davon zu unterscheidenden allgemeinen Ausgangsbeschränkung erfolgte im Zuge des Erlasses der 12. BayIfSMV am 05.03.2021. Zu diesem Zeitpunkt lag die 7-Tage-Inzidenz in Bayern bei 69,1. Die Fortgeltung einer allgemeinen bayernweiten Ausgangsbeschränkung wurde daher als nicht mehr erforderlich angesehen und gemäß dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit nicht weiter angeordnet.

Eine Ausgangsbeschränkung dient allgemein der Reduktion von Kontakten – insbesondere auch im Hinblick auf die nach den bisherigen Erfahrungen besonders infektionsgefährdenden privaten Zusammenkünfte – und dient damit dem Schutz von Leben und Gesundheit und der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems. Eine solche Ausgangsbeschränkung sieht der Bundesgesetzgeber in § 28a Abs. 1 Nr. 3, Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 IfSG auch ausdrücklich vor.

Eine zeitlich befristete, merkliche Einschränkung persönlicher Kontakte ist bereits nach den Erfahrungen aus der ersten Welle der Pandemie geeignet, die bei weiter steigenden Infektionszahlen bestehende konkrete Gefahr einer Überlastung des Gesundheitssystems abzuwenden. Dies ist von wissenschaftlicher Seite überzeugend bestätigt worden. Eine solche Einschränkung ist bei entsprechenden Inzidenzen auch erforderlich, weil mildere, gleich wirksame Mittel nicht zu Verfügung stehen.

Ausgangsbeschränkungen sind ein anerkanntes Mittel zur Kontaktreduktion. Ziel ist es, durch die weitgehende Begrenzung von Kontakten, mit denen ein persönliches Zusammentreffen verbunden ist, einen spürbaren und dauerhaften Rückgang der Infektionszahlen zu erreichen und somit das Gesundheitssystem vor einer Überlastung zu schützen.

Eine nächtliche Ausgangsbeschränkung leistet einen wirksamen Beitrag zur Reduktion von Kontakten – insbesondere im Hinblick auf besonders infektionsgefährdende private Zusammenkünfte. Die erste Welle der Pandemie hat gezeigt, dass zuverlässig eingehaltene kontaktreduzierende Maßnahmen zusammen mit einem strikten Containment maßgeblich zur Eindämmung der Pandemie beitragen.

Die Effektivität von Ausgangsbeschränkungen wird auch von wissenschaftlicher Seite überzeugend bestätigt. Beispielsweise wurde in einem Übersichtsartikel in der wissenschaftlichen Zeitschrift Nature Human Behaviour vom November 2020 dargelegt, dass Ausgangssperren zu den effektivsten nicht-pharmakologischen Interventionen zählen (Haug, N., Geyrhofer, L., Londei, A. et al. Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions. Nat Hum Behav 4, 1303–1312 [2020]).

- 4.3 Wie viele Bußgelder wurden aufgrund Verstoßes gegen die allgemeine Ausgangssperre verhängt?**

Allgemeine Statistiken zu Verstößen gegen das IfSG bzw. die infektionsschutzrechtlichen Maßnahmen der Staatsregierung werden nicht geführt, sodass keine allgemeinen Daten zur Anzahl von Verstößen gegen bestimmte Maßnahmen im Rahmen des Gesamtkonzepts zur Eindämmung der Pandemie vorliegen. Eine Abfrage bei den Gesundheitsämtern wäre nicht nur zeit- und ressourcenaufwendig, sondern mit einem erheblichen Arbeitsaufwand verbunden, der nicht von den originären Aufgaben der Gesundheitsbehörden gedeckt ist. Dies gilt auch unter Berücksichtigung bestehender statistischer Erfassungs- und Berichtspflichten. Angesichts der im Zusammenhang mit der Bewältigung der Corona-Pandemie bestehenden Belastungen wurde von einer solchen Abfrage abgesehen.

- 5.1 Aus welchem Grund ist die Staatsregierung von der fragwürdigen, nur auf Kinder unter drei Jahren beschränkten Ausnahmegenehmigung wieder zur Ausnahmegenehmigung für alle Kinder unter 14 Jahren (§ 4 Abs. 1 Satz 2 der 12. BayIfSMV) zurückgekehrt?**

Aufgrund des auf sehr hohem Niveau befindlichen Infektionsgeschehens zum Zeitpunkt vor dem Erlass der Verordnung zur Änderung der 11. Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung vom 08.01.2021 (BayMBl. Nr. 5) waren weitere kontaktreduzierende Maßnahmen notwendig. Um aber gleichwohl dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Kleinkinder in der Regel den ständigen und engen Kontakt mit einem Elternteil benötigen und dass daher insbesondere bei Alleinerziehenden die verbleibenden Kontaktmöglichkeiten mit anderen Erwachsenen zu stark eingeschränkt gewesen wären, wurden Kinder bis einschließlich drei Jahren dennoch weiterhin von den Kontaktbeschränkungen ausgenommen. Mit Verbesserung der Infektionslage zum Zeitpunkt des Erlasses der 12. BayIfSMV konnte das Alter für Kinder, welche nicht unter die Kontaktbeschränkungen fallen, wieder auf 14 Jahre angehoben werden; dies erfolgte im Einklang mit der Lagebeurteilung und den Beschlüssen der Bundeskanzlerin und der Regierungschefinnen und -chefs der Länder vom 03.03.2021.

## **5.2 Wie ist nichteheliche Lebensgemeinschaft im Sinne des § 4 Abs. 1 Satz 3 der 12. BayIfSMV definiert?**

Eine nichteheliche Lebensgemeinschaft i. S. d. § 4 Abs. 1 Satz 3 der 12. BayIfSMV stellt eine auf Dauer angelegte Beziehung zweier nicht miteinander verheirateter Personen dar, die über eine normale Wirtschafts- und Wohngemeinschaft hinausgeht.

## **5.3 Zu welchem Hausstand gehören die Mitbewohner der jeweiligen nicht zusammenwohnenden Ehepartner, wenn diese Ehepartner nach § 4 Abs. 1 Satz 3 der 12. BayIfSMV als ein Hausstand gelten (Beispiel: Ehemann und 14-jährige Tochter aus einem Hausstand treffen Ehefrau und 15-jährigen Sohn aus einem anderen Hausstand in einem Landkreis mit einer Inzidenz von über 100, ohne Betreuungsgemeinschaft zu sein)?**

Der Zusatz in § 4 Satz 3 der 12. BayIfSMV ist so zu verstehen, dass aufgrund des jeweils bestehenden Näheverhältnisses zwischen Ehegatten, Lebenspartnern und Partnern einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft diese jeweils einen Hausstand bilden. Dies gilt jedoch nicht im Verhältnis der Mitbewohner der jeweiligen Ehegatten, Lebenspartner und Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft, da es diesbezüglich bereits an der erforderlichen persönlichen Nähebeziehung (Ehe, Lebenspartnerschaft, nichteheliche Lebensgemeinschaft) fehlt. Eine Ausnahme muss dagegen bei den in der Frage genannten Kindern der Ehegatten gemacht werden.

Schon allein aufgrund des Umgangs- und Sorgerechts beider Elternteile im Hinblick auf ihre minderjährigen Kinder besteht hier die erforderliche Nähebeziehung. Das in der Fragestellung beispielhaft genannte Treffen ist demnach auch in einem Landkreis mit einer Inzidenz von über 100 zulässig.

## **6.1 Warum gibt es keine FFP2-Maskenpflicht bei Versammlungen nach § 7 der 12. BayIfSMV?**

Bei Versammlungen im Sinne des Art. 8 Grundgesetz ist gem. § 7 der 12. BayIfSMV sowohl unter freiem Himmel als auch in geschlossenen Räumen der Mindestabstand von 1,5 m einzuhalten, sodass ein Körperkontakt mit anderen Versammlungsteilnehmern und Dritten vermieden wird. Dies unterbindet auch Face-to-Face-Kontakte, sodass die Gefahr einer unmittelbaren Infektion durch virenbeladene Aerosole deutlich gemindert wird. Die Begrenzung der Teilnehmerzahl (freier Himmel: bis 200, in geschlossenen Räumen abhängig von der Größe des Raumes und der Einhaltung des Mindestabstands von 1,5 m) trägt zusätzlich dazu bei, eine potenzielle Infektionsgefahr auf ein infektionsschutzrechtlich vertretbares Maß zu beschränken. Unter diesen Bedingungen scheint die Vorgabe zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung gerechtfertigt, wenn zusätzlich vom Veranstalter ein Schutz- und Hygienekonzept vorgelegt wird. Die Versammlungsfreiheit ist grundrechtlich zudem besonders geschützt.

## **6.2 Warum gilt nach § 8 der 12. BayIfSMV die FFP2-Maskenpflicht nur für den Personennahverkehr und nicht für den Personenfernverkehr, obwohl manche Flugreise kürzer dauert als eine Fahrt im Eisenbahnnahverkehr?**

In den Verkehrsmitteln des öffentlichen Nahverkehrs ist die Auslastung der Verkehrsmittel durch Fahrgäste, gerade in Stoßzeiten, typischerweise um ein Vielfaches höher, als dies im Personenfernverkehr, beispielsweise in Fernzügen der Bahn, der Fall ist. Folglich lässt sich im öffentlichen Nahverkehr der geforderte Mindestabstand nicht durchgehend einhalten. Face-to-Face-Kontakte sind über längere Zeitintervalle unvermeidbar. Durch die fortlaufenden Zu- und Ausstiegsvorgänge wird das Infektionsrisiko noch verschärft. Daher trägt in diesem Umfeld eine FFP2-Maske durch ihren ausgewiesenen Eigen- und Fremdschutz erheblich zur Reduzierung des Infektionsgeschehens durch Aerosolfreisetzen bei. Im Personenfernverkehr treten diese beschriebenen Situationen nicht in diesem Umfang auf; zudem sind hier längere Reisedauern typisch (bei Flugreisen wäre hier der Zeitraum der notwendigen Aufenthalte am Start- und Zielflughafen vor und nach dem Flug mit in den Blick zu nehmen).

## **6.3 Warum gilt für Besucher von ambulant betreuten Wohngemeinschaften nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 der 12. BayIfSMV keine FFP2-Maskenpflicht?**

Unabhängig von der Zielgruppe der Mieterinnen und Mieter handelt es sich bei einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft nach Art. 2 Abs. 3 Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) um eine private Wohn- und Versorgungsform, die dem Zweck dient, pflegebedürftigen Menschen das Leben in einem gemeinsamen Haushalt und die Inanspruchnahme externer Pflege- oder Betreuungsleistungen gegen Entgelt zu ermöglichen. Die Pflege und Versorgung pflegebedürftiger Menschen in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft (abWG) kommt demnach einer häuslichen Versorgung in einem privaten Umfeld sehr nahe.

Für ambulant betreute Wohngemeinschaften gelten die allgemeinen Regeln nach der 12. BayIfSMV. Gemäß § 1 Abs. 1 der 12. BayIfSMV ist jeder und damit auch die Besucherinnen und Besucher in der ambulant betreuten Wohngemeinschaft angehalten, die physischen Kontakte zu anderen Menschen auf ein absolut nötiges Minimum zu reduzieren und den Personenkreis möglichst konstant zu halten. Wo immer möglich, ist ein Mindestabstand zwischen zwei Personen von 1,5 m einzuhalten. Wo die Einhaltung des Mindestabstands im öffentlichen Raum nicht möglich ist, soll eine Mund-Nasen-Bedeckung getragen werden.

Um die Selbstbestimmung der Mieterinnen und Mieter im Sinn des Art. 2 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 PfleWoqG zu gewährleisten, ist in ambulant betreuten Wohngemeinschaften ein sogenanntes Gremium der Selbstbestimmung einzurichten. Nach Art. 22 PfleWoqG übt das Gremium der Selbstbestimmung die interne Qualitätskontrolle aus und regelt die Angelegenheiten des täglichen Lebens. Dem Gremium obliegt das Recht, in Mehrheitsbeschlüssen über Besuchsrechte und die damit einhergehenden Maßnahmen zu entscheiden und sie im Schutz- und Hygienekonzept festzuschreiben.

## **7.1 Welche wissenschaftlichen Studien kennt die Staatsregierung bezüglich der Frage, inwieweit Corona-Geimpfte Viren an Dritte weitergeben können (bitte jeweils das Ergebnis der Studien bzw. die Interpretation des Ergebnisses durch die Staatsregierung kurz zusammengefasst angeben)?**

Es gibt verschiedene Hinweise aus Studien. Zum Beispiel wurde in der Beobachtungsstudie von Dagan et al. (veröffentlicht am 24.02.2021 im NEJM, DOI: 10.1056/NEJMoa2101765) die Wirksamkeit des mRNA-Impfstoffs von BioNTech/Pfizer in einer großen Population in Israel untersucht. Neben einem hohen Schutz vor symptomatischen COVID-19-Erkrankungen, schweren Krankungsverläufen, Hospitalisierung und Tod, wurde dabei auch eine hohe Wirksamkeit von 90 Prozent (95 Prozent Konfidenzintervall KI 83–94 Prozent) gegenüber asymptomatischen SARS-CoV-2-Infektionen nach mind. sieben Tagen nach Gabe der zweiten Impfstoffdosis ermittelt. Jedoch ist u. a. zu bemerken, dass es innerhalb des Studienzeitraums keine systematische Testung auf SARS-CoV-2 unter asymptomatischen Personen in Israel gab. Das bedeutet, dass die dokumentierten asymptomatischen Infektionen nicht alle asymptomatischen Infektionen ausgemacht haben und deshalb die Impfstoffeffektivität dafür nur ungenau ermittelt wer-

den konnte. Deshalb lässt sich letztlich keine valide Aussage zum vermittelten Schutz vor Transmission durch die Impfung aus dieser Studie treffen.

Der Ständigen Impfkommission (STIKO) und der Europäischen Arzneimittelagentur zufolge erlauben die bislang vorliegenden Daten nicht, die Wirksamkeit der verfügbaren COVID-19-Impfstoffe hinsichtlich einer Verhinderung der Transmission abschließend zu bewerten. Allerdings kann eine Verminderung der Virusausscheidung bei nach Impfung Infizierten als gesichert angesehen werden (siehe 3. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung, Epid Bull 12/2021, online vorab veröffentlicht am 12.03.2021, [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/12\\_21.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/12_21.pdf)).

## **7.2 Welche wissenschaftlichen Studien kennt die Staatsregierung bezüglich der Frage, inwieweit bereits einmal oder zweimal gegen Corona Geimpfte von einer Infektion oder von einem schweren Verlauf bedroht sind (bitte jeweils das Ergebnis der Studien bzw. die Interpretation des Ergebnisses durch die Staatsregierung kurz zusammengefasst angeben)?**

Zu den verschiedenen, aktuell in Deutschland zugelassenen Impfstoffen liegen jeweils die Zulassungsstudien (randomisierte kontrollierte Studien) sowie darauf aufbauende Assessment Reports der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) vor, im Fall des Vektorimpfstoffs von AstraZeneca auch eine weitere Publikation von Zulassungsdaten mit aktuellerem Datenstand. Darüber hinaus liegen neuere Daten zur Wirksamkeit der COVID-19-Impfstoffe von BioNTech/Pfizer und AstraZeneca aus aktuell z. T. als Preprint veröffentlichten, nicht randomisierten, sogenannten „Real-Life-Beobachtungsstudien“ vor. Die Studien untersuchen die Effektivität der Impfstoffe in Bezug auf die Verhinderung bestimmter Endpunkte, wie z. B. das Auftreten einer symptomatischen SARS-CoV-2-Infektion (COVID-19-Erkrankung) oder Hospitalisierung. Zur Fragestellung sei dabei insbesondere hingewiesen auf:

1. Ergebnisse aus den Zulassungsstudien (Quelle: 2. Aktualisierung der STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung und darin angegebene Referenzen, [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/05\\_21.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/05_21.pdf)):

Alle bisher in Deutschland verfügbaren Impfstoffe wiesen in den Zulassungsstudien eine hohe Wirksamkeit gegenüber einer symptomatischen COVID-19-Erkrankung nach zweimaliger Impfung auf:

- BioNTech/Pfizer 95,0 Prozent (95 Prozent KI 90,0–97,9) ab dem siebten Tag nach der zweiten Impfung,
- Moderna 94,1 Prozent (95 Prozent KI 89,3–96,8) ab dem 14. Tag nach der zweiten Impfung,
- AstraZeneca 72,1 Prozent (95 Prozent KI 53,0–83,4) ab dem 15. Tag nach der zweiten Impfung bei einem Impfintervall von 8–12 Wochen; in einem aktuell publizierten Update der Studien wird bei einem Impfintervall von  $\geq 12$  Wochen sogar eine Impfeffektivität von 82,4 Prozent (95 Prozent KI 62,7–91,7) angegeben (Voysey et al., 2021, Lancet, [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3777268](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3777268)).

In den Zulassungsstudien wurde für alle untersuchten Impfstoffe auch eine sehr hohe Wirksamkeit mit bis zu 100 Prozent gegenüber einer schweren COVID-19-Erkrankung angegeben. Jedoch konnte dabei aufgrund einer insgesamt sehr geringen Anzahl an schweren Verläufen während des Studienzeitraums meist kein Konfidenzintervall kalkuliert werden und diese Ergebnisse sind daher statistisch nicht belastbar.

Bei den beiden mRNA-Impfstoffen (BioNTech/Pfizer und Moderna) konnte laut STIKO aus den Daten der Zulassungsstudien mit Post-hoc-Analysen eine Impfeffektivität von 92,6 Prozent (BioNTech) und 94,0 Prozent (Moderna) für eine einmalige Impfung bestimmt werden. Jedoch bezieht sich das nur auf eine sehr kurze Beobachtungszeit (Zeitintervall zwischen 14 Tage nach der ersten Impfung und dem Erhalt der zweiten Impfung), in der nur sehr wenige COVID-19-Erkrankungsfälle aufgetreten sind. Auch ist daraus nicht erkennbar, wie lange der Impfschutz nach nur einer Impfung anhält.

In den Zulassungsstudien zum Vektorimpfstoff von AstraZeneca wurde die Wirksamkeit der einmaligen Impfstoffdosis zur Verhinderung der COVID-19-Erkrankung untersucht. Dabei wurde ab 22 Tage nach Verabreichung der 1. Impfdosis bis zur Verabreichung der 2. Impfdosis ein Schutz von 73,0 Prozent (95 Prozent KI 48,9–85,8) ermittelt. Im o. g. Update der Studien konnte ein längerer Zeitraum betrachtet werden. Demnach erhöhte sich der Schutz vor einer COVID-19-Erkrankung im Zeitraum von 61 bis 90 Tagen nach Verabreichung der 1. Impfstoffdosis auf 78 Prozent (95 Prozent KI

36–93). Ein Nachlassen der Wirksamkeit über den Zeitraum bis zur zweiten Impfung wurde nicht beobachtet.

## 2. Weiterführende Studien (exemplarische Ergebnisse):

Zuletzt wurden insbesondere Real-Life-Beobachtungsstudien aus Schottland und England veröffentlicht, bei denen die Geimpften nur eine Impfstoffdosis erhielten und keine zweite, die idealerweise für eine vollständige Immunisierung notwendig wäre. In Schottland und England kamen jeweils der mRNA-Impfstoff von BioNTech/Pfizer und der Vektorimpfstoff von AstraZeneca zur Anwendung.

- Kohortenstudie aus Schottland (Vasileiou et al., Lancet Preprint vom 19.02.2021; [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3789264](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3789264)):

In dieser Studie wurde die Verhütung von Hospitalisierungen 28 bis 34 Tage nach der ersten Impfung untersucht. Für beide Impfstoffe lag die 1-Dosis-Vakzineffektivität für die untersuchten Altersgruppen auf einem hohen Niveau [BioNTech/Pfizer: 85 Prozent (95 Prozent KI 76–91), AstraZeneca: 94 Prozent (95 Prozent KI 73–99)].

- Fall-Kontroll-Studie im Test-negativen Design aus England (Bernal et al., Preprint vom 02.03.2021; <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.01.21252652v1>):

In dieser Studie wurde speziell die Wirksamkeit der COVID-19-Impfung bei älteren Personen ab 70 Jahre untersucht. Für den mRNA-Impfstoff von BioNTech/Pfizer lag dabei die 1-Dosis-Vakzineffektivität im Zeitraum von Tag 28–34 bei 61 Prozent (95 Prozent KI 51–69). Für den Vektorimpfstoff von AstraZeneca wurde eine 1-Dosis-Vakzineffektivität 14–20 Tage nach der ersten Impfung von 60 Prozent (95 Prozent KI 41–73) und für den Zeitraum 28–34 Tage von 73 Prozent (95 Prozent KI 27–90) ermittelt. Für den Schutz vor Hospitalisierung wurde für beide Impfstoffe kombiniert eine Wirksamkeit von ca. 80 Prozent berechnet.

Zudem geben die Autoren den Hinweis, dass die Gabe der zweiten Dosis des mRNA-Impfstoff von BioNTech/Pfizer den Schutz vor einer COVID-19-Erkrankung noch erhöht; zum Zeitpunkt der Studie wurden in England keine zweiten Impfstoffdosen des Vektorimpfstoffs von AstraZeneca verabreicht.

Für den mRNA-Impfstoff von BioNTech/Pfizer gibt es auch erste Ergebnisse aus einer Kohortenstudie aus Israel (Dagan et al., NEJM 2021, [https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2101765?query=featured\\_home](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2101765?query=featured_home)). In dieser Studie, die jeweils rund 600 000 geimpfte und 600 000 nicht geimpfte Personen einschloss, wurden Vakzineffektivitäten mind. 14 Tage nach Erhalt der zweiten Impfdosis ermittelt. Der vermittelte Schutz betrug vor einer symptomatischen COVID-19-Erkrankung 94 Prozent (95 Prozent KI 87–98) und vor Hospitalisierung 87 Prozent (95 Prozent KI 55–100).

Zusammenfassend konnte die in den Zulassungsstudien ermittelte hohe Wirksamkeit der bisher in Deutschland zugelassenen/verwendeten COVID-19-Impfstoffe nach den ersten Beobachtungsstudien nun auch in der breiten Anwendung bestätigt werden. Für AstraZeneca zeigte sich dabei eine vergleichbare Wirksamkeit wie für die mRNA-Impfstoffe. Weiter zeigen diese Studien, dass die Impfstoffe bereits nach der ersten Impfung eine relativ hohe Schutzwirkung aufweisen. Jedoch kann noch keine verlässliche Aussage darüber getroffen werden, wie lange dieser Schutz anhält. Zudem gibt es Hinweise, dass eine zweite Impfung die Wirksamkeit noch erhöhen kann.

### **7.3 Welche wissenschaftlichen Studien kennt die Staatsregierung bezüglich der Frage, inwieweit die aktuell verfügbaren Corona-Impfungen auch gegen relevante Mutationen schützen (bitte jeweils das Ergebnis der Studien bzw. die Interpretation des Ergebnisses durch die Staatsregierung kurz zusammengefasst angeben)?**

Die in Deutschland verfügbaren Impfstoffe lösen eine schützende Immunantwort gegen viele verschiedene Bereiche des SARS-CoV-2-Spike-Proteins aus. Aufgrund dieser polyklonalen Immunantwort haben einzelne Mutationen in der Regel keinen sehr großen Einfluss auf die Wirksamkeit der Impfstoffe. Seit Herbst 2020 treten jedoch weltweit verschiedene sogenannte besorgniserregende Varianten (Variants of Concern – VOC) auf, die sich durch zahlreiche Mutationen auszeichnen – insbesondere auch im Spike-Protein, dem Antigen der derzeit in der EU zugelassenen und verfügbaren Impfstoffe. Für bestimmte VOC wird deshalb ein geringerer Immunschutz bei Genesenen bzw. Geimpften diskutiert. Bisher sind jedoch hauptsächlich Daten aus Laboruntersuchungen zur Immunogenität (d. h. zur „Qualität“ der bei Geimpften gebildeten Antikörper) verfüg-

bar und (noch relativ) wenige Daten zur eigentlichen Wirksamkeit (d. h. zu tatsächlich verhinderten COVID-19-Fällen). Wichtige Ergebnisse:

mRNA-Impfstoffe von BioNTech/Pfizer und Moderna:

- Die neutralisierende Aktivität des Serums geimpfter Personen gegen VOC B.1.1.7 (UK) und VOC B.1.135 (Südafrika) war im Labortest etwas niedriger als gegen Wildtyp-Vergleichsviren (jedoch vorhanden). Hinweis: Die zusätzlich durch Impfung erzeugte zelluläre Immunität konnte dabei nicht gemessen werden. Es ist davon auszugehen, dass die mRNA-Impfstoffe ebenfalls vor der VOC B.1.1.7 (UK) schützen, der Schutz vor B.1.351 (Südafrika) könnte möglicherweise eingeschränkt sein.

Quellen: z. B. Liu et al., NEJM, Feb 17 2021, DOI: 10.1056/NEJMc2102017; Wu et al. NEJM, Feb 17, 2021, DOI: 10.1056/NEJMc2102179; <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.02.05.430003v1>

- In einer Kohortenstudie (in Israel) wurde die Wirksamkeit des mRNA-Impfstoffs von BioNTech/Pfizer untersucht. Die ermittelte Wirksamkeit gegen COVID-19-bedingte Hospitalisierung lag mind. 14 Tage nach Erhalt der zweiten Impfdosis bei 87 Prozent (95 Prozent KI 55–100) und für einen schweren COVID-19-Verlauf bei 92 Prozent (95 Prozent KI 75–100).

Da ca. 80 Prozent der im Studienzeitraum zirkulierenden Viren der VOC B.1.1.7 (UK) angehörten, ist von einer hohen Wirksamkeit auch gegen diese Variante auszugehen.

Quelle: Dagan et al., 2021, NEJM [https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2101765?query=featured\\_home](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2101765?query=featured_home)

Vektorimpfstoff von AstraZeneca:

- Gegenüber der gegenwärtig in Deutschland zunehmend zirkulierenden VOC B.1.1.7 (UK) gibt es laut derzeitigem Kenntnisstand einen guten Individualschutz durch den AstraZeneca-Impfstoff.

Quellen: Emary et al., Preprint Lancet 2021, [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3779160](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3779160); Bernal et al., Preprint, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.01.21252652v1>

- Bei einer Impfstudie in Südafrika mit ca. 2000 Probanden (Durchschnittsalter 31 Jahre) wurde kaum Wirksamkeit gegen milde bis moderate Verläufe durch VOC B.1.351 (Südafrika) gefunden. Es traten in der Studie keine schweren Verläufe auf, sodass zu einer Vermeidung dieser keine Aussage getroffen werden konnte. Der Impfabstand in der Studie betrug 21–35 Tage (Empfehlung der STIKO: länger mit zwölf Wochen wegen Hinweis auf bessere Wirksamkeit).

Quelle: Madhi et al., MedRxiv 12-2-2021, bisher nur als Preprint ohne Peer-Review veröffentlicht

Zusammenfassend ist laut derzeitiger Einschätzung des RKI aktuell davon auszugehen, dass die verfügbaren Impfstoffe auch weitestgehend gegen die neuen Linien wirksam sind: Für die sich derzeit in Europa stark ausbreitende Linie B.1.1.7 (UK) zeigten sich in verschiedenen Studien bislang nur geringe bis mäßige Auswirkungen auf die Effektivität der Impfstoffe. Dies betrifft sowohl die mRNA-Impfstoffe von BioNTech/Pfizer bzw. Moderna als auch den Vektor-basierten Impfstoff von AstraZeneca. Die in Europa seltener vorkommenden Linien B.1.351 (Südafrika) bzw. P.1 (Brasilien) tragen weitere Mutationen (z. B. auch in der wichtigen Rezeptorbindestelle des Spike-Proteins), die vermutlich die Wirksamkeit der Impfstoffe deutlicher reduzieren.

### **8.1 Inwiefern respektiert die Staatsregierung den Beschluss des BayVGH vom 02.03.2021, Az. 20 NE 21.353, der die Beobachtung von Beschäftigten von Pflegeheimen als voraussichtlich verfassungswidrig außer Kraft gesetzt hat und dies in erster Linie damit begründete, dass Beschäftigte grundsätzlich nicht automatisch als Ansteckungsverdächtige gesehen werden dürfen (die durchgeführte Impfung war dabei nicht entscheidungserheblich)?**

Mit Beschluss vom 02.03.2021 hat der Bayerische Verwaltungsgerichtshof (BayVGH) die Regelung des § 9 Abs. 2 Nr. 4 Teilsätze 1 und 2 der 11. BayIfSMV (Testpflicht für Beschäftigte in Alten- und Pflegeheimen) mit Wirkung zum 04.03.2021 vorläufig außer Vollzug gesetzt.

Diese gerichtliche Entscheidung wurde im Rahmen der Neufassung der BayIfSMV durch die Änderung und Neufassung des § 9 Abs. 2 Nr. 4 und Nr. 5 der 12. BayIfSMV berücksichtigt und umgesetzt.

Die jetzt in § 9 Abs. 2 Nr. 4 der 12. BayIfSMV befindliche Regelung stellt die Mitarbeiter nicht mehr unter Beobachtung im Sinne von § 29 IfSG. Vielmehr wird durch diese Regelung der Betreiber der Einrichtung verpflichtet, Testungen anzubieten und auf seine Mitarbeiter einzuwirken, sich testen zu lassen.

Durch die Regelung des § 9 Abs. 2 Nr. 5 der 12. BayIfSMV werden die Testpflichten örtlich individuell geregelt und nur dann von der Kreisverwaltungsbehörde auferlegt, wenn dies aus infektionsschutzrechtlichen Gründen notwendig ist. Bei dieser Festlegung durch die zuständige Behörde muss der Anteil der geimpften Bewohner und Beschäftigten entsprechend berücksichtigt werden. Es ist folglich nicht zulässig, ohne jedwede Abwägung eine Testpflicht aufzuerlegen.

### **8.2 In welcher Art und Weise kann und soll der Anteil an Geimpften das Testkonzept nach § 9 Abs. 2 Nr. 4 und 5 der 12. BayIfSMV beeinflussen?**

Gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 4 und Nr. 5 der 12. BayIfSMV soll unter anderem hinsichtlich der Entwicklung des Testkonzepts und der Testung der Beschäftigten der Anteil derjenigen Bewohner und Beschäftigten berücksichtigt werden, die bereits eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS CoV-2 erhalten haben.

Da derzeit noch nicht wissenschaftlich abschließend geklärt ist, inwieweit eine Übertragung des Coronavirus SARS-CoV-2 auch durch bereits geimpfte Personen erfolgen kann, kann derzeit noch keine Ausnahme von der Testpflicht für bereits geimpfte Mitarbeiter in das jeweilige Testkonzept aufgenommen werden. Sobald hierzu jedoch fundierte wissenschaftliche Studien vorliegen und diese Angaben zur Übertragbarkeit des Coronavirus und dessen Varianten enthalten, kann je nach Ergebnis der Forschung unter Umständen eine Ausnahme für die geimpften Personen von der Testpflicht aufgenommen werden.

Die Anzahl der geimpften Personen wirkt sich aber trotzdem auf das zu entwickelnde Testkonzept und die Anordnung der Testung aus, da bei bereits geimpfte Personen, insbesondere bei vulnerablen Gruppen, die Wahrscheinlichkeit geringer ist, sich mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zu infizieren und einen schweren bis tödlichen Verlauf der Krankheit zu erleiden.

Folglich gilt: Je höher der Anteil der ungeimpften Personen, je höher die entsprechenden Inzidenzen und je größer die Gefahr des Eintrags von Infektionen, desto häufiger müssen Testungen für die Mitarbeiter angeboten werden bzw. bei einer Inzidenz von über 100 Neuinfektionen pro Woche von der Kreisverwaltungsbehörde angeordnet werden.

### **8.3 Kann die Staatsregierung ein Beispiel geben, unter welchen Bedingungen nur eine oder keine Testung in einem Testkonzept nach § 9 Abs. 2 Nrn. 4 und 5 der 12. BayIfSMV vorgesehen werden könnte?**

Es sind viele Einzelfaktoren bei der Entwicklung eines solchen Konzepts miteinzubeziehen: Nicht nur die jeweilige örtliche Inzidenz oder die Impfquote müssen berücksichtigt werden, sondern auch regionale Besonderheiten, die Anzahl der auftretenden Virusvarianten-Fälle, die örtliche Einbindung einer Einrichtung, der Besucherverkehr und nicht zuletzt auch die interne Organisation der einzelnen Einrichtung (Aufzählung nicht abschließend). Ergänzend ist auf die Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts zu Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Alten\\_Pflegeeinrichtung\\_Empfehlung.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf)) hinzuweisen, die auch Empfehlungen und weiterführende Hinweise zu Testkonzepten enthalten.