

Das Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis – Gesundheitsamt – erlässt aufgrund § 25 IfSG für seinen Zuständigkeitsbereich (Landkreis Rhein-Neckar-Kreis und Stadtkreis Heidelberg) folgende

Allgemeinverfügung

zur Ermittlung von SARS-CoV-2-Virusvarianten in medizinischen Einrichtungen.

I.

1. Bei Vorliegen eines nosokomialen Ausbruchsgeschehens mit einer besorgniserregenden Virusvariante des Coronavirus (SARS-CoV-2) in medizinischen Einrichtungen haben die betroffenen Krankenhäuser,
 - a) bei Patienten die als enge Kontaktperson gelten unabhängig vom Kontaktstatus und Impf-/Immunstatus

sowie

- b) bei dem gesamten Personal der betroffenen Funktionseinheit („Station“) unabhängig vom Kontaktstatus und Impf-/Immunstatus

SARS-CoV-2-PCR Screenings mittels Nasen-/Rachenabstrich (PCR-Testung) dreimal pro Woche in einem Abstand von mindestens 24 Stunden für einen Zeitraum von 14 Tagen nach dem letzten positiven Erstdnachweis der besorgniserregenden Virusvariante durchzuführen bzw. durchführen zu lassen.

2. Die in Ziff. 1 genannten Personengruppen haben die angeordneten PCR-Testungen zu dulden.
3. Für den Fall der Nichtbeachtung der unter Ziff. 1 getroffenen Anordnung wird ein Zwangsgeld in Höhe von 10.000,00 EUR angedroht.
4. Für den Fall der Nichtbeachtung der unter Ziff. 2 getroffenen Anordnung wird die Durchsetzung mittels Anwendung unmittelbaren Zwangs angedroht.
5. Diese Allgemeinverfügung gilt gem. § 41 Abs. 4 Satz 4 LVwVfG einen Tag nach ihrer ortsüblichen Bekanntmachung als bekannt gegeben.

II.

Begründung:

1.

Seit der letzten Novemberwoche 2021 sind in Deutschland Infektionen mit der neuartigen Virusvariante Omikron (B.1.1.529) des SARS-CoV-2-Virus bekannt geworden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Virusvariante zur „variant of concern“ (VOC) erklärt. Das Robert-Koch-Institut (RKI) stuft die SARS-CoV-2-Virusvariante als besorgniserregend ein (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virusvariante.html mit Stand vom 09.12.2021).

Für diese und zukünftig auftretende Virusvarianten gilt, dass sich der Schweregrad der Erkrankung, die Erhöhung der Transmission oder die Übertragbarkeit im Vergleich gegenüber den bislang zirkulierenden Virusvarianten möglicherweise verändern können. Weiterhin besteht das Risiko, dass die Wirksamkeit der aktuell verwendeten Impfstoffe gegen neuen Varianten abnimmt, weil die durch die Impfung gebildeten neutralisierenden Antikörper gegen das veränderte Virus schlechter schützen. Diese Phänomene werden derzeit von zahlreichen wissenschaftlichen Studien untersucht.

Derzeit ist noch unklar, wie sich die neue Variante auf die Situation in Deutschland auswirken wird, aber sollte sich eine erhöhte Übertragbarkeit der neuen Virusvarianten feststellen lassen, besteht die Möglichkeit, dass noch mehr Menschen an COVID-19 erkranken und sich die Infektionslage weiter verschärft.

Um der Ausbreitung der neuartigen SARS-CoV-2-Virusvariante vorzubeugen, sind bei Vorliegen einer nosokomialen Häufung mit der neuen Virusvariante in medizinischen Einrichtungen Maßnahmen zur Nachverfolgung und Ermittlung notwendig.

2.

Begriffsbestimmungen:

- „nosokomiales Ausbruchsgeschehen“ im Sinne dieser Allgemeinverfügung liegt vor, wenn bei zwei oder mehr Personen nosokomiale Infektionen (im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme), bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird, auftreten (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Ausbrueche/nosokomial/nosokomiale_Ausbrueche_node.html).
- „besorgniserregende SARS-CoV-2-Virusvarianten (VOC)“ im Sinne dieser Allgemeinverfügung sind solche, die durch das Robert Koch-Institut auf seiner Internetseite als solche beschrieben werden (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virusvariante.html).
- „medizinische Einrichtungen“ im Sinne dieser Allgemeinverfügung sind Krankenhäuser im Sinne von §§ 23 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1, Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 IfSG.
- „Enge Kontaktpersonen“ im Sinne dieser Allgemeinverfügung sind solche Personen die nach der Definition des RKI als enge Kontaktperson zu einem bestätigten COVID-19 Fall einzuordnen sind (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html).

3.

Das Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis – Gesundheitsamt – ist sachlich zuständige Behörde für die angeordneten Maßnahmen (§ 25 IfSG, § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, 3 ÖGDG, § 15 Abs. 1 Nr. 1 LVG).

a)

Die Anordnungen der Ziff. 1 – 3 dieser Allgemeinverfügung beruhen auf § 25 Abs. 1, 3 S. 2 Nr. 1 IfSG, § 35 Satz 2 Landesverwaltungsverfahrensgesetz (LVwVfG).

Ergibt sich oder ist anzunehmen, dass jemand krank, krankheitsverdächtig, ansteckungsverdächtig oder Ausscheider ist oder dass ein Verstorbener krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider war, so stellt das Gesundheitsamt die erforderlichen Ermittlungen an, insbesondere über Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit, § 25 Abs. 1 IfSG.

(1)

Krank ist eine Person, die an einer übertragbaren Krankheit erkrankt ist (§ 2 Nr. 4 IfSG).

Krankheitsverdächtiger ist eine Person, bei der Symptome bestehen, welche das Vorliegen einer bestimmten übertragbaren Krankheit vermuten lassen (§ 2 Nr. 5 IfSG).

Ansteckungsverdächtiger ist eine Person, von der anzunehmen ist, dass sie Krankheitserreger aufgenommen hat, ohne krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider zu sein (§ 2 Nr. 7 IfSG). Die Aufnahme von Krankheitserregern ist anzunehmen, wenn die betroffene Person mit hinreichender Wahrscheinlichkeit Kontakt zu einer infizierten Person hatte. Für die Anforderungen an die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckungsgefahr gilt dabei kein strikter, alle mögliche Fälle gleichermaßen erfassender Maßstab. Vielmehr ist der geltende Grundsatz heranzuziehen, dass an die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts umso geringere Anforderungen zu stellen sind, je größer und folgenschwerer der möglicherweise eintretende Schaden ist (vgl. BVerwG, Urteil v. 22.03.2012, Az. 3 C 16/11). Aufgrund der besonderen Gefahr, die von dem neuartigen Erreger aufgrund seiner recht hohen Übertragbarkeit und der häufig schweren bis hin zu tödlichen Krankheitsverläufen für die öffentliche Gesundheit in Deutschland und weltweit ausgeht, sind dabei an die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung eher geringe Anforderungen zu stellen.

(2)

Kommt es in einer medizinischen Einrichtung im Sinne des § 23 Abs. 3 Nr. 1 IfSG zu einer nosokomialen Häufung der neuen SARS-CoV-2-Virusvariante, so liegt ein Ermittlungsanlass im Sinne des § 25 IfSG vor. Insbesondere ist dieser nicht nur „anzunehmen“ (was grundsätzlich ausreicht), sondern steht darüber hinaus durch die nachgewiesenen Fälle vielmehr bereits fest.

Liegt ein solcher Ermittlungsanlass vor, muss das Gesundheitsamt ermitteln. Die Vorschrift räumt insofern kein Entschließungsermessen ein („so stellt“). Das Gesundheitsamt ist daher verpflichtet, die erforderlichen Ermittlungen – insbesondere zu Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit – anzustellen. Erforderlich sind dabei solche Ermittlungen, die auf das Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen der Schutzmaßnahmen der §§ 28 – 31 IfSG bezogen sind. Nach § 24 Abs. 1 S. 2 LVwVfG

entscheidet die Behörde über Art und Umfang der Ermittlungen. Dies gilt auch für § 25 IfSG (BVerwG, Urteil vom 22. 3. 2012 – 3 C 16/11; NJW 2012, 2823, 2827).

Das (Fern-)Ziel der Ermittlungsmaßnahmen ist dabei die Bekämpfung der aufgetretenen oder drohenden übertragbaren Krankheit. Die in § 25 IfSG genannten Ermittlungsmaßnahmen dienen dabei zunächst nicht der Durchführung von korrigierenden Eingriffsmaßnahmen, sondern der vorgelagerten Informationsbeschaffung der Behörde um auf der Grundlage hinreichender und zutreffender Informationen geeignete oder erforderliche Maßnahmen anzuordnen. Die Ermittlungen richten sich dementsprechend insbesondere auf die Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit, sind jedoch nicht darauf beschränkt (BeckOK InfSchR/Gabriel, IfSG § 25 Rn. 18)

Die gebotene Ermittlungstiefe zu möglichen Kontakten des Betroffenen mit infizierten Personen oder Gegenständen wird insoweit insbesondere durch die Eigenheiten der Krankheit, namentlich die Ansteckungsfähigkeit des Krankheitserregers, sowie durch die epidemiologischen Erkenntnisse vorgegeben (BVerwG, Urteil vom 22. 3. 2012 – 3 C 16/11; NJW 2012, 2823, 2827; Kießling, IfSG, § 25 Rn. 7).

Dies zugrunde gelegt, ist im Hinblick auf die COVID-19-Erkrankung davon auszugehen, dass der Krankheitsverlauf in Symptomatik und Schwere variiert. Es treten aber Erkrankungen bis hin zu schweren Pneumonien mit Lungenversagen und Tod auf. Insgesamt sind 1,8% aller Personen, für die bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen in Deutschland übermittelt wurden, im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung verstorben (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html Stand 23.11.2021). Das Risiko für schwere Verläufe ist bei Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen besonders hoch, schwere Verläufe können aber auch bei Personen ohne bekannte Vorerkrankung und bei jüngeren Patienten auftreten (ebd.).

Nach wie vor ist daher die Unterbrechung von Infektionsketten und die Eindämmung von Ausbrüchen oberstes Ziel der Pandemiebekämpfung. Hierzu ist erforderlich, dass zeitnah Kontaktpersonen identifiziert werden, bei denen die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass sie von einem bestätigten COVID-19-Fall („Quellfall“) angesteckt wurden. Nach Möglichkeit muss eine umgehende Quarantäne von enger Kontaktpersonen erfolgen, um weitere Infektionen zu verhindern. Weitere COVID-19-Fälle müssen schnell erkannt und isoliert werden. Insbesondere ist eine Verhinderung der Ausbreitung in Risikogruppen und bei medizinischem Personal (Reduktion schwerer bzw. tödlich verlaufender Erkrankungen) prioritär anzustreben. Ereignisse bei oder im Kontext von Risikogruppen oder medizinischem Personal (z.B. Pflegeeinrichtungen, Krankenhäuser) haben daher im Kontext der Ermittlung Vorrang vor anderen Situationen (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html).

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass nach den aktuellen Erkenntnissen bei den besorgniserregenden Varianten des Coronavirus SARS-CoV-2 tendenziell von einer höheren Übertragbarkeit auszugehen ist (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virusvariante.html).

Vor diesem Hintergrund sind die angeordneten Ermittlungsmaßnahmen geeignet, erforderlich und angemessen um das Ermittlungsziel – die Feststellung, ob (weitere) Schutzmaßnahmen nach §§ 28ff. IfSG zu treffen sind – zu erreichen.

Zu Ziff. 1 und 2

Die angeordnete Testpflicht dient insbesondere der Feststellung der Ausbreitung der Krankheit in der Einrichtung. Sie greift erst, wenn eine epidemiologisch definiertes Ausbruchsgeschehen festgestellt werden konnte („nosokominale Häufung“ im o. g. Sinne). Hierdurch wird sichergestellt, dass die Adressaten von der Testpflicht erst dann betroffen sind, wenn ein epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich oder jedenfalls zu vermuten ist. In diesem Kontext bzw. Stadium sind entsprechende Gefahrerforschungsmaßnahmen – die im konkreten Fall die Gefahrenabwehr flankieren – angezeigt. Die Beschränkung auf Gefahrerforschungsmaßnahmen dient dabei nicht zuletzt dem wohlverstandenen Interesse der Einrichtungen, der Patienten und des Personals, dass in diesem frühen Stadium gerade noch keine umfangreichen Maßnahmen der Gefahrbekämpfung ergriffen werden müssen. Vielmehr sollen auf einer vorgelagerten Ebene die weiteren Umstände ermittelt werden (zur Notwendigkeit solcher Maßnahmen vgl. bspw. Kießling, IfSG, § 25 Rn. 4) um die ggf. zu treffenden Bekämpfungsmaßnahmen möglichst wenig einschränkend ausgestalten zu können.

Die Testpflicht wurde dabei auf die Patienten begrenzt, die als enge Kontaktpersonen einzustufen sind, bei denen mithin zumindest eine infektionsrelevante Exposition nicht sicher ausgeschlossen werden kann.

Ebenso ist eine entsprechende Wahrscheinlichkeit der Ansteckungsgefahr bei dem Personal der betroffenen Funktionseinheit unabhängig vom Kontaktstatus und Impf-/Immunstatus anzunehmen. Bei dem Vorliegen einer nosokomialen Häufung mit neuen SARS-CoV-2-Virusvarianten in einem Krankenhaus ist eine Exposition des Personals mit einer krankheitsverdächtigen oder ansteckungsverdächtigen Person hinreichend wahrscheinlich. Insbesondere gemessen am Gefährdungsgrad des hochansteckenden Coronavirus, das bei einer Infektion zu einer tödlich verlaufenden Erkrankung führen kann, genügt bereits eine vergleichsweise geringe Wahrscheinlichkeit eines infektionsrelevanten Kontakts, um einen Ansteckungsverdacht im Sinne des § 2 Nr. 7 IfSG begründen zu können (vgl. BVerwG, Urteil vom 22. 3. 2012 – 3 C 16/11; NJW 2012, 2823, 2827). Dies ist – wie ausgeführt – erst recht im Hinblick auf die Varianten des Coronavirus SARS-CoV-2 anzunehmen, da mit diesen tendenziell eine höhere Übertragbarkeit einhergeht.

Im Ergebnis ist bei den betroffenen Personen insgesamt jedenfalls von einem Ansteckungsverdacht im Sinne der Vorschrift auszugehen. Insofern wurde der Grundsatz berücksichtigt, dass anlasslose Reihenuntersuchungen nicht zulässig sind. Solche liegen aber nur dann vor, wenn kein konkreter Bezug zu den betroffenen Personen und möglichen Ansteckungswegen besteht. Treten jedoch in Einrichtungen COVID-19-Fälle auf, kann – abhängig von den baulichen Begebenheiten und dem Einsatz des Personals – aufgrund der Art der Übertragung von SARS-CoV-2 von einem Ansteckungsverdacht in Bezug auf das Personal und die anderen Patienten ausgegangen werden (Kießling, IfSG, § 25 Rn. 16). Insofern erfolgt eine Beschränkung auf die jeweils betroffenen Funktionseinheiten.

Bei der Durchführung der Ermittlungen steht dem Gesundheitsamt ein Auswählermessen zu, wobei darüber zu befinden ist, welche Maßnahmen zweckdienlich und geboten sind, um einen wirksamen Lebensschutz zu gewährleisten (vgl. BVerfG Urteil vom 16.10.1977 - 1 BvQ 5/77; BeckRS 9998, 105945).

Nach § 25 Abs. 3 IfSG können die in § 25 Abs. 1 IfSG genannten Personen – mithin auch Ansteckungsverdächtige im o. g. Sinne – durch das Gesundheitsamt vorgeladen werden. Sie können durch das Gesundheitsamt auch verpflichtet werden,

1. Untersuchungen und Entnahmen von Untersuchungsmaterial an sich vornehmen zu lassen, insbesondere die erforderlichen äußerlichen Untersuchungen, Röntgenuntersuchungen, Tuberkulintestungen, Blutentnahmen und Abstriche von Haut und Schleimhäuten durch die Beauftragten des Gesundheitsamtes zu dulden, sowie
2. das erforderliche Untersuchungsmaterial auf Verlangen bereitzustellen.

Die Untersuchungsanordnung stellt einen Unterfall der in § 25 Abs. 1 IfSG genannten Ermittlungsmaßnahmen dar der keiner Einwilligung des Betroffenen bedarf.

Unter Berücksichtigung des Vorliegens einer nosokomialen Häufung mit neuen SARS-CoV-2-Virusvarianten erweist sich die Verfügung eines SARS-CoV-2-PCR Screenings per Nasen-/Rachenabstrich 3x pro Woche für 14 Tage nach dem letzten positiven Erstdachweis bei den Patienten die als enge Kontaktperson einzustufen sind sowie dem gesamten Personal der betroffenen Funktionseinheit unabhängig vom Kontaktstatus und Impf-/Immunistatus gem. § 25 Abs. 3 Nr. 1 IfSG als geeignet, erforderlich und angemessen.

Insbesondere im Hinblick auf die zu erwartende erhöhte Ansteckbarkeit der neuen Virusvariante muss bei vermehrtem Auftreten in einer medizinischen Einrichtung verhindert werden, dass die Mutation des Virus sich in dieser weiter verbreiten und sich letztlich auch außerhalb der Einrichtung vermehren kann. Die angeordneten SARS-CoV-2-Screenings per Nasen-/Rachenabstrich 3x pro Woche für 14 Tagen nach dem letzten positiven Erstdachweis bei den benannten Personengruppen erweist sich zudem als milderer Mittel zu einer ansonsten gegebenenfalls vorzunehmenden Schließung der Einrichtung zur Eindämmung einer Verbreitung der Virusvarianten.

In diesem Zusammenhang kann das betroffene Krankenhaus zur Durchführung der Testungen verpflichtet werden. Es kann insofern einerseits als Beauftragter des Gesundheitsamtes herangezogen werden. Beauftragte des Gesundheitsamts im Sinne von § 25 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 IfSG können Dritte, insbesondere die behandelnden Ärzte, sein (BT-Drs. 14/2530, 74). Als medizinisch geschulte Einrichtung sind Krankenhäuser weiterhin geeignet, die erforderlichen Ermittlungsmaßnahmen durchzuführen bzw. durchführen zu lassen.

Im Übrigen ist das Gesundheitsamt bei der Adressatenauswahl im Rahmen der Maßnahmen nach § 25 Abs. 1 IfSG nicht auf solche gegen den Störer beschränkt. Maßnahmen können daher nicht nur gegen Kranke, Krankheits- und Ansteckungsverdächtige gerichtet werden. Eine Beschränkung auf den Adressatenkreis der in § 25 Abs. 1 IfSG genannten Personen (wie in § 25 Abs. 3 und 4 IfSG vorgesehen) sieht die Vorschrift für sonstige Ermittlungsmaßnahmen gerade nicht vor. Vielmehr hat das Gesundheitsamt breit zu ermitteln und sich dabei auf die Adressaten von Ermittlungsmaßnahmen zu konzentrieren die den angestrebten Ermittlungsmaßnahmen am ehesten Geltung verschaffen (vgl. Kießling, IfSG, § 25 Rn. 9). Insofern ist vorliegend den betroffenen Einrichtungen die Verpflichtung zur Durchführung der Testungen aufzuerlegen.

Vor diesem Hintergrund erweisen sich die gegenüber den medizinischen Einrichtungen sowie den in Ziff. 1 genannten Personengruppen getroffenen Anordnungen als geeignet, erforderlich und angemessen.

Das Vorstehende gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Aufrechterhaltung der medizinischen Infrastrukturen. Nur eine möglichst frühzeitige umfangreiche Ermittlung

nach bzw. im Zusammenhang mit einem Ausbruchsgeschehen in einem Krankenhaus stellt sicher, dass auch eine möglichst frühzeitige Eindämmung sinnvoll durchgeführt werden kann. Die Maßnahmen dienen daher insbesondere als milderer Mittel zu ansonsten umfangreicher anzuwendenden Eindämmungsmaßnahmen. Insgesamt ist auch zu erwarten, dass durch frühzeitige Erkennung der Ausbreitung der Infektionen weniger einschneidende Schutzmaßnahmen sowohl für die betroffene Einrichtung (insb. Schließung) als auch für die dort behandelten Patienten und die Mitarbeiter (insbesondere ggf. sonst erforderliche Absonderungen) verhindert werden können (siehe dazu bereits oben). Nicht zuletzt ist auch zu berücksichtigen, dass mit den angeordneten Testungen auch ein höheres Schutzniveau für die sonstigen im Krankenhaus befindlichen Patienten und das übrige Personal erreicht wird. Frühzeitige Erkenntnisse über das Ausbruchsgeschehen dienen daher insbesondere auch dem (Dritt-) Schutz der im Krankenhaus befindlichen vulnerablen Gruppen.

Hinsichtlich der Dauer der Anordnungen wurde der zeitliche Maßstab an der maximalen Inkubationszeit von 14 Tagen ausgerichtet (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html). Hierbei war auch das empfohlene Management des RKI bei Verdacht auf Infektion mit einer neuartigen Variante von SARS-CoV-2 zu berücksichtigen, wonach ein 14-tägige Quarantänedauer immer empfohlen ist, auch bei vollständig geimpfte und genesene Kontaktpersonen (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html). Dies muss erst recht für die Dauer der Ermittlungsmaßnahmen nach einem Ausbruchsgeschehen gelten.

Insgesamt sind – um den Schutzzweck Gefahrerforschung sicherzustellen – sowohl im Hinblick auf die betroffenen Einrichtungen als auch auf die betroffenen Personengruppen keine weniger einschneidenden Mittel ersichtlich.

Zu Ziff. 3 und 4:

Die Androhung eines Zwangsgeldes für den Fall der Nichtbeachtung der Ziff. 1 folgt aus § 2 Nr. 2, 20, 23 Landesverwaltungsvollstreckungsgesetz (LVwVG). Die Androhung eines Zwangsgeldes in der angegebenen Höhe ist diesem Falle auch geeignet, erforderlich und angemessen, damit das betroffene Krankenhaus im Falle des Vorliegens einer nosokomialen Häufung mit neuen SARS-CoV-2-Virusvarianten die angeordneten SARS-CoV-2-PCR Screenings durchführt. Bei fehlender Durchführung könnte es zu einem unkontrollierten Ausbruch der neuartigen Virusvarianten in der betroffenen medizinischen Einrichtung und letztendlich auch außerhalb dieser kommen. Durch die SARS-CoV-2-PCR Screenings kann die dortige Infektionslage hinreichend ermittelt und eingeschätzt werden, sodass sie notwendig sind um die öffentliche Gesundheit zu schützen. Das angedrohte Zwangsgeld wahrt insbesondere den Rahmen des § 23 LVwVG. Ungeachtet der überragenden Rechtsgüter zu deren Schutz diese getroffenen Anordnungen dienen und deren Durchsetzung das Zwangsgeld sicherstellen soll, wurde dieses im unteren Bereich des Zwangsgeldrahmens angesetzt. Gleichwohl war die Bemessung des angedrohten Betrages in der gewählten Höhe erforderlich, um Verstößen hinreichend entgegenzutreten zu können.

Die Androhung der Anwendung unmittelbaren Zwanges zu Ziff. 2 folgt aus § 2 Nr. 2, 26 LVwVG. Hierbei wurde insbesondere beachtet, dass unmittelbarer Zwang nur angewandt werden darf, wenn der polizeiliche Zweck auf andere Weise nicht erreichbar erscheint. Die Androhung und Festsetzung eines Zwangsgeldes oder der Ersatzvornahme vor Anwendung des unmittelbaren Zwanges kommt als milderer Mittel nicht in Betracht, wenn nach den gesamten Umständen entweder die Aussichtslosigkeit eines

milderen Zwangsmittels von vornherein feststeht oder wenn mit Rücksicht auf die andernfalls für ein bedeutendes Rechtsgut drohende Gefahr die mit dem Versuch, den Willen des Verpflichteten zunächst durch ein milderes Zwangsmittel zu beugen, verbundene Verzögerung nicht in Kauf genommen werden kann (OVG Berlin, NVwZ-RR 1998, 412; Engelhardt/App/Schlatmann/Mosbacher, VwVG, § 12 Rn. 10). Hiervon ist insbesondere – wie vorliegend – bei Maßnahmen gesundheits- oder seuchenrechtlicher Art, bei der die Maßnahme keinen Aufschub duldet, auszugehen (BeckOK VwVfG/Deusch/Burr, VwVG, § 12 Rn. 19, zur Anwendung bei Anordnungen nach §§ 28, 30 IfSG vgl. auch Sadler, VwVG, § 12 Rn. 40). Zu berücksichtigen war hierbei insbesondere auch der Umstand, dass bereits ein einmaliger Verstoß gegen die getroffenen Anordnungen aufgrund der verhältnismäßig hohen Übertragbarkeit und der häufig schweren bis hin zu tödlichen Krankheitsverläufe eine erhebliche Gefährdung der öffentlichen Gesundheit darstellen würde. Aufgrund der ohnehin dynamischen Verbreitung des Coronavirus und seiner neuartigen Virusvarianten erweist sich daher ausschließlich die Androhung unmittelbaren Zwanges – der unter Vollzugshilfe des Polizeivollzugsdienstes durchgesetzt werden kann, § 105 Abs. 5 PolG – als geeignet, erforderlich und angemessen.

Zu Ziff. 5:

Die Wirksamkeit folgt aus § 41 Abs. 4 Satz 4 LVwVfG.

III.

Hinweise:

Diese Allgemeinverfügung ist kraft Gesetzes sofort vollziehbar (§ 25 Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit § 16 Abs. 8 IfSG), sodass Widerspruch und Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben. Für die Androhung von Zwangsmitteln gilt gem. § 12 LVwVfG entsprechendes.

Der vollständige Text der Allgemeinverfügung mit Begründung kann im Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis, Kurfürsten-Anlage 38 - 40, 69115 Heidelberg, eingesehen werden.

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diese Verfügung kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch beim Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis, Heidelberg, oder jeder anderen Dienststelle des Rhein-Neckar-Kreises erhoben werden.