

Allgemeine Begründung (gemäß § 28a Absatz 5 IfSG) der Verordnung vom 04. Februar 2022 zur Neunten Änderung der Corona-Landesverordnung Mecklenburg-Vorpommern (Corona-LVO M-V)

1. Vorbemerkungen

Mit der Neunten Änderungsverordnung erfährt die Corona-Landesverordnung M-V unter anderem

- Öffnungen im Bereich des Spiel- und Wettkampfbetriebs im Rahmen des vereinsbasierten Sports sowie in Schwimm- und Spaßbädern,
- Öffnungen des Innenbereichs von Zoos, Tier- und Vogelparks und botanischen Gärten,
- die stufenunabhängige Erlaubnis des Gemeindegesangs,
- Anpassungen der Personenbegrenzungen im Bereich der Musik- und Jugendkunstschulen sowie
- Anpassungen im Bereich der Kontaktnachverfolgung.

Diese Änderungen dienen insbesondere der Klarstellung getroffener Regelungen, der Abwehr der Omikron-Variante mit ihrer besonderen Ansteckungsrate, der Sicherstellung der Handlungsfähigkeit systemrelevanter Einrichtungen sowie - bei Möglichkeit - Lockerungen der Maßnahmen und in der Folge der Erhaltung von Angeboten für Geimpfte, Genesene und insbesondere Geboosterte.

Ziel der Corona-LVO M-V ist und bleibt die bestmögliche Bekämpfung und Eindämmung des Coronavirus SARS-CoV-2-Virus und insbesondere der bundesweit auftretenden Virusvariante Omikron mit ihrer erhöhten Ansteckungsgefahr.

Die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ein überragend wichtiges Gemeingut. Sie dient dem von staatlicher Seite im Rahmen des Möglichen zu gewährleistenden Schutz von Leben und Gesundheit der Bevölkerung. Der Staat erfüllt damit seine Schutzpflicht aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 Grundgesetz (GG). Primäres Ziel des danach gebotenen staatlichen Handelns, also auch der im Verordnungswege getroffenen Maßnahmen, ist es, die Dynamik der Coronavirus-Infektionen schnell und wirksam zu brechen und damit zugleich gravierende zusätzliche Schäden beim Einzelnen sowie der Allgemeinheit zu vermeiden. Nur so kann der Gesundheitsschutz der Bevölkerung effektiv gesichert und der Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens Rechnung getragen werden.

Entscheidendes und wirksames Mittel dafür ist die Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 und die deutliche Reduzierung der Kontakte der Menschen untereinander.

Vor diesem Hintergrund werden die durch diese Änderungsverordnung geregelten Maßnahmen im Rahmen einer Gesamtbewertung aller relevanten Umstände nach wie vor als geeignet, erforderlich und angemessen erachtet. Ohne Beschränkungen würde die Zahl der Infizierten, insbesondere angesichts der hochansteckenden Omikron-Variante, noch schneller ansteigen und damit aller Wahrscheinlichkeit nach zu einer erneuten Überforderung des Gesundheitssystems führen. Zudem würde mit großer Wahrscheinlichkeit die Zahl der schweren Verläufe und der Todesfälle erheblich ansteigen. Andere mildere Mittel stehen entweder nicht zur Verfügung oder erweisen sich als nicht geeignet, um das mit der Verordnung verfolgte Ziel gleichermaßen zu erreichen. Gleiches gilt für die Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne, da die Schwere der mit den Belastungen verbundenen Grundrechtseingriffe in einem vernünftigen Verhältnis zu den der Allgemeinheit erwachsenden Vorteilen steht.

Die Regelungen der Corona-LVO M-V beruhen auf § 32 i.V.m. §§ 28 Absatz 1, 28a, 29, 30 Absatz 1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Zum präventiven Infektionsschutz können insbesondere die in § 28a Absatz 7 IfSG i. V. m. § 28a Absatz 1 IfSG genannten Schutzmaßnahmen sowie solche nach § 28a Absatz 8 IfSG i. V. m. den Landtagsbeschlüssen vom 2. Dezember 2021, Drs. 8/111, sowie vom 3. Dezember, Drs. 2021 8/112, ergriffen werden. Nach § 28a Absatz 3 Satz 3 IfSG sollen weitergehende Schutzmaßnahmen unter Berücksichtigung des jeweiligen regionalen und überregionalen Infektionsgeschehens mit dem Ziel getroffen werden, eine drohende Überlastung der regionalen und überregionalen stationären Versorgung zu vermeiden. Wesentlicher Maßstab für die weitergehenden Schutzmaßnahmen ist nach § 28a Absatz 3 Satz 4 IfSG insbesondere die Anzahl der in Bezug auf das Coronavirus in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen. Weitere Indikatoren wie die unter infektionsepidemiologischen Aspekten differenzierte Anzahl der Neuinfektionen mit dem Coronavirus je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen, die verfügbaren intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten und die Anzahl der gegen das Coronavirus geimpften Personen sollen bei der Bewertung des Infektionsgeschehens berücksichtigt werden (§ 28a Absatz 3 Satz 5 IfSG).

Die Maßnahmen sind bis einschließlich 2. März 2022 befristet (siehe § 28a Absatz 5 IfSG). Dieser Zeitraum schafft die Möglichkeit, weitere Entwicklungen des Infektionsgeschehens zu beobachten und einer neuerlichen Bewertung zugänglich zu machen. Dies liegt im Interesse des Ordnungsgebers und sämtlicher Einwohner des Landes Mecklenburg-Vorpommern als Adressaten dieser Verordnung.

Hinsichtlich einer näheren Begründung der in dieser Corona-LVO M-V fortgeführten Maßnahmen wird auf die Begründung der Verordnung vom 23. November 2021 sowie die Begründungen zu den Änderungsverordnungen vom 26. November 2021, 30. November 2021, 8. Dezember 2021, 15. Dezember 2021, 22. Dezember 2021 sowie 29. Dezember 2021, 11. Januar 2022 und 25. Januar 2022 ergänzend verwiesen.

In Abhängigkeit von der weiteren Entwicklung der Infektionslage prüft die Landesregierung fortlaufend, ob die derzeitigen Maßnahmen im Hinblick auf die infektionsschutzrechtlichen Anforderungen weiterhin als verhältnismäßig erachtet und mithin als gerechtfertigt angesehen werden können oder eine Änderung erfahren müssen. Hierbei werden (neben weiteren Parametern wie Kontaktnachverfolgung, Impfgeschehen und Testungen, Gefahr vor Verbreitung neuer Virusmutationen, R-Wert) folgende Kriterien als Schwerpunkt zugrunde gelegt, aus der eine risikogewichtete Einstufung des COVID-19-Infektionsgeschehens in den Landkreisen und kreisfreien Städten Mecklenburg-Vorpommerns vorgenommen wird:

a) Sieben-Tage-Inzidenz der Hospitalisierten (Leitkriterium): Dies ist die Anzahl der innerhalb der letzten sieben Tage neu gemeldeten, hospitalisierten COVID-19-Fälle je 100.000 Einwohner des Landkreises beziehungsweise der kreisfreien Stadt. Dieser Indikator spiegelt den Verlauf der Pandemie in Bezug auf schwere Krankheitsverläufe wider und dient unter anderem der frühzeitigen Erkennung einer starken Auslastung der Infrastruktur der Krankenhäuser, da er der ITS-Auslastung vorangeht. Zusätzlich kann dieser Indikator flexibel auf die wahrscheinliche Entwicklung eingehen. So kann die Einstufung auf hohe Hospitalisierungsraten reagieren, auch wenn gleichzeitig bei entsprechender Durchimpfung die schweren und ITS-pflichtigen Verläufe abnehmen.

b) ITS-Auslastung (erstes Gewichtungskriterium): Dies ist der Anteil der mit COVID-19-Patienten belegten Betten von allen auf Intensivstationen in Mecklenburg-Vorpommern zur Verfügung stehenden Betten für Erwachsene. Die Auslastung wird nach dem jeweiligen Klinik-Cluster, dem der Landkreis beziehungsweise die kreisfreie Stadt angehört, abgebildet.¹ Dieses Gewichtungskriterium dient als Indikator für die Belastung des Gesundheitssystems.

c) Sieben-Tage-Inzidenz der Infizierten (zweites Gewichtungskriterium): Dies ist die Anzahl der gemeldeten Neuinfektionen des Landkreises beziehungsweise der kreisfreien Stadt innerhalb der letzten sieben Tage pro 100.000 Einwohner.

d) Die Impfquote hat auf die unter a) bis c) genannten Kriterien einen indirekt proportionalen Einfluss. Dadurch ist sie in die Gewichtung implementiert.

¹ Zur regionalen Steuerung der Aufnahme und Verteilung von positiv getesteten verlegungsfähigen Covid-19-Patienten werden an den Krankenhäusern Helios Kliniken Schwerin (Cluster I), Universitätsmedizin Rostock (Cluster II), Universitätsmedizin Greifswald (Cluster III), Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg (Cluster IV) Koordinierungsstellen eingerichtet. Diese steuern in ihren Einzugsgebieten (Clustern) in tagesaktueller Abstimmung selbstständig die Patientenströme. Über die Steuerung der Cluster ist die Versorgung der Schwerstbetroffenen über die Maximalversorger gesichert, vgl. <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/wm/Aktuell/?id=158734&processor=processor.sa.pressemitteilung>, Stand 23. März 2020 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

Bei den ergriffenen Maßnahmen werden zugleich soziale, gesellschaftliche und wirtschaftliche Auswirkungen in die Abwägungen einbezogen. Das gilt insbesondere im Hinblick auf die fortbestehenden Einschränkungen der Wirtschaft, die von Seiten des Bundes und des Landes in erheblichem Maße mit Unterstützungsmaßnahmen flankiert und dadurch nicht unerheblich abgemildert werden.

Die Überbrückungshilfe des Bundes ist mit mehr als 32 Milliarden Euro an ausgezahlten Hilfsleistungen ein zentrales Hilfsinstrument in der Corona-Pandemie.² Damit werden Soloselbständige und Unternehmen unterstützt, die starke Umsatzeinbußen verzeichnen. Die Überbrückungshilfe wird deshalb als Überbrückungshilfe IV bis zum 31. März 2022 fortgeführt.³

In Mecklenburg-Vorpommern wurden seit Ausbruch der Corona-Pandemie circa 80.300 Anträge bzw. rund 1.513,8 Millionen Euro an Hilfen für wirtschaftliche Unternehmen bewilligt. Hierunter fallen die branchenoffenen Bundesprogramme Soforthilfe und Überbrückungshilfe einschließlich Landesergänzungen sowie November- und Dezemberhilfe, die allgemeinen Landesprogramme Härtefallfonds, Liquiditätshilfe und Neustart-Prämie sowie die wesentlichen speziellen Landesprogramme zum Schutzfonds Mecklenburg-Vorpommern.

Auch unterstützt die Landesregierung in der Corona-Krise Künstler, Kulturschaffende, Träger der allgemeinen und politischen Weiterbildung sowie Gedenkstätten. Die Hilfen sind Teil des MV-Schutzfonds, für den im Kulturbereich 20 Millionen Euro bereitgestellt wurden. Hatte dieser Fonds zunächst den Fokus auf die Zeit der Schließung von Einrichtungen und der massiven Einschränkungen von Kunst und Kultur gerichtet, so unterstützt er nunmehr Kulturschaffende und Träger gleichermaßen während der Phase der Wiedereröffnung und Wiederinbetriebnahme von Einrichtungen sowie der Wiederaufnahme von Veranstaltungen. Kultureinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern können auch weiterhin Förderung aus diesem Fonds erhalten; er ist bis zum 31. Dezember 2022 verlängert worden. Davon profitieren sowohl Träger gemeinnütziger Projekte, die eine regelmäßige Förderung des Landes erhalten als auch solche, die keine regelmäßige Förderung bekommen. Ebenso wurden die Zuwendungen für die so genannte Säule 7 des MV-Schutzfonds Kultur verlängert.⁴ Das kommt allen kulturellen Einrichtungen zugute, die bislang eine Förderung des Bundes aus dem Programm NEUSTART Kultur erhalten haben und einen Eigenanteil

² Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, Coronahilfen: Bewilligungen und Auszahlungen in Milliarden Euro, Stand 24. Dezember 2021, abrufbar unter: <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Infografiken/Wirtschaft/corona-hilfen-fuer-unternehmen-marginalspalte-IG.html> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022)

³ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz, Informationen zu den Überbrückungshilfen, abrufbar unter: <https://www.ueberbrueckungshilfe-unternehmen.de/UBH/Navigation/DE/Ueberbrueckungshilfe/Ueberbrueckungshilfe-IV/ueberbrueckungshilfe-iv.html> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁴ Information der Landesregierung über das Coronavirus SARS-CoV-2 in Mecklenburg-Vorpommern, abrufbar unter: <https://www.regierung-mv.de/static/Regierungsportal/Portalredaktion/Inhalte/Corona/Dateien/192-21%2BKulturhilfen%2Bverl%C3%A4ngert.pdf> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

aufbringen müssen. Die Säule 7 des MV-Schutzfonds Kultur ermöglicht den Empfängern die Refinanzierung dieses Eigenanteils, sodass Künstler oder Kultureinrichtungen mit ihrem Antrag auf Bundesmittel hieran nicht mehr scheitern.

Neben den Programmen des Bundes und des Landes zur wirtschaftlichen Bewältigung der Folgen der Corona-Pandemie treten weitere Maßnahmen, wie die erweiterten Möglichkeiten zur Gewährung von Kurzarbeitergeld sowie branchenspezifische Hilfsprogramme.

2. Zugrundeliegende Sachlage

2.1 Globale Entwicklung

a) Virusvarianten und Infektionsgeschehen

Weltweit wurden verschiedene SARS-CoV-2-Varianten nachgewiesen, für die die Weltgesundheitsorganisation folgende Bezeichnungen eingeführt hat:

Besorgniserregende Varianten (Variants of Concern = VOC)⁵

- der Linien Alpha (B.1.1.7, erstmals nachgewiesen in Großbritannien),
- Beta (B.1.351, erstmals nachgewiesen in Südafrika),
- Gamma (P.1, erstmals nachgewiesen in Brasilien),
- Delta (B.1.617.2, erstmals nachgewiesen im indischen Bundesstaat Maharashtra) und
- Omikron (B.1.1.529, erstmals nachgewiesen in Botswana).

Unter besonders intensiver Beobachtung stehend (Variants of Interest = VOI)⁶

- die Varianten Lambda (C.37, erstmals nachgewiesen in Peru) und
- Mu (B.1.621, erstmals aufgetreten in Kolumbien).

Bislang schien nach bisherigen Daten die Delta-Variante die ansteckendste bisher bekannte Coronavirus-Variante zu sein.⁷ Während für das ursprüngliche Coronavirus SARS-CoV-2 angenommen wurde, dass ein Infizierter, wenn keinerlei Corona-Maßnahmen getroffen werden, im Mittel rund drei bis vier andere Menschen ansteckt, waren es für die in Großbritannien entdeckte Alpha-Variante bereits durchschnittlich

⁵ WHO, Tracking SARS-CoV-2 variants, abrufbar unter: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁶ WHO, Tracking SARS-CoV-2 variants, abrufbar unter: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁷ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit (COVID-19) vom 27. Januar 2022, Seite 3, abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-01-27.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

fünf Ansteckungen. Bei der Delta-Variante kommen weitere 40 % bis 60 % mehr Ansteckungen hinzu.⁸ Die schnelle Verbreitung der Omikron-Variante deutet auf eine zusätzliche Übertragungsgeschwindigkeit gegenüber der Delta-Variante hin.⁹

b) Effektivität gängiger Impfstoffe/Impffortschritt

Aktuelle Studien ergeben, dass eine Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 eine schwere, auch durch neue Virusvarianten verursachte Erkrankung, die eine Hospitalisierung aller Wahrscheinlichkeit nach erfordert, mit gleicher Wirksamkeit verhindern kann.¹⁰ Genesene Personen, also solche, die eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 überstanden haben, besitzen mindestens für 90 Tage eine Schutzwirkung gegen eine erneute Erkrankung.¹¹ Eine mögliche Ursache für eine Infektion trotz vollständiger Impfung ist das Auftreten neuer Varianten, die der Immunität entgehen und somit die Wirksamkeit des Impfstoffs verringern;¹² insbesondere bei der nun vorherrschenden Omikron-Variante sind ein Unterlaufen des bestehenden Immunschutzes, hauptsächlich gegenüber einer symptomatischen Infektion, sowie eine stark gesteigerte Übertragbarkeit zu beobachten.¹³ Um die Immunität weiterhin hoch zu halten, soll die Möglichkeit der Auffrischungsimpfung (sog. Boosterimpfung) von allen Personengruppen genutzt werden.¹⁴ Eine effektive

⁸ Finlay Campbell, Brett Archer et al., Increased transmissibility and global spread of SARS-CoV-2 variants of concern as at June 2021, abrufbar unter <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.24.2100509> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁹ Analysen zeigen eine Infektionsrate der Omikronvariante auf, die doppelt so hoch ist, als die der Deltavariante, vgl. Yusha Araf, Fariya Akter, Yan-dong Tang, Rabeya Fatemi, Md. Sorwer Alam Parvez, Chunfu Zheng, Md. Golzar Hussein: "Omicron variant of SARS-CoV-2: Genomics, transmissibility, and responses to current COVID-19 vaccines", abrufbar unter: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.27588> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

¹⁰ vgl. Stowe J et al.; Effectiveness of COVID-19 vaccines against hospital admission with the Delta (B.1.617.2) variant, preprint; abrufbar unter: https://media.tghn.org/articles/Effectiveness_of_COVID-19_vaccines_against_hospital_admission_with_the_Delta_B._G6gnnqJ.pdf (zuletzt aufgerufen am 24. Januar 2022); Aziz Sheikh et al., SARS-CoV-2 Delta VOC in Scotland: demographics, risk of hospital admission, and vaccine effectiveness, 14. Juni 2021, abrufbar unter: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01358-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01358-1/fulltext) (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

¹¹ vgl. Lumley SF, O'Donnell D, Stoesser NE, Matthews PC, Howarth A, Hatch SB, et al: Antibody Status and Incidence of SARS-CoV-2 Infection in Health Care Workers. N Engl J Med 2021; 384:533-540, 23. Dezember 2020, abrufbar unter: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2034545> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022) sowie Hall V, Foulkes S, Charlett A, Atti A, Monk E, Simmons R, et al. Do antibody positive healthcare workers have lower SARS-CoV-2 infection rates than antibody negative healthcare workers? Large multi-centre prospective cohort study (the SIREN study), England: June to November 2020, medRxiv, 15. Januar 2021, abrufbar unter: <https://doi.org/10.1101/2021.01.13.21249642> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

¹² Hierzu: Yair Goldberg, Ph.D. et al, Waning Immunity after the BNT162b2 Vaccine in Israel, in New England Journal of Medicine vom 27. Oktober 2021, Seite 2, abrufbar unter: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2114228> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

¹³ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit (COVID-19) vom 27. Januar 2022, Seite 29 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

¹⁴ RKI, wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronaviurs-Krankheit-20219 (COVID-19) vom 27. Januar 2022, Seite 4 (zuletzt abgerufen am 31. Januar 2022).

medikamentöse Behandlung schwerer Fälle von COVID-19-Infektionen ist nach wie vor nicht möglich.¹⁵ Es befinden sich aber derzeit Medikamente in verschiedenen Entwicklungsstufen bis kurz vor der Markteinführung, die auf neue Behandlungsansätze hoffen lassen.¹⁶

2.2 Entwicklung in Deutschland

a) Virusvarianten und Infektionsgeschehen

Die obengenannten besorgniserregenden Virusvarianten wurden in Deutschland bereits nachgewiesen, wobei die Delta-Variante im zweiten Halbjahr 2021 zahlenanteilig dominierte.¹⁷ Die Delta-Variante wurde von der Omikron-Variante als nun vorherrschende Variante in Deutschland verdrängt.¹⁸

¹⁵ Nach einer Studie aus den USA gibt es Hinweise darauf, dass das antivirale Medikament - Remdesivir - das Sterberisiko nicht senkt (siehe Spektrum.de, abrufbar unter: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2781959>, zuletzt aufgerufen am 11. Januar 2022) mit Hinweis auf eine Studie des Forschungsteams um Dr. Michael E. Ohl von der University of Iowa, abrufbar unter: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2781959> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022); zwei Covid-Medikamente (Ronapreve und Regkirona) sind am 12. November 2021 durch die EU-Kommission zugelassen worden; über ihre Wirksamkeit in der Praxis liegen jedoch bisher wenige Studien vor (siehe Paul-Ehrlich-Institut, abrufbar unter: <https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2021/211115-ec-zulassung-monoklonale-antikoerper-ronapreve-regkirona.html> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022)); Im Hinblick auf Omikron deuten erste In-vitro-Neutralisationsassays auf eine reduzierte Wirksamkeit hin (siehe Paul-Ehrlich-Institut, abrufbar unter: <https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2022/220114-reduzierte-wirksamkeit-ronapreve-omikron.html>, zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022)).

¹⁶ Zwei Covid-Medikamente (Ronapreve und Regkirona) sind am 12. November 2021 durch die EU-Kommission zugelassen worden; über ihre Wirksamkeit in der Praxis liegen jedoch bisher wenige Studien vor (siehe Paul-Ehrlich-Institut, abrufbar unter: <https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2021/211115-ec-zulassung-monoklonale-antikoerper-ronapreve-regkirona.html>, zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022); Im Hinblick auf Omikron deuten erste In-vitro-Neutralisationsassays auf eine reduzierte Wirksamkeit hin (siehe Paul-Ehrlich-Institut, abrufbar unter: <https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2022/220114-reduzierte-wirksamkeit-ronapreve-omikron.html> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022)). Ein antiviral wirksames Veklury® (Remdesivir), der Interleukin-1-Rezeptorantagonist Kineret® (Anakinra) sowie der Interleukin-6-Rezeptorantagonist RoActemra® (Tocilizumab) sind EU-weit zugelassen für die stationäre Behandlung von Patienten mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf; seit dem 3. Januar 2022 steht ein weiteres antivirales Arzneimittel - Molnupiravir (Lagevrio®, MSD) - in Deutschland zur Verfügung, das noch nicht von der EMA oder dem BfArM zugelassen ist, vgl. Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker, 01/22: Information der Institutionen und Behörden: AMK: Lagevrio® (Molnupiravir) und Paxlovid® (Nirmatrelvir, Ritonavir): Oral verfügbare antivirale Wirkstoffe zur Behandlung von COVID-19-Patienten mit erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf, Stand 3. Januar 2022, abrufbar unter: <https://www.abda.de/fuer-apotheker/arzneimittelkommission/amk-nachrichten/detail/01-22-information-der-institutionen-und-behoerden-amk-lagevrior-molnupiravir-und-paxlovidr-nirmatrelvir-ritonavir-oral-verfuegbare-antivirale-wirkstoffe-zur-behandlung-von-covid-19-patienten-mit-erhoehtem-risiko-fuer-einen-schweren-krankheitsverlauf/> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

¹⁷ RKI, 14. Bericht zu Virusvarianten von SARS-CoV-2 in Deutschland vom 16. Juni 2021, Seite 3; abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Berichte-VOC-tab.html (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

¹⁸ In KW 03/2022 liegt der Anteil der VOC Omikron bei 95 %, siehe hierzu: RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 27. Januar 2022, Seite 3, abrufbar unter: (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

Die Omikron-Variante wurde erstmals Ende November 2021 in Deutschland festgestellt. Zwischen dem 21. November 2021 und 24. Januar 2022 wurden in Deutschland insgesamt 322.891 (Verdachts-) Fälle der Omikron-Variante über das Meldesystem nach IfSG übermittelt, davon wurden 30.956 per Gesamtgenomsequenzierung bestätigt, während 291.935 mittels variantenspezifischer PCR-Testung als Verdacht auf Omikron eingestuft wurden.¹⁹ Erste Studien deuten auf einen geringeren Anteil an Hospitalisierten im Vergleich zu Infektionen mit der Delta-Variante bei Infizierten mit vollständiger Impfung bzw. Auffrischungsimpfung hin.²⁰

Einschätzung des Expertenrates der Bundesregierung

In bisher fünf Stellungnahmen hat sich der Expertenrat der Bundesregierung zu dem aktuellen Pandemiegeschehen verhalten. Neben Ausführungen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens²¹ und effektiver Risiko- und Gesundheitskommunikation²² hat sich der Expertenrat auch zur Auswirkung der Omikron-Variante auf das Pandemiegeschehen geäußert. Nach dem Expertenrat bringe die Omikron-Variante eine neue Dimension in das Pandemiegeschehen. Er führt in seinen Stellungnahmen aus, dass die Omikron-Variante sich durch eine stark gesteigerte Übertragbarkeit und ein Unterlaufen des bestehenden Immunschutzes auszeichne. Sie vereine mehrere ungünstige Eigenschaften und infiziere in kurzer Zeit mehr Menschen als bislang. Sie beziehe auch Genesene und Geimpfte stärker in das Infektionsgeschehen ein.²³ Erste epidemiologische Analysen aus Großbritannien, Dänemark und den USA deuteten auf einen milderen Krankheitsverlauf bei Infektionen mit der Omikron-Variante im Vergleich zur Delta-Variante hin. Die starke Infektionsdynamik und die damit verbundene hohe Zahl von parallel auftretenden Erkrankungen drohe jedoch den gegenüber der Delta-Variante gegebenen Vorteil der milderen Krankheitsverläufe quantitativ aufzuwiegen. Diese Dynamik bürge die Gefahren einer erheblichen Belastung der Normalstationen sowie gleichzeitig einer hohen Ausfallquote des medizinischen Personals. Diese Kombination könne regional zu einer Überlastung der

¹⁹ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit (COVID-19) vom 27. Januar 2022, Seite 39, (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

²⁰ RKI, Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit (COVID-19) vom 27. Januar 2022, Seite 3, (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

²¹ Vierte Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19 vom 19. Dezember 2021, abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2000794/f189a6b7b0f581965f746e957db90af7/2022-01-22-nr-4expertenrat-data.pdf> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

²² Fünfte Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19 vom 19. Dezember 2021, abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/2002168/ea5301f932dafa791129440858746e0a/2022-01-30-fuenfte-stellungnahme-expertenrat-data.pdf> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

²³ Erste Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19 vom 19. Dezember 2021, Seite 1, abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/1992410/7d068711b8c1cc02f4664eef56d974e0/2021-12-19-expertenrat-data.pdf?download=1> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

Krankenhäuser führen.²⁴ Die Hospitalisierungsrate werde niedriger als bei der Delta-Variante erwartet, müsse aber eine ganze Größenordnung (etwa Faktor 10) niedriger liegen als im vergangenen Winter, um die erwartete hohe Fallzahl zu kompensieren und das Gesundheitssystem nicht zu überlasten. Darüber hinaus komme es vereinzelt schon zu Lieferengpässen bei medizinischen Gütern. Das hochdynamische Infektionsgeschehen erfordere aktuell eine Beibehaltung und strikte Umsetzung der bisherigen Maßnahmen. Sowohl Kontaktbeschränkungen als auch Boosterimpfungen seien notwendig, um die Dynamik der aktuellen Omikron-Welle zu bremsen und das Gesundheitssystem und die KRITIS zu schützen.²⁵

Einschätzung RKI

Auch das RKI schätzt die aktuelle Entwicklung als sehr besorgniserregend ein und befürchtet, dass es zu einer weiteren Zunahme von schweren Erkrankungen und Todesfällen kommen wird und die verfügbaren intensiv-medizinischen Behandlungskapazitäten überschritten werden. Dies betrifft auch die intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten für schwere Erkrankungen anderer Ursachen. Das RKI rät dringend dazu, alle nicht notwendigen Kontakte zu reduzieren, Reisen zu vermeiden, AHA+L-Regeln²⁶ einzuhalten sowie größere Veranstaltungen und enge Kontaktsituationen, wie z.B. Tanzveranstaltungen und andere Feiern im öffentlichen und privaten Bereich, abzusagen bzw. zu meiden.²⁷

Entwicklung des Infektionsgeschehens

Hospitalisierung

Am 31. Januar 2022 wurden insgesamt 306 Hospitalisierungen in Bezug auf COVID-19 gemeldet, die Sieben-Tage-Inzidenz der hospitalisierten Fälle betrug 4,64 Fälle pro 100.000 Einwohner.²⁸ Nach wie vor werden in den Altersgruppen ab 60 Jahren die meisten Hospitalisierungen verzeichnet. Das Risiko einer schweren Erkrankung mit

²⁴ Zweite Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19 vom 19. Dezember 2021, [abrufbar unter: https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/1995094/0e24018c4ce234c5b9e40a83ce1b3892/2022-01-06-zweite-stellungnahme-expertenrat-data.pdf](https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/1995094/0e24018c4ce234c5b9e40a83ce1b3892/2022-01-06-zweite-stellungnahme-expertenrat-data.pdf) (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

²⁵ Zweite Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19 vom 19. Dezember 2021, [abrufbar unter: https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2000790/9d2b24aef2a1745548ba870166b64b7e/2022-01-22-nr-3-expertenrat-data.pdf](https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2000790/9d2b24aef2a1745548ba870166b64b7e/2022-01-22-nr-3-expertenrat-data.pdf) (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022)

²⁶ AHA+L bedeutet: Alltagsmaske tragen, Hygieneerfordernisse einhalten, Abstand halten, regelmäßig Lüften.

²⁷ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 27. Januar 2022, Seite 4 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

²⁸ RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 31. Januar 2022, Seite 1, abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Jan_2022/2022-01-31-de.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

Krankenhauseinweisung und in einigen Fällen das Risiko eines tödlichen Verlaufs ist bei den älteren Altersgruppen weiterhin am höchsten und steigt dabei bereits bei den ab 50-Jährigen gegenüber jüngeren Erwachsenen deutlich an. Der Altersmedian der hospitalisierten Fälle liegt in der Meldewoche 03 / 2022 bei 55 Jahren, während er bei den Infizierten bei 29 Jahren liegt.²⁹

Von schweren Krankheitsverläufen weiterhin am stärksten betroffen sind ungeimpfte Menschen in höheren Altersgruppen und Menschen mit vorbestehenden Erkrankungen, die das Immunsystem schwächen. Die mit Abstand höchste Hospitalisierungsinzidenz weisen über 80-Jährige auf. Insgesamt bewegen sich die geschätzten Werte der Hospitalisierungsinzidenz weiter auf hohem Niveau.³⁰

In KW 3 / 2022 ist die Zahl der in der syndromischen Krankenhaus-Surveillance erfassten Fälle mit schweren akuten Atemwegsinfektionen (SARI-Fälle) insgesamt gesunken. Die Zahl der SARI-Fälle ist in der KW 3/2022 in allen Altersgruppen niedrig. Auch die Zahl der hospitalisierten SARI-Fälle mit COVID-19 ist im Vergleich zur Vorwoche etwas zurückgegangen, es gab ca. 4,1 Hospitalisierungen wegen COVID-SARI pro 100.00 Einwohner³¹

ITS-Auslastung

Die Belastung der Intensivstationen hält durch die Vielzahl sehr schwer an COVID-19 erkrankter Personen weiterhin an, zeigt aber gegenwärtig keinen steigenden Trend. Mit Datenstand vom 26. Januar 2022 werden 2.363 Personen mit einer COVID-19-Diagnose auf einer Intensivstation behandelt.³²

Der Anteil an COVID-19-Fällen auf Intensivbetten für Erwachsene sinkt weiter auf 10,2 %.³³

Neuinfektionen

Am 31. Januar 2022 betrug die bundesweite Sieben-Tage-Inzidenz der Neuinfizierten 1.176,8 Fälle je 100.000 Einwohner; die Werte in den Bundesländern lagen zwischen 1.821,0 pro 100.000 Einwohner in Berlin und 468,6 pro 100.000 Einwohner in

²⁹ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 27. Januar 2022, Seiten 5 und 10 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

³⁰ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 27. Januar 2022, Seite 3 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

³¹ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 27. Januar 2022, Seiten 15 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

³² RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 27. Januar 2022, Seite 3 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

³³ RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 31. Januar 2022, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

Thüringen.³⁴ Die Zahl der Genesenen beläuft sich auf rund 7.622.400,³⁵ was einem Anteil von rund 9,17 % an der Gesamtbevölkerung (ca. 83,1 Mio.) entspricht.

MPK-Beschlüsse

Vor dem Hintergrund stark steigender Infektionszahlen in allen Bundesländern hatten sich am 18. November 2021 die damalige Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder zum weiteren Vorgehen verständigt.

Zur Bewältigung der Corona-Pandemie erfolgte am 21. Dezember 2021 erstmals eine Konferenz des neuen Bundeskanzlers mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder, in deren Folge ein Papier mit 15 weiteren Beschlüssen, wie zum Beispiel ein Appell an die Bürgerinnen und Bürger zur Wahrnehmung der Angebote zur Auffrischungsimpfung sowie bundeseinheitliche Mindeststandards für Zwei-G-Erfordernisse in bestimmten Bereichen und Kontaktbeschränkungen verabschiedet wurde.³⁶

Am 7. Januar 2022 haben sich der Bundeskanzler und die Spitzenvertreter der Länder wieder getroffen und weitere Beschlüsse gefasst. Gestützt auf eine zweite Stellungnahme des Expertenrats vom 6. Januar 2022 wurden überschlägig folgende Beschlüsse einvernehmlich festgelegt:³⁷

- Angesichts der Omikron-Variante bleibt die Kontaktreduzierung weiterhin geboten.
- Inzidenzunabhängig gelten Zwei-G-Erfordernisse für den Zugang zu Einrichtungen und Veranstaltungen der Kultur- und Freizeitgestaltung sowie zum Einzelhandel.
- Der Zugang zur Gastronomie bleibt auf Geimpfte und Genesene beschränkt und wird ergänzend kurzfristig bundesweit und inzidenzunabhängig nur noch mit einem tagesaktuellen Test oder mit dem Nachweis einer Auffrischungsimpfung (Booster-Impfung) ab dem Tag der Auffrischungsimpfung möglich sein (Zwei-G-Plus).
- Geboosterte Personen brauchen ab dem Tag ihrer Auffrischungsimpfung keinen Negativtest mehr.

³⁴ RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 31. Januar 2022, Seiten 1 und 2 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

³⁵ RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 31. Januar 2022, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

³⁶ Ausführlich: MPK-Beschluss vom 21. Dezember 2021, abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990312/5aded0cbf837124818e6af8feceb15c7/2021-12-21-mpk-beschluss-data.pdf?download=1> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

³⁷ Vgl. Videoschaltkonferenz des Bundeskanzlers mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 7. Januar 2022, abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1995132/66f13c21b0b0932dcac58ea000fe4a31/2022-01-07-mpk-beschluss-data.pdf?download=1> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

- Clubs und Diskotheken bleiben weiterhin geschlossen.
- Die Absonderungszeit für mit COVID-19 Infizierte wurde von 14 auf 10 Tage verkürzt, um den systemrelevanten Einrichtungen die für ihre Aufgaben nötigen Mitarbeitenden weiter bereit zu stellen.
- Die Vorarbeiten für eine allgemeine Impfpflicht gehen mit Hochdruck weiter.

Das Gremium ist am 24. Januar 2022 erneut zusammenkommen. Im Wesentlichen haben sich der Bundeskanzler und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder dabei, neben der Aufarbeitung von Themen wie Schutz der Alten- und Pflegeeinrichtungen, Verstärkung des Impfkonzepthes und Monitoring für die kritische Infrastruktur sowie Digitalisierung, mit folgenden Inhalten befasst:³⁸

- Fortgeltung der bisherigen Maßnahmen.
- Öffnungsperspektive für den Moment, zu dem eine Überlastung des Gesundheitssystems ausgeschlossen werden kann.
- Anpassung der Regeln für die Isolation von erkrankten Beschäftigten in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe an die allgemeinen Regeln.
- Auftrag der Schaffung einer einheitlichen Regelung für überregionale Großveranstaltungen,
- Anpassung der nationalen Teststrategie sowie aufgrund von Engpässen Priorisierungen bei PCR-Tests im Hinblick auf vulnerable Gruppen und Beschäftigte, die diese betreuen und behandeln (Personal insbesondere in Krankenhäusern, in Praxen, in der Pflege, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, Personen mit dem Risiko schwerer Krankheitsverläufe, Hochrisikopatientinnen und -patienten (Ältere, Komorbidität, immunsupprimierte Patientinnen und Patienten)).
- Anpassung der Strategie zur Kontaktverfolgung, um den beschränkten Kapazitäten der Gesundheitsämter Rechnung zu tragen sowie der Appell an die Bürgerinnen und Bürger, eigenverantwortlich zu handeln und die elektronischen Kontaktverfolgungsmöglichkeiten zu nutzen.

Die Verhinderung der Verbreitung des Virus und seiner Varianten ist weiterhin zwingend erforderlich, um nicht erneut in eine Situation zu geraten, in der die

³⁸ Vgl. Videoschaltkonferenz des Bundeskanzlers mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 24. Januar 2022, abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2000838/196ba96d5c9f415faf48dbb9178fc24f/2022-01-24-mpk-beschluss-data.pdf?download=1> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

Aufrechterhaltung und Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems im Übermaß gefährdet ist.

b) Impffortschritt/ Effektivität gängiger Impfstoffe

In Deutschland wurden bis zum 31. Januar 2022 insgesamt 164.798.335 Impfungen verabreicht, mit denen 75,8 % der Bevölkerung mindestens eine der zwei notwendigen Impfungen gegen COVID-19 erhalten haben. 74,0 % sind bereits vollständig gegen COVID-19 geimpft; 52,8 % haben eine Auffrischungsimpfung erhalten.³⁹

Eine Impfung oder das Überwinden einer Corona-Erkrankung schaffen jedoch keinesfalls eine hundertprozentige Sicherheit in Bezug auf eine Ansteckungsgefahr oder Hospitalisierung dieser Personengruppen. Durch einen Vergleich des Anteils vollständig Geimpfter unter den hospitalisierten COVID-19-Fällen mit dem Anteil vollständig Geimpfter in der Bevölkerung ist es möglich, die Wirksamkeit der Impfung grob abzuschätzen (sog. Screening-Methode nach Farrington). Die nach dieser Methode geschätzte Effektivität der Grundimmunisierung gegenüber einer Hospitalisierung bei symptomatischer COVID-19-Erkrankung in Deutschland liegt für den Zeitraum der Kalenderwochen 52 / 2021 bis 03 / 2022 in der Altersgruppe 12-17 Jahre bei ca. 48 %, in der Altersgruppe 18-59 Jahre bei ca. 67 % und in der Altersgruppe ≥ 60 Jahre bei ca. 84 %.⁴⁰ Die geschätzte Effektivität einer Auffrischungsimpfung gegenüber einer Hospitalisierung bei symptomatischer COVID-19-Erkrankung lag für den genannten Zeitraum in der Altersgruppe 12-17 Jahre bei 93 %, in der Altersgruppe 18-59 Jahre bei 90 % und in der Altersgruppe ≥ 60 Jahre sogar bei ca. 95 %.⁴¹ Die Zahlen deuten damit eine mit der Zeit abnehmende Effektivität der Impfung an, der mit einer Auffrischungsimpfung begegnet werden kann. Zugleich zeigt sich eine nach wie vor anhaltend hohe Effektivität einer Impfung gegen schwere Verläufe, die eine intensiv-medizinische Behandlung erfordern oder zum Tod führen.⁴²

2.3 Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern

a) Virusvarianten und Infektionsgeschehen

Das Virus ist hoch infektiös. Die neuen Virusvarianten von SARS-CoV-2 verbreiten sich besorgniserregend schnell und wirken sich dynamisch auf die Situation im Land aus; dies gilt insbesondere für die Omikron-Infektionswelle, in der sich Mecklenburg-

³⁹ RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 31. Januar 2022, Seiten 1 und 2 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁴⁰ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 27. Januar 2022, Seite 28 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁴¹ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 27. Januar 2022, Seite 28 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁴² RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 27. Januar 2022, Seiten 29 und 30 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

Vorpommern befindet. Die aktuelle Entwicklung ist dabei äußerst beunruhigend und es ist zu befürchten, dass es zu einer weiteren Zunahme von schweren Erkrankungen und Todesfällen kommen wird und die verfügbaren intensiv-medizinischen Behandlungskapazitäten stark belastet werden.⁴³ Verstärkt wird die aktuelle Entwicklung durch die Befürchtung, dass bei der Omikron-Variante mit einer bisher noch nicht beobachteten Dynamik gerechnet wird. Diese Variante ist leichter übertragbar als die anderen Coronavirus SARS-CoV-2-Varianten, führt auch bei vollständig Geimpften und Genesenen häufig zu, allerdings weitaus schwächeren, Infektionen, die weitergegeben werden können⁴⁴ und zeichnet sich damit durch ein Unterlaufen eines bestehenden Impfschutzes aus.⁴⁵

Hospitalisierung

Die Belegungszahlen der Krankenhäuser mit an COVID-19 erkrankten Patientinnen und Patienten bleiben weiterhin hoch. Am 31. Januar 2022 befanden sich insgesamt 280 infizierte Personen landesweit in den Krankenhäusern, woraus sich eine Sieben-Tage-Inzidenz der Hospitalisierungen von 6,4 ergab. Dabei reichte die Spanne von 2,5 im Landkreis Nordwestmecklenburg bis 9,3 im Landkreis Vorpommern-Greifswald.⁴⁶

ITS-Auslastung

71 Personen wurden am 31. Januar 2022 in den Krankenhäusern des Landes intensiv-medizinisch behandelt.⁴⁷ Die ITS-Auslastung betrug damit 11,7 %.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die in den Krankenhäusern tätigen Mitarbeiter bereits seit mehr als 21 Monaten aufgrund der besonders personalintensiven Versorgung von COVID-19-Patienten und der schon vor der Pandemie ohnehin bestehenden und nach wie vor anhaltenden äußerst belasteten Personalsituation unverändert erheblichen Herausforderungen ausgesetzt sind. Auch werden durch die Bevorratung von Behandlungskapazitäten für COVID-19-Patienten andere wichtige

⁴³ RKI, Strategie-Ergänzung zur Bewältigung der beginnenden pandemischen Welle durch die SARS-CoV-2-Variante Omikron vom 21. Dezember 2021, Seiten 1 bis 3, abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Downloads/control-covid-2021-12-21.html (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁴⁴ RKI, ControlCOVID – Strategie-Ergänzung zur Bewältigung der beginnenden pandemischen Welle durch die SARS-CoV-2-Variante Omikron, Stand 21. Dezember 2021, Seiten 1 und 2, abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Downloads/control-covid-2021-12-21.html (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁴⁵ Erste Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19: Einordnung und Konsequenzen der Omikronwelle, 19. Dezember 2021, Seite 1, abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/1992410/7d068711b8c1cc02f4664eef56d974e0/2021-12-19-expertenrat-data.pdf?download=1> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁴⁶ LAGuS M-V, Kurz-Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 31. Januar 2022, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁴⁷ LAGuS M-V, Kurz-Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 31. Januar 2022, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

Operationen für unbestimmte Zeit verschoben. Dies wirkt sich massiv nachteilig für die Betroffenen aus.

Neuinfektionen

Die Werte der Neuinfektionen erreichen seit Mitte Juli 2021 immer neue Höchststände. Am 31. Januar 2022 lag der Inzidenzwert der Neuinfektionen landesweit bei 1119,7.⁴⁸ Insgesamt befindet sich die Zahl der Neuinfektionen mit 724 im Vergleich zum Vortag neu gemeldeten Fällen am 31. Januar 2022 und derzeit 30.138 infizierten Personen⁴⁹ auf einem Niveau, das einen kontrollierten Umgang mit der Pandemie, insbesondere durch die Nachverfolgung von Infektionsketten, fast unmöglich macht und jederzeit die Gefahr eines weiteren Anstiegs der Neuinfektionen in sich birgt. In Mecklenburg-Vorpommern dominiert nun die Omikron-Variante, für die in der KW 4 / 2022 bereits ein Gesamtaufkommen von 85,3 % ausgewiesen wird.⁵⁰

b) Effektivität gängiger Impfstoffe/ Impffortschritt

Im Fokus stehen dabei - neben dem wieder forcierten Auf- und Ausbau einer Testzentren-Struktur - unverändert auch die Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2. Da die verfügbaren Impfstoffe Schutz vor der Entwicklung einer schweren COVID-19-Erkrankung bieten, geht mit steigenden Impfquoten jedenfalls auch eine Entlastung des Gesundheitssystems einher.⁵¹

In Mecklenburg-Vorpommern haben vom 27. Dezember 2020 bis zum 31. Januar 2022 insgesamt mindestens 1.185.060 Personen die Erstimpfung (Grundschutz) erhalten. Davon sind mindestens 1.167.182 Personen mit der Zweitimpfung bereits vollständig geimpft. Hieraus ergibt sich mindestens eine Impfquote der Landesbevölkerung bei erster Impfung von 73,6 % und bei zweiter Impfung von 72,5 %. Die Zahl der Auffrischungsimpfungen lag bei 816.814, was einer Quote von 50,7 % entspricht.⁵²

⁴⁸ LAGuS M-V, Kurz-Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 31. Januar 2022, Seite 1, abrufbar unter: <https://www.lagus.mv-regierung.de/Gesundheit/InfektionsschutzPraevention/Daten-Corona-Pandemie/> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁴⁹ LAGuS M-V, Kurz-Lageberichte zu SARS-CoV-2 Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 31. Januar 2022, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁵⁰ SARS-CoV-2 in Mecklenburg-Vorpommern: Genetische Analyse und Nachverfolgung, Bericht der Universitätsmedizin Greifswald zu durchgeführten Testungen auf Varianten mittels Varianten-PCR und Sequenzierung vom 28. Januar 2022, Seiten 1 und 2, abrufbar unter: <https://www.comv-gen.de/aktueller-bericht/> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁵¹ RKI, „Wirksamkeit - Wie wirksam sind die COVID-19-Impfstoffe?“, abrufbar unter: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Wirksamkeit.html (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

⁵² LAGuS M-V, Bericht über COVID-19-Impfungen in Mecklenburg-Vorpommern vom 31. Januar 2022, Seite 1, abrufbar unter: <https://www.lagus.mv-regierung.de/Gesundheit/InfektionsschutzPraevention/Daten-Corona-Pandemie/> (zuletzt aufgerufen am 31. Januar 2022).

Wirkung von Schutzmaßnahmen

Durch weiter geltende Einschränkungen sind insbesondere die Wirtschaftsbereiche in besonderer Weise betroffen. Die Corona-Müdigkeit nimmt trotz zwischenzeitlicher Öffnungsschritte immer weiter zu. Bürger, Beschäftigte und Unternehmer wünschen sich eine dauerhafte Perspektive, um aus der Corona-Situation herauszukommen. Um diese geben zu können, ist es unabdingbar, dass alle im Land die Corona-Schutzmaßnahmen weiterhin konsequent einhalten. Dabei ist es unerlässlich, dass Kontakte im Privaten wie auch im Berufsalltag und dem öffentlichen Leben auf ein Minimum reduziert, im Innenbereich medizinische Gesichtsmasken (zum Beispiel OP-Masken gemäß EN 14683) oder Atemschutzmasken (zum Beispiel FFP2-Masken) getragen und die Abstands- und Hygieneregeln eingehalten werden. Gerade die Atemschutzmasken tragen bei richtiger und konsequenter Anwendung dazu bei, das Risiko einer Ansteckung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 und seinen Mutationen zu reduzieren und damit auch einem schweren Krankheitsverlauf entgegenzutreten.

Die Landesregierung hält im Hinblick auf die gegenwärtige Lage durch die hochansteckenden Virusvarianten, insbesondere auch wegen der Omikron-Infektionswelle in der Bevölkerung, weiterhin Anstrengungen und vorausschauendes Handeln für erforderlich, um Mecklenburg-Vorpommern auch künftig sicher durch die Pandemie zu führen.

Darüber hinaus muss bei steigenden Fallzahlen mit einer Beeinträchtigung der kritischen Versorgungsstrukturen (hierzu gehören unter anderem Krankenhäuser, Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienst, Telekommunikation, Strom- und Wasserversorgung, Transport- und Produktionsketten) gerechnet werden.

Einigkeit herrscht darüber, den Erfolg der bisherigen Beschränkungen nicht durch zu weitgehende und unkontrollierbare Lockerungsmaßnahmen zu gefährden. Ob infolge von Maßnahmen, entweder der Verschärfung oder der Lockerung, ein Rückgang oder eine Erhöhung der Infektionszahlen eintritt, lässt sich erst mit einer zeitlichen Verzögerung von etwa zwei Wochen beurteilen und verlangt anschließend eine entsprechende Überprüfung, wie mit dem neuen Infektionsgeschehen effektiv umgegangen werden kann. Hierbei wird seitens des Ordnungsgebers die sich weiter entwickelnde Situation infektionsschutzrechtlich konsequent beobachtet und auf die Änderungen entsprechend reagiert.

3. Corona-LVO M-V

Der Ordnungsgeber prüft anhaltend genau, ob und in welcher Art und Weise Grundrechtseinschränkungen aufgehoben werden können. Hierbei sind insbesondere

Folgewirkungen bei den noch nicht individuell geschützten Personen zu beachten. Es verbleibt daher die Aufgabe, weiterhin die Erforderlichkeit der Maßgaben der Corona-LVO M-V laufend zu überprüfen und im Bedarfsfall umgehend zu reagieren. Dies entspricht dem fortgeltenden Erfordernis, die Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 einzudämmen. Einhergehend mit der dynamisch ansteigenden Infektionsrate stellt sich die Frage, inwieweit es derzeit nach wie vor Kontrollen und zusätzlicher Beschränkungen bedarf. Der Ordnungsgeber greift zu diesem Zweck auch auf die jeweils aktuelle Einstufung des COVID-19-Infektionsgeschehens in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Land durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (LAGuS M-V) anhand risikogewichteter Kriterien zurück.⁵³

- Das Infektionsgeschehen wird in vier Stufen unterteilt:
 - Stufe 1: Basisstufe Grün.
 - Stufe 2: Warnstufe Gelb.
 - Stufe 3: Warnstufe Orange.
 - Stufe 4: Warnstufe Rot.
- Zur Einstufung eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt werden neben dem Leitkriterium (Sieben-Tage-Inzidenz der Hospitalisierten des Landkreises / der kreisfreien Stadt)⁵⁴ die beiden Gewichtungskriterien (ITS-Auslastung⁵⁵; Sieben-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen) herangezogen. Die Einstufung des Hauptkriteriums (Sieben-Tage-Inzidenz der Hospitalisierten) wird um eine Stufe erhöht bzw. verringert, wenn beide Gewichtungskriterien oberhalb bzw. unterhalb der Stufe des Hauptkriteriums liegen.
- Für eine Verschärfung oder Lockerung der Maßnahmen muss die Einstufung für mindestens 3 bzw. 5 Tage konstant in einer höheren oder niedrigeren Stufe erfolgt sein.

⁵³ Siehe oben, Seiten 2 und 3.

⁵⁴ Die bei der Einstufung zugrunde gelegten Schwellenwerte der landesweiten Sieben-Tage-Inzidenz der Hospitalisierten setzen die Beschlüsse der MPK vom 18. November 2021 (Ziffern 8, 9 und 11) um.

⁵⁵ Die Werte zur ITS-Auslastung sind im Benehmen mit den Cluster-Managern der jeweiligen Klinik-Cluster, den Uni-Kliniken des Landes und nach den Erfahrungen des bisherigen Pandemieverlaufes festgelegt worden. In der 2. Welle lag der Höchstwert an COVID-19 Patienten auf Intensivstationen in Mecklenburg-Vorpommern am 18. Januar 2021 bei 100 Patienten, in der 3. Welle am 29. April 2021 bei 91 Patienten und in der 4. Welle am 14. Dezember 2021 bei 108 Patienten. 90 mit COVID-19 belegte Intensivbetten sind 15 % der Gesamtkapazität von rund 600 Intensivbetten im Land Mecklenburg-Vorpommern. Dies stellte auf Grund begrenzter Isoliermöglichkeiten bzw. begrenzter Kohortenkapazitäten auf den einzelnen Intensivstationen eine Belastungsgrenze der Intensivstationen dar. Auf den einzelnen Intensivstationen waren ab 90 mit COVID-19 belegten Intensivbetten trotz Verlegung zwischen den Krankenhäusern die Elektivkapazitäten deutlich und die Notfallkapazitäten beginnend eingeschränkt.

- Neben dem System der risikogewichteten Einstufung im Sinne von § 1 Absatz 2, das bei dem einzelnen Landkreis bzw. der einzelnen kreisfreien Stadt anknüpft, gibt es ein weiteres System, das ausschließlich auf die landesweite Hospitalisierungsinzidenz abstellt und bei Überschreitung bestimmter Schwellenwerte zu landesweit geltenden Maßnahmen führt (sog. „Landesschalter“); dies gilt auch für solche Landkreise oder kreisfreie Städte, bei denen diese Maßnahmen aufgrund der dortigen risikogewichteten Einstufung nicht gelten würden. Mit diesem auf den Schwellenwerten der Hospitalisierungsinzidenz basierenden sogenannten „Landesschalter“ wird im Falle des landesweiten Überschreitens eines der in § 1 Absätze 4 bis 6 genannten Schwellenwerte mit landesweit einheitlichen Maßnahmen reagiert. Dabei erfolgt die gleiche Zuordnung zu den Stufen 1 bis 4 wie bei der risikogewichteten Einstufung.⁵⁶ Wird landesweit eine bestimmte oben genannte Schwellenwertgrenze an drei aufeinanderfolgenden Tagen überschritten, gelten nach § 1 Absätze 4 bis 6 ab dem übernächsten Tag landesweit die Maßnahmen, welche der jeweiligen Stufe zugeordnet sind.⁵⁷ Die Feststellung der Überschreitung der jeweiligen Schwellenwerte erfolgt durch eine Veröffentlichung auf der Internetseite des LAGuS M-V; werden die Schwellenwerte in der Regel an fünf aufeinanderfolgenden Tagen unterschritten, treten die Maßnahmen wieder außer Kraft. Das Zusammenspiel der Schwellenwerte sowie die Systematik sowohl der risikogewichteten Einstufung der Landkreise und kreisfreien Städte einerseits als andererseits auch des Landesschalters, der auf der Hospitalisierungsinzidenz beruht, ist aus der Anlage I der Corona-LVO M-V zu entnehmen. Der Tag, ab dem die Maßnahmen nach den §§ 1e, 1f oder 1g landesweit gelten beziehungsweise außer Kraft treten, ist durch das für Gesundheit zuständige Ministerium durch eine Veröffentlichung auf dessen Internetseite bekannt zu machen (§ 1 Absatz 7).

Der „Landesschalter“ orientiert sich ausschließlich an der Einstufung der landesweiten Hospitalisierungsinzidenz. Diese flächendeckende Regelung zielt auf eine einheitliche und schnellere Handhabung der Schutzmaßnahmen der Corona-LVO M-V im gesamten Land Mecklenburg-Vorpommern und vermeidet ein Mobilitätsbestreben in Regionen, die niedrigere Corona-Anforderungen stellen als andere. Sie hat auch zur Folge, dass diese Maßnahmen im Zweifelsfall in den Landkreisen und kreisfreien Städten früher zur Anwendung kommen, als wenn es bei einer landkreis- beziehungsweise stadtweiten Umsetzung der risikogewichteten Einstufung geblieben wäre. So kann auch sichergestellt werden, dass die Landkreise oder kreisfreien Städte mit aktuell niedrigen Schwellenwerten ihr

⁵⁶ Schwellenwerte der landesweiten Sieben-Tage-Inzidenz der Hospitalisierten und korrespondierende Stufen der risikogewichteten Einstufung:

- ≤ 3: Dies entspricht die Stufe 1
- > 3: Dies entspricht der Stufe 2
- > 6: Dies entspricht der Stufe 3
- > 9: Dies entspricht der Stufe 4

⁵⁷ Die Regelungen in § 1 Absätze 4 bis 6 folgen den Beschlüssen der MPK vom 18. November 2021 zu den Ziffern 8, 9 und 11.

Gesundheitssystem vorausschauend entlasten. Das Zusammenspiel der beiden verschiedenen Schalterregelungen erfolgt in der Weise, dass in dem Landkreis / der kreisfreien Stadt die jeweils strengeren Regelungen gelten, je nachdem, ob es diejenigen des Landes oder des Landkreises / der kreisfreien Stadt sind. Die Befugnis der zuständigen Behörden, aufgrund von § 10 weitergehende Anordnungen zu treffen, bleibt unberührt.

- Darüber hinaus sind weitere Verschärfungen der Maßnahmen sowohl auf Landesebene als auch auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte vorgesehen, soweit das Land an mindestens sieben aufeinanderfolgenden Tagen den Schwellenwert 9 der Hospitalisierungsinzidenz oder der Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt an mindestens sieben aufeinanderfolgenden Tagen die Stufe 4 der risikogewichteten Einstufung überschreitet und zusätzlich jeweils eine weitergehende Überlastung des Gesundheitssystems droht. Die Feststellung der drohenden Überlastung trifft das für Gesundheit zuständige Ministerium für eine Überlastung auf Landesebene bzw. die örtlich zuständige Gesundheitsbehörde im Einvernehmen mit dem für Gesundheit zuständigen Ministerium für eine Überlastung auf Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte (vgl. § 1g Absätze 5 und 5a).

Die Landesregierung hält im Hinblick auf die gegenwärtige Lage durch die hochansteckenden Virusvarianten weiterhin erhöhte Anstrengungen und vorausschauendes Handeln für erforderlich, um Mecklenburg-Vorpommern auch künftig sicher durch die Pandemie zu führen.

Neben einer Koordinierung mit anderen Ländern sowie dem MV-Gipfel werden sich die Akteure der Landesregierung im Rahmen der bestehenden Projektbeziehungsweise Arbeitsgruppen und Task Forces mit den kommunalen Partnern, den jeweiligen Interessenverbänden sowie den Berufskammern und anderen einzubindenden Beteiligten weiter eng abstimmen.

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte erfährt die Corona-LVO M-V mit der neunten Änderungsverordnung folgende Änderungen:

- a) Spiel- und Wettkampfbetrieb im vereinsbasierten Sport und in Schwimmhallen in Stufe 4 (Warnstufe Rot)

In Stufe 4 wird der Spiel- und Wettkampfbetrieb im Rahmen des vereinsbasierten Sports (nach § 2 Absatz 21) sowie in Schwimm- und Spaßbädern (nach § 2 Absatz 20) unter folgenden Maßgaben wieder ermöglicht (§ 1g Absatz 4 Nummern 2 und 3 i.V.m. § 1g Absatz 4a Nummern 4 und 5):

- Es dürfen maximal 100 Personen im Innenbereich und maximal 200 Personen im Außenbereich anwesend sein einschließlich aller für die Wettkampfdurchführung tätigen Personen, wie Schieds- und Wettkampfrichter, Trainer, Betreuer oder medizinisches Personal.

- Für alle Anwesende gilt das Zwei-G-Plus-Erfordernis.

Bisher war durch die Eingrenzung des Sportbetriebes auf geschlossene Übungsgruppen in Stufe 4 kein Spiel- und Wettkampfbetrieb zulässig. Dies hat dazu geführt, dass Wettkämpfe seit Wochen abgesagt, terminlich verschoben oder in der Region des Gegners, oftmals sogar in anderen Bundesländern (keine Heimspielmöglichkeit) durchgeführt werden mussten. In anderen Bundesländern wurde der Wettkampfbetrieb im Amateurbereich ohne Zuschauende auch in den höchsten Warnstufen nicht ausgesetzt, sondern lediglich mit Auflagen versehen.

Aus sportfachlicher Sicht ist zu vermeiden, dass Vereine durch eine Nichtteilnahme am Wettkampfbetrieb oder die Nichtausrichtung von Wettkämpfen in Mecklenburg-Vorpommern gegenüber den Konkurrenten benachteiligt sind durch Punktabzüge, Ausschluss am Ligabetrieb u.ä. und damit Gefahr laufen, ihre Zugehörigkeit zur aktuellen Spiel- oder Wettkampfklasse zu verlieren und auch an Relegationen und Aufstiegsspielen etc. nicht teilnehmen zu können. Dies würde im nationalen Vergleich zu massiven Beeinträchtigungen in der Sportentwicklung des Landes führen.

Der Verordnungsgeber hat daher auch für die Stufe 4 den Spiel- und Wettkampfbetrieb im vereinsbasierten Sport und in Schwimmhallen unter Maßgaben zugelassen und damit zugleich der Aufforderung des Landtags, wie er in dem Beschluss vom 26. Januar 2022 in Ziffer 5 zum Ausdruck kommt⁵⁸, entsprochen.

b) Musik- und Jugendkunstschulen in Stufe 4 (Warnstufe Rot)

Die Begrenzung der Teilnehmerzahlen für Angebote von Musik- und Jugendkunstschulen wurde den Vorgaben angepasst, die für den vereinsbasierten Sport gelten. Demzufolge sind in Stufe 4 nunmehr Angebote nur mit geschlossenen Gruppen von bis zu 15 Personen im Innenbereich und 25 Personen im Außenbereich zulässig (Anlage 28 Abschnitt I Nummer 3), sofern dabei das Zwei-G-Plus-Erfordernis eingehalten wird.

Auch diese Änderung dient der Umsetzung des Beschlusses des Landtages Mecklenburg-Vorpommern vom 26. Januar 2022.⁵⁹

c) Innenbereiche von Zoos, Tier- und Vogelparks sowie botanischen Gärten in Stufe 4 (Warnstufe Rot)

Auch in Stufe 4 dürfen nunmehr auch wieder die Innenbereiche von Zoos, Tier- und Vogelparks sowie botanischen Gärten aufgesucht werden, sofern hierbei das Zwei-G-Plus-Erfordernis eingehalten wird (§ 1f Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 i.V.m. § 1f Absatz 4 Satz 2). Für Besucher besteht dabei die Verpflichtung, analog den Regelungen in Stufe 4 etwa für Kinos, Theater, Museen, im Innenbereich eine Atemschutzmaske, zum Beispiel eine FFP2-Maske, zu tragen (Anlage 13 Nummer 4 Satz 2). Nicht

⁵⁸ Ziffer 5. „Der Landtag fordert die Landesregierung auf, den Sportverbänden und -vereinen unter strengen Vorgaben (wie ggf. die Untersagung von Zuschauern) die Durchführung des Wettkampfbetriebs zu ermöglichen.“

⁵⁹ Ziffer 4 Satz 6: „Der Landtag fordert darüber hinaus die Landesregierung auf, die Regelung der Teilnahmebegrenzung für die Anbieter der kulturellen Bildung, z. B. das Angebot der Musik- und Jugendkunstschulen, im Gleichklang mit der Teilnahmebegrenzung im Vereinssport zu regeln.“

genügend ist demzufolge insbesondere die Verwendung der weit verbreiteten medizinischen Masken, da sie - eine ordnungsgemäße Trageweise jeweils vorausgesetzt - gegenüber Atemschutzmasken einen geringeren Eigen- und Fremdschutz bewirken.

Diese Lockerung setzt zugleich Ziffer 4 Satz 7 des o.g. Landtagsbeschlusses um.⁶⁰

d) Kontaktnachverfolgung

Bezüglich der verpflichtenden Kontaktnachverfolgung, die in elektronischer Form erfolgen soll, erfolgte ein ergänzender Hinweis dergestalt, dass diese Nachverfolgung u.a. auch mittels Nutzung der QR-Code-Registrierung für die Corona-Warn-App des Robert-Koch-Instituts vorgenommen werden kann (Anlagen 3, 5 bis 8, 10 bis 16, 20 bis 27, 29a, 30, 30a, 32 bis 34, 36, 37, 39, 40 und 42 bis 44).

Die Corona-Warn-App und ihre Funktionen wurden stetig weiterentwickelt; sie ermöglicht es Gastronomen, Händlern, Veranstaltern und Behörden, einen QR-Code zu erstellen, in dem alle notwendigen Daten kodiert werden und versetzt die Nutzer in die Lage, sich durch anonyme Warnungen unverzüglich selbst wirksam zu schützen und andere zu warnen.

Hingewiesen sei an dieser Stelle jedoch, dass die Nutzung der Corona-Warn-App nur eine von diversen Möglichkeiten ist, eine elektronische Kontaktnachverfolgung zu ermöglichen und die Wahl für die Gastronomen, Händler pp. technik-offen ist und mit der durch diese Verordnung vorgenommenen Änderung keine Festlegung auf eine bestimmte technische Lösung erfolgt ist.

e) Gemeindegesang in Stufe 4 auch bei drohender Überlastung des Gesundheitssystems

Wird ein Landkreis oder eine kreisfreie Stadt an mindestens sieben aufeinanderfolgenden Tagen der Stufe 4 der risikogewichteten Einstufung zugeordnet und droht eine weitergehende Überlastung des Gesundheitssystems (siehe § 1g Absatz 5), so ist künftig gleichwohl der Gemeindegesang, unter den Maßgaben der Auflagen aus Anlage 39, wieder erlaubt.

Unter der Voraussetzung, dass die Veranstalter die Einhaltung eines Mindestabstands (in alle Richtungen) von 2 Metern gewährleisten und auch während des Singens ein medizinischer Mund-Nasen-Schutz bzw. eine FFP-2-Maske getragen wird, besteht aus epidemiologischer Sicht ein in etwa vergleichbares Risiko zu der Situation einer (in der Stufe 4 zulässigen) Chorprobe ohne Maske.

Im Übrigen wurden redaktionelle Änderungen an der Corona-LVO M-V vorgenommen.

Die neunte Änderungsverordnung gilt bis zum 2. März 2022.

⁶⁰ Ziffer 4 Satz 7: „Auch die Zugangsbeschränkungen der Zoos und deren Bildungsangebote (z. B. kommentierte Fütterungen) sollten äquivalent geregelt werden.“