

Allgemeine Begründung (gemäß § 28b Absatz 5 Satz 1 IfSG) der Corona-Landesverordnung Mecklenburg-Vorpommern vom 26. September 2022 (Corona-LVO M-V)

1. Zweck und Ziele der Verordnung

Seit dem 19. März 2022 gelten das Infektionsschutzgesetz (IfSG) in seiner neuen Fassung (vom 20. Juli 2020 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert durch Artikel 1b des Gesetzes vom 16.09.2022 (BGBl. I S. 1454)) und damit die neuen Rechtsgrundlagen für die meisten Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2.

Die Regelungen der neuen Corona-LVO M-V beruhen auf § 32 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 sowie mit den §§ 28b, 29, 30 Absatz 1 Satz 2 und 31 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG), § 36 Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten sowie § 7 der Verordnung zur Regelung von Erleichterungen und Ausnahmen von Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung - SchAusnahmV).

Sie dienen der Eindämmung der Infektion mit der Omikron-Variante des Coronavirus SARS-CoV-2 mit ihrer erhöhten Ansteckungsrate und damit dem Schutz von Leib und Leben der Bevölkerung sowie der Sicherstellung der Handlungsfähigkeit systemrelevanter Einrichtungen. Die neue Corona-LVO M-V enthält als Ergänzung zu den bundesrechtlichen Schutzmaßnahmen von 28b Abs. 1 IfSG die erforderlichen Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) und zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen kritischen Infrastrukturen. Ziel dieser Maßnahmen ist es, eine Vielzahl schwerer Krankheitsverläufe zu verhindern, vulnerable Personen zu schützen und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen kritischen Infrastrukturen zu gewährleisten.

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 Ansteckung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 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.

Ein besonders gewichtiger Belang von Verfassungsrang ist hierbei auch, dem Schutz des Lebens und der Gesundheit vulnerabler Menschen Rechnung zu tragen. Die Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Betreuten in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in Alten- und Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben aufgrund ihres Alters und/oder aufgrund von Vorerkrankungen im Vergleich zur sonstigen Bevölkerung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit eines schweren, mitunter oftmals tödlichen Verlaufs der Erkrankung. Die stark gesteigerte Übertragbarkeit der derzeit dominierenden Omikron-Variante und die damit einhergehende schnelle Verbreitung und größere Infektionswahrscheinlichkeit gefährdet demnach insbesondere vulnerabler Menschen. Die Entspannung in der pandemische Infektionslage besteht nicht in einem solchen Umfang, dass dies eine Verringerung der Schutzbedürftigkeit vulnerabler Gruppen und der Berücksichtigung ihrer Interessen im Rahmen der Güterabwägung rechtfertigt. Trotz eines im Mittel mildereren

Krankheitsverlaufs unter der Dominanz der Omikron-Variante hat sich die Zusammensetzung der Risikogruppen und ihre grundsätzlich höhere Gefährdung nicht geändert. Neben dem erhöhten Risiko, schwerwiegend oder sogar tödlich an COVID-19 zu erkranken, besteht die staatliche Schutzpflicht gegenüber vulnerablen Personen aber auch deshalb in besonderem Maße, weil diese nicht oder allenfalls eingeschränkt ihr Infektionsrisiko durch eine Impfung selbst reduzieren können, da ihr Immunsystem weniger effizient auf die Impfung wirkt. Ferner können sie auf Grund eines erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarfs einen regelmäßig intensiven und physisch nahen Kontakt zu den im Gesundheits- und Pflegebereich tätigen Personen nur schwer bis gar nicht beeinflussen.

Mit der Verfolgung der vorgenannten Ziele sowie des beabsichtigten Zwecks trägt der Verordnungsgeber seiner aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes folgenden Verpflichtung zum Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit der Bürgerinnen und Bürger Rechnung.

Der Schutz dieser Rechtsgüter, zu dem der Verordnungsgeber verfassungsrechtlich verpflichtet ist, steht auch in einem angemessenen Verhältnis zu den aus den Schutzmaßnahmen im Einzelnen folgenden Einschränkungen grundrechtlicher Freiheiten sowie den sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgewirkungen.

Der Verordnungsgeber wird das Infektionsgeschehen sowie die Wirkung der Schutzmaßnahmen weiter kontinuierlich evaluieren. Sobald das Infektionsgeschehen es zulässt, werden Schutzmaßnahmen, die im Einzelnen nicht mehr erforderlich sind, umgehend aufgehoben.

2. Zugrundeliegende Sachlage

2.1 Entwicklung in Deutschland

a) Vorherrschende Virusvariante

Weiterhin ist die Omikron-Sublinie BA.5 die in Deutschland dominierende SARS-CoV-2-Variante.

Die Omikron-Variante selbst wurde erstmals Ende November 2021 in Deutschland festgestellt. Dabei zeigte sich in den Systemen der syndromischen Surveillance akuter Atemwegserkrankungen in den ersten vier COVID-19-Wellen eine hohe Zahl an schweren Krankheitsverläufen im stationären und intensivmedizinischen Bereich. In der fünften (Omikron-)Welle ist die Zahl der schweren Krankheitsverläufe, bei gleichzeitig hohen Infektionszahlen, zumeist deutlich niedriger.¹

Der Anteil der Omikron-Sublinie BA.2 ist bis KW 16 auf fast 98 % angestiegen, stagnierte dann kurz und ist jetzt stark zurückgegangen. Der Anteil der Sublinie BA.5 nahm zunächst nur auf niedrigem Niveau zu und stieg dann stärker auf ein Niveau von rundum 96 % seit KW 32/2022; die Sublinie BA.4 liegt bei einem Anteil von 3,4 % in KW 35/2022. Der Anteil aller anderen

¹ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 16.06.2022, Seite 3. (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022); RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 15.09.2022, Seite 19. (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

Varianten liegt unter 1 %.² Der weitere Verlauf der Pandemie hängt davon ab, ob sich größere Teile der Bevölkerung weiterhin verantwortungsbewusst verhalten und die Empfehlungen zur Infektionsvermeidung umsetzen bzw. in welchem Umfang mögliche infektionsrelevante Kontakte zunehmen.

b) Einschätzung des Expertenrates der Bundesregierung

In bisher zwölf Stellungnahmen hat sich der Expertenrat der Bundesregierung zu COVID-19 zu aktuellen Themen des Pandemiegeschehens verhalten. Neben Ausführungen zur Digitalisierung des Gesundheitswesens³ und effektiver Risiko- und Gesundheitskommunikation⁴ 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.⁵

In seiner 11. Stellungnahme mit dem Titel „Pandemievorbereitung auf Herbst/Winter 2022/23“ führt der Expertenrat der Bundesregierung aus, dass das Gesundheitssystem und die kritische Infrastruktur aufgrund der verbleibenden Immunitätslücke und der abnehmenden Immunität im Laufe der Zeit (sog. Immune Waning), der fortschreitenden Virusevolution und der Krankheitsaktivität durch COVID-19 und andere Atemwegserreger im kommenden Herbst /Winter erneut erheblich belastet werden könne. Der Einfluss von neuen Virusvarianten sei zum jetzigen Zeitpunkt unklar und könne den Schutz vor Infektion und Erkrankung, insbesondere im Falle einer zunehmenden Immunflucht, ungünstig beeinflussen. Zudem sei anzunehmen, dass andere Atemwegsinfektionen in diesem Jahr in größerem Umfang zurückkehren werden und eine zusätzliche Belastung bedeuten. Dies betrifft im Besonderen die saisonale Influenza, aber auch weitere Infektionen wie das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) oder andere respiratorische Viren. Diese erhöhte Suszeptibilität (Empfänglichkeit gegenüber bestimmten Erkrankungen) der Bevölkerung könne zusammen mit geringen oder fehlenden Schutzmaßnahmen dazu führen, dass schwere krankenhauspflichtige Atemwegsinfektionen deutlich ansteigen. Darüber hinaus könnten auch Co-Infektionen von SARS-CoV-2 und Inflenzaviren zu schwereren

² RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 15.09.2022, Seite 23. (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

³ Vierte Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19 vom 22. Januar 2022, abrufbar unter:
<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2000794/f189a6b7b0f581965f746e957db90af7/2022-01-22-nr-4expertenrat-data.pdf> (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

⁴ Fünfte Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19 vom 30. Januar 2022 abrufbar unter:
<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/2002168/ea5301f932dafa791129440858746e0a/2022-01-30-fuenfte-stellungnahme-expertenrat-data.pdf> (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

⁵ 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 19. September 2022).

Krankheitsverläufen führen. Insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern könne es erneut durch einen Wiederanstieg der saisonalen Atemwegserreger zu einer noch stärkeren Infektionswelle und damit zu einer Be- und Überlastung der Kinderkliniken kommen.⁶

c) Einschätzung RKI

Trotz aktuell stabiler Fallzahlen bleibt der Infektionsdruck in der Allgemeinbevölkerung in allen Altersgruppen hoch. Auch die damit assoziierte Belastung des Gesundheitssystems bleibt erhöht.⁷ Der weitere Verlauf der Pandemie und der Schutz von Risikogruppen/vulnerablen Gruppen hänge neben dem Auftreten neuer Virusvarianten und der Inanspruchnahme der angebotenen Impfungen wesentlich vom Verhalten der Bevölkerung ab. Vor dem Hintergrund hoher Inzidenzen durch die stärkere Verbreitung der Omikron-Sublinie BA.5 sollten die Empfehlungen zur Infektionsvermeidung weiterhin unbedingt eingehalten werden.⁸

Das RKI empfiehlt, die AHA+L-Regeln⁹ einzuhalten, bei Kontakten zu Risikogruppen besondere Vorsichtsmaßnahmen zu beachten und Treffen möglichst nach draußen zu verlegen.¹⁰

d) Entwicklung des Infektionsgeschehens

aa) Hospitalisierung

Am 18. September 2022 wurden keine Hospitalisierungen in Bezug auf COVID-19 gemeldet, die Sieben-Tage-Inzidenz der hospitalisierten Fälle betrug 3,4 Fällen pro 100.000 Einwohner.¹¹ Das Risiko einer schweren Erkrankung mit 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 60-Jährigen gegenüber jüngeren Erwachsenen deutlich an. Der Altersmedian

⁶ Elfte Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19 vom 08. Juni 2022

abrufbar unter:

<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2048684/fe0a6178b1b60172726d4f859acb4b1d/2022-06-08-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf?download=1> (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022)

⁷ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 15. September 2022, Seite 4 (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

⁸ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 15. September 2022, Seite 4 (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

⁹ AHA+L bedeutet: Alltagsmaske tragen, Hygieneerfordernisse einhalten, Abstand halten, regelmäßig Lüften.

¹⁰ RKI, Verhaltenstipps für das Frühjahr 2022, abrufbar unter:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Buerger/Flyer-Verhaltenstipps-Fruerjahr-2022.html#:~:text=Im%20Fr%C3%BCjahr%20findet%20das%20Leben,auch%20f%C3%BCr%20Geimpfte%20und%20Genesene (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

¹¹ RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 19. September 2022, Seite 1, abrufbar unter:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/September_2022/2022-09-19-de.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

der hospitalisierten Fälle liegt in der Meldewoche 35 / 2022 um 74 Jahren, während er bei den Infizierten in der KW 36 bei 43 Jahren liegt.¹²

Von schweren Krankheitsverläufen weiterhin am stärksten betroffen sind ungeimpfte Menschen in allen Altersgruppen und Menschen mit vorbestehenden Erkrankungen, die das Immunsystem schwächen. Die Hospitalisierungsinzidenz der über 80-Jährige bleibt weiterhin insgesamt auf einem erhöhten Niveau. Diese Altersgruppe hat insgesamt das höchste Risiko für eine schwer verlaufende Erkrankung und sollte auch durch ein verantwortliches Verhalten der jüngeren Altersgruppen vor Infektionen geschützt werden.¹³

Nachdem die Anzahl der Krankenhausneuaufnahmen wegen der schweren Atemwegserkrankungen, den sogenannten COVID-SARI Fällen, seit KW 23/2022 angestiegen waren, gehen die Werte seit der KW 30/2022 wieder zurück. So gab es in KW 35/2022 ca. 1,6 Hospitalisierungen wegen COVID-SARI/100.000 Einwohner. Dies entspricht einer Gesamtzahl von etwa 1.300 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in Deutschland.

Insbesondere in den Altersgruppen der ab 60-Jährigen wurde ab KW 23/2022 ein Anstieg der COVID-SARI-Hospitalisierungsinzidenzen beobachtet, seit KW 30/2022 geht die COVID-SARI-Inzidenz jedoch in diesen Altersgruppen wieder zurück. In den Altersgruppen unter 60 Jahren hat sich die COVID-SARI-Inzidenz in den letzten Wochen stabilisiert. Die ab 80-Jährigen sind weiterhin am stärksten von schweren Krankheitsverläufen betroffen, die im Krankenhaus behandelt werden mussten. So gab es in KW 35/2022 ca. 17 Hospitalisierungen wegen COVID-SARI/100.000 Einwohner in der Altersgruppe ab 80 Jahre.¹⁴

bb) ITS-Auslastung

Für die Lagebewertung in der aktuellen Situation der Pandemie ist die Entwicklung der Zahl schwer verlaufender Erkrankungen besonders wichtig. Bei der Inzidenz an Fällen, die mit einer schweren akuten Atemwegsinfektion und COVID-19 (COVID-SARI) im Krankenhaus behandelt wurden, ist nach den Daten aus der syndromischen Krankenhaussurveillance kein weiterer Rückgang zu verzeichnen.¹⁵ Am 18. September 2022 befanden sich 647 COVID-19-Fälle in intensivmedizinischer Behandlung. Der Anteil an COVID-19-Fällen auf Intensivbetten für Erwachsene liegt bei 3,0%.¹⁶

¹² RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 15. September 2022, Seite 5 und 15 (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

¹³ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 15. September 2022, Seite 13, 15, (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

¹⁴ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 15. September 2022, Seiten 13 (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

¹⁵ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 15. September 2022, Seite 3 (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

¹⁶ RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 19. September 2022, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

cc) Neuinfektionen

Am 18. September 2022 betrug die bundesweite Sieben-Tage-Inzidenz der Neuinfizierten 243,3 Fälle je 100.000 Einwohner; die Werte in den Bundesländern lagen zwischen 355,3 pro 100.000 Einwohner in Saarland und 135,2 pro 100.000 Einwohner in Hamburg.¹⁷ Die Zahl der Genesenen beläuft sich auf rund 31.949.200,¹⁸ was einem Anteil von rund 38,4% an der Gesamtbevölkerung (ca. 83,2 Mio.) entspricht.

e) Impffortschritt/ Effektivität gängiger Impfstoffe

In Deutschland wurden vom 26. Dezember 2020 bis zum 18. September 2022 insgesamt 185.145.697 Impfungen verabreicht, mit denen 77,9 % der Bevölkerung mindestens eine der zwei notwendigen Impfungen gegen COVID-19 erhalten haben. 76,3 % sind bereits vollständig gegen COVID-19 geimpft. 62,1 % erhielten eine Auffrischungsimpfung.¹⁹

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 aufgrund COVID-19-Erkrankung in Deutschland liegt für den Zeitraum der Kalenderwochen 32 / 2022 bis 35 / 2022 in der Altersgruppe 5-11 Jahre bei ca. 100,0 %, in der Altersgruppe 12-17 Jahre bei ca. 100,0 %, in der Altersgruppe 18-59 Jahre bei ca. 54,3 % und in der Altersgruppe ≥ 60 Jahre bei ca. 48,6 %.²⁰ Die geschätzte Effektivität einer Auffrischungsimpfung gegenüber einer Hospitalisierung aufgrund COVID-19-Erkrankung lag für den genannten Zeitraum in der Altersgruppe 12- 17 Jahre bei 100,0 %, in der Altersgruppe 18-59 Jahre bei 61,5 % und in der Altersgruppe ≥ 60 Jahre sogar bei ca. 76,9 %.²¹ Die Zahlen zeigen, dass die Impfung aufgrund ihrer hohen Schutzwirkung vor einem schweren Verlauf auch bei Erkrankungen durch die Omikron-Variante nicht an Bedeutung verloren hat.²²

¹⁷ RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 19. September 2022, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

¹⁸ RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 19. September 2022, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

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

²⁰ RKI, Monitoring des COVID-19-Impfgeschehens in Deutschland, abrufbar unter: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.rki.de%2FDE%2FContent%2FInfAZ%2FN%2FNeuartiges_Coronavirus%2FDaten%2FImpfeffektivitaet.xlsx%3F__blob%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

²¹ RKI, Monitoring des COVID-19-Impfgeschehens in Deutschland, abrufbar unter: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.rki.de%2FDE%2FContent%2FInfAZ%2FN%2FNeuartiges_Coronavirus%2FDaten%2FImpfeffektivitaet.xlsx%3F__blob%3DpublicationFile&wdOrigin=BROWSELINK, (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

²² RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 15. September 2022, Seite 4 (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

2.2 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-Vorpommern derzeit befindet. Der Infektionsdruck in der Allgemeinbevölkerung bleibt in Deutschland in allen Altersgruppen hoch.²³ Die Omikron-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 können²⁴ und zeichnet sich damit durch ein Unterlaufen eines bestehenden Impfschutzes aus.²⁵

aa) Hospitalisierung

Die Krankenhäuser sind weiterhin mit mit COVID-19 infizierten Patientinnen und Patienten belegt. Am 19. September 2022 betrug die Sieben-Tage-Inzidenz der Hospitalisierungen 3,1. Dabei reichte die Spanne von 0,6 im Landkreis Nordwestmecklenburg bis 5,5 im Landkreis Vorpommern-Greifswald.²⁶ Dabei sind die Krankenhäuser derzeit zum einen durch die Zahl an aufgrund von Infektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 eingelieferten Patienten belastet. Zudem kommen viele Patienten hinzu, die wegen anderer Erkrankungen, aber dennoch mit COVID-19 im Krankenhaus aufgenommen werden und aufgrund der für Ihre Isolation und Behandlung hohen notwendigen Schutzmaßnahmen zu einer Verschärfung der Belastung führen.

²³ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 15. September 2022, Seite 4 (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

²⁴ 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 19. September 2022).

²⁵ Erste Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19: Einordnung und Konsequenzen der Omikronwelle, 19. Dezember 2021, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022); Dritte Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19: Aktualisierte Beurteilung der Infektionslage und notwendiger Maßnahmen, 22. Januar 2022, Seite 1, abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/2000790/9d2b24aef2a1745548ba870166b64b7e/2022-01-22-nr-3-expertenrat-data.pdf?download=1> (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

²⁶ LAGuS M-V, Kurz-Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 19. September 2022, Seite 1, abrufbar unter: <https://www.lagus.mv-regierung.de/Gesundheit/InfektionsschutzPraevention/Daten-Corona-Pandemie> (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

bb) ITS-Auslastung

21 Personen wurden am 19. September 2022 in den Krankenhäusern des Landes intensivmedizinisch behandelt.²⁷ Die ITS-Auslastung betrug damit 3,6 %. Sie liegt damit über dem Bundesdurchschnitt von 3,0 %.²⁸

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die in den Krankenhäusern tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits seit mehr als zwei Jahren 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. Isolationsmaßnahmen und damit verbundene Schutzmaßnahmen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 erhöhen den Versorgungsaufwand und reduzieren den flexiblen Personaleinsatz. Der Aufwand für die nötigen Untersuchungen zur Diagnostik ist gestiegen (z.B. aufgrund der nötigen Desinfektion im Nachgang). Die Abläufe im Operationssaal sind verändert durch die erforderlichen hygienischen Maßnahmen bei mit Corona infizierten Patienten (z.B. aufgrund der strikten Trennung des Personals zwischen den OP-Sälen ist kein spontaner Personalwechsel möglich). Die Gesamtbettenzahl muss aufgrund der beschriebenen Situation reduziert werden. Die Situation im Gesundheitswesen erfährt durch den erheblichen Personalausfall aufgrund infizierter oder in Quarantäne befindlicher Mitarbeitender eine weitere Verschärfung. Eine vergleichbar kritische Belastung zeigt sich bei der ambulanten ärztlichen Versorgung und im Pflegebereich.²⁹

cc) Neuinfektionen

In Mecklenburg-Vorpommern ist die Omikron-Variante vorherrschend.³⁰

Am 19. September 2022 lag der Inzidenzwert der Neuinfektionen landesweit bei 351,5.³¹ Insgesamt befindet sich die Zahl der Neuinfektionen mit 1.328 im Vergleich zum letzten Arbeitstag neu gemeldeten Fällen am 19. September 2022 auf einem Niveau, das derzeit einen kontrollierten Umgang mit der Pandemie ermöglicht, jedoch auch die Gefahr eines weiteren Anstiegs der Neuinfektionen in sich birgt.

²⁷ LAGuS M-V, Kurz-Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 19. September 2022, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

²⁸ Vgl. Rn. 16.

²⁹ Vgl. NDR: „In MV fällt immer mehr Personal wegen Corona-Infektionen aus“, abrufbar unter: <https://www.ndr.de/nachrichten/mecklenburg-vorpommern/In-MV-faellt-immer-mehr-Personal-wegen-Corona-Infektionen-aus,coronavirus6592.html> (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022); „Corona in MV: Personallage in Krankenhäusern angespannt“, abrufbar unter: <https://www.ndr.de/nachrichten/mecklenburg-vorpommern/Corona-in-MV-Personallage-in-Krankenhaeusern-angespannt,personalnotstand100.html> (zuletzt abgerufen 19. September 2022).

³⁰ 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 26. August 2022, abrufbar unter: <https://www.comv-gen.de/aktueller-bericht/> (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

³¹ LAGuS M-V, Kurz-Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 19. September 2022, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

b) Effektivität gängiger Impfstoffe/ Impffortschritt

Im Fokus stehen sowohl die Aufrechterhaltung einer Testzentren-Struktur als 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.³² Seit dem 28. Februar 2022 werden in Mecklenburg-Vorpommern neben Impfungen mit den in Deutschland zugelassenen mRNA-Impfstoffen auch Impfungen mit dem proteinbasierten Impfstoff Nuvaxovid des Herstellers Novavax angeboten.³³

In Mecklenburg-Vorpommern haben vom 27. Dezember 2020 bis zum 19. September 2022 insgesamt mindestens 1.217.996 Personen die Erstimpfung (Grundschutz) erhalten. Hieraus ergibt sich eine Impfquote der Landesbevölkerung bei erster Impfung von mindestens 75,6 %. Grundimmunisiert sind 74,7 % der Landesbevölkerung. Die Zahl der ersten Auffrischungsimpfungen lag bei 962.394 Personen, was einer Quote von 59,7 % entspricht, und die Anzahl derer, die eine zweite Auffrischungsimpfung erhalten haben, betrug 133.741, gleichbedeutend mit einer Quote von 8,3 %.³⁴

c) Strategieplan Herbst/Winter 2022/2023

In der Kabinettsitzung vom 6. September 2022 beschloss die Landesregierung ein Strategiepapier zur Pandemievorbereitung auf den Herbst und Winter³⁵. Der Fokus wurde in dem Strategiepapier auf folgende drei Säulen gelegt: Impfen, Testen und einer MV-eigenen Surveillance. Der Strategieplan wurde in Abstimmung mit dem Corona-Expertenrat zur Herbst-Winter-Vorbereitung in Mecklenburg-Vorpommern erarbeitet.

³² 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 19. September 2022).

³³ Hierzu: Kommunen starten Corona-Schutz mit Novavax-Impfstoff, abrufbar unter: <https://www.ndr.de/nachrichten/mecklenburg-vorpommern/Kommunen-starten-Corona-Schutz-mit-Novavax-Impfstoff-,coronavirus6522.html> (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022); sowie: Pressemitteilung: MV bereitet sich auf Impfstart von Novavax vor- STIKO-Empfehlung wird zügig umgesetzt, abrufbar unter: https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php/download.php?datei_id=1644345#:~:text=Nuvaxovid%20ist%20ein%20Proteinimpfstoff%20mit,den%20mRNA%2D%20Impfstoffen%20vergleichbare%20Wirksamkeit. (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

³⁴ LAGuS M-V, Bericht über COVID-19-Impfungen in Mecklenburg-Vorpommern vom 19. September 2022, Seite 1, abrufbar unter: <https://www.lagus.mv-regierung.de/Gesundheit/InfektionsschutzPraevention/Daten-Corona-Pandemie/> (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022).

³⁵ Kurzfassung des Strategiepapiers, abrufbar unter: https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php/download.php?datei_id=1652012 (zuletzt aufgerufen am 12. September 2022)

3. Corona-LVO M-V

a) Schutzkonzept

Vor dem Hintergrund der dargestellten infektionsepidemiologischen Lage und zur Erreichung der unter 1. genannten Ziele und Zwecke beinhaltet die Corona-LVO M-V ein Gesamtkonzept von Basisschutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2.

Zum Schutz besonders vulnerabler Personen sowie zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen regelt die Corona-LVO M-V insbesondere eine Maskenpflicht im öffentlichen Personennahverkehr sowie die Absonderung von infizierten Personen. Die Regelungen stehen in Ergänzung zu den bundesrechtlichen Maßnahmen aus § 28b Absatz 1 IfSG.

Die Entscheidung des Ordnungsgebers zu den vorgenannten Basisschutzmaßnahmen basiert auf der Bewertung der dargestellten infektionsepidemiologischen Lage. Für die Bewertung sind insbesondere die Hospitalisierungsinzidenz, die ITS-Auslastung, die Anzahl der Neuinfektionen sowie die Anzahl der gegen das Coronavirus geimpften Personen berücksichtigt worden. Neue Indikatoren werden seitens des Ordnungsgebers ergänzend berücksichtigt, sobald diese fachwissenschaftlich zur Verfügung stehen.

Die nun getroffenen Basisschutzmaßnahmen sind unter Berücksichtigung aller dargelegten Gesichtspunkte jeweils für sich betrachtet sowie insgesamt im Rahmen des in Corona-LVO M-V umgesetzten Schutzkonzepts geeignet und dringend erforderlich, um die Verbreitung der Coronavirus SARS-CoV-2-Krankheit in Mecklenburg-Vorpommern zu verhindern, die Gesundheit und das Leben der Bürgerinnen und Bürger zu schützen und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der kritischen Infrastruktur zu gewährleisten.

Zum Schutz dieser Rechtsgüter ist der Ordnungsgeber auch verfassungsrechtlich verpflichtet. Dieser Schutz steht gegenüber den aus den Schutzmaßnahmen im Einzelnen folgenden Einschränkungen grundrechtlicher Freiheiten sowie den sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgewirkungen in einem angemessenen Verhältnis.

b) Regelungen

Die Corona-LVO M-V sieht folgende Regelungen vor:

Zu § 1 (Ziel und Anwendungsbereich)

§ 1 benennt insbesondere in **Satz 1** Ziel und Anwendungsbereich der Corona-LVO M-V.

Die Verordnung regelt notwendige Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 und zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen kritischen Infrastrukturen des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Sie gilt ergänzend und vorbehaltlich vorrangiger bundesrechtlicher Bestimmungen, insbesondere der Regelungen des Arbeits- und Infektionsschutzes. Die besonderen Regelungen der Verordnungen nach § 9 bleiben unberührt.

Zu § 2 (Eigenverantwortung)

Dem eigenverantwortlichen Verhalten der Bürgerinnen und Bürger kommt im Hinblick auf die Corona-Pandemie eine große Bedeutung zu. Vor diesem Hintergrund wird der Grundsatz der Eigenverantwortung den weiteren Normen vorangestellt und inhaltlich ausgeführt.

Zu Absatz 1

Unabhängig von konkreten Vorgaben dieser Verordnung ist jede Bürgerin und jeder Bürger zum Eigenschutz und dem Schutz aller anderen nachhaltig aufgefordert, die grundlegenden Regeln zu Abstand, Hygiene, Atemschutz und Lüftung von Räumlichkeiten (sogenannte „AHAL-Regeln“) zu beachten. Jeder hat in eigener Verantwortung das persönliche Risiko einer Infektion und das von Kontaktpersonen abzuschätzen.

Zu Absatz 2

Soweit nach dieser Verordnung keine Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske oder Atemschutzmaske vorgesehen ist, wird das Tragen einer solchen dringend empfohlen, insbesondere wenn der Mindestabstand von 1,5 Metern nicht eingehalten werden kann.

Zu Absatz 3

Es werden eigenverantwortliche, freiwillige Schnell- und Selbsttests vor und nach risikobehafteten Kontakten (insbesondere zu einer größeren Anzahl von Personen) als besonders wirksames Mittel zum Selbstschutz und zum Wohle aller dringend empfohlen.

Zu § 3 (Begriffsbestimmungen)

Diese Vorschrift enthält die für die Corona-LVO M-V notwendigen Begriffsbestimmungen.

Zu Absatz 1

Bezüglich der Begriffe des Impfnachweises, des Genesenennachweises sowie des Testnachweises wird dabei auf die Begriffsbestimmungen des § 22a Absatz 1 bis 3 des Infektionsschutzgesetzes verwiesen.

Zu Absatz 2

Bezüglich der Begriffe der asymptomatischen Person, der typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, der geimpften Person, der genesenen Person und der getesteten Person wird dabei auf die Begriffsbestimmungen des § 2 Nummern 1, 2, 4 und 6 der SchAusnahmV verwiesen.

Zu Absatz 3

In Absatz 3 sind weitere - im Gesamtkontext der Verordnung relevante - Begriffsbestimmungen aufgeführt.

Ein Selbsttest ist ein von der Person selbst oder ihrer sorgeberechtigten Person vorgenommener Test auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, dessen Vornahme nicht länger als 24 Stunden zurückliegt (**Nummer 1**).

Ein Schnelltest ist ein durch geschultes Personal vorgenommener PoC-Antigentest auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, dessen Vornahme nicht länger als 24 Stunden zurückliegt (**Nummer 2**).

Ein Nukleinsäurenachweis ist eine Testung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, nach Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik, zum Beispiel PCR, PoC-NAAT, deren Vornahme nicht länger als 48 Stunden zurückliegt (**Nummer 3**).

Eine medizinische Maske ist eine Maske, die die Anforderungen einer OP-Maske nach EN 14683 oder vergleichbare Anforderungen erfüllt (**Nummer 4**).

Eine Atemschutzmaske ist eine Maske gemäß der Anlage zur Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung, die nicht über ein Auslassventil verfügen darf, zum Beispiel eine FFP2-Maske (**Nummer 5**).

Ein Hausstand sind gemeinsam in einem Haushalt lebende Personen sowie Ehegatten, eingetragene Lebenspartner und nichteheliche Lebensgemeinschaften, die nicht gemeinsam in einem Haushalt leben; zum Hausstand gehören auch Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres, die diesem Hausstand zugeordnet sind, sowie Begleitpersonen, die zur Betreuung eines Menschen mit Behinderung erforderlich sind (**Nummer 6**).

Zu § 4 (Isolation und Quarantäne)

§ 4 enthält Bestimmungen zur Absonderung von infizierten Personen (Isolation) und zur Absonderung von Personen, bei denen der Verdacht auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 besteht oder von Personen, die möglicherweise das Virus verbreiten können (Quarantäne).

Zu Absatz 1

Werden etwa mit dem Coronavirus Infizierte, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige oder Ausscheider festgestellt, so ermöglicht § 32 Satz 1 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 und § 30 Absatz 1 Satz 2 IfSG die notwendigen Schutzmaßnahmen, soweit und solange es zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten erforderlich ist; insbesondere können Personen verpflichtet werden, den Ort, an dem sie sich befinden, nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen zu verlassen oder von der zuständigen Behörde bestimmte Orte oder öffentliche Orte nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen zu betreten.

Zum Schutze der Bevölkerung in Mecklenburg-Vorpommern ist daher zur Limitierung des Eintrages und damit zur Vermeidung einer schnellen Verbreitung neuer Virusvarianten eine Absonderung dringend geboten, sofern der Verdacht einer Erkrankung besteht beziehungsweise der Nachweis einer Infektion erfolgt.

Personen mit einem positiven Testergebnis (Selbst- oder Schnelltest oder Nukleinsäurenachweis) im Hinblick auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 sind verpflichtet, sich

unverzöglich nach Erhalt dieses Testergebnisses auf direktem Weg in die Haupt- oder Nebenwohnung oder in eine andere, eine Absonderung ermöglichende Unterkunft zu begeben und sich dort ständig zu isolieren. Handelt es sich bei dem positiven Testergebnis nicht um einen Nukleinsäurenachweis, hat die positiv getestete Person, mit Ausnahme von Kindern, die das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, einen solchen zu veranlassen und vornehmen zu lassen. Dies resultiert aus der (im Vergleich zu Antigentests) besseren Sensitivität und Spezifität von Nukleinsäurenachweisen. Die Ausnahme für Kinder, die das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, resultiert aus der Abwägung der Testdurchführung als solcher und des Risikos eines schweren Verlaufs, welches bei Kindern geringerer als bei Erwachsenen ist. Es ist daher epidemiologisch vertretbar, Kinder bis zum vollendeten siebten Lebensjahr von der Testnachweispflicht auszunehmen. Die Isolation wird für die Dauer, die im Zusammenhang mit der Durchführung eines solchen Testes erforderlich ist, ausgesetzt. Bestätigt der Test keine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, endet die Isolation.

Eine Absonderung in der Haupt- oder Nebenwohnung oder in einer anderen, eine Absonderung ermöglichende Unterkunft, ist gemäß § 30 Absatz 1 und Absatz 2 des IfSG in diesen Fällen geeignet und erforderlich. Wissenschaftliche Erkenntnisse bestätigen, dass eine zügige Isolation ansteckungsverdächtiger Personen der wirksamste Schutz gegen eine Ausbreitung des Virus ist.

Die Isolation endet frühestens fünf Tage nach dem ersten durch Schnelltest oder Nukleinsäurenachweis nachgewiesenen positiven Testergebnis, sofern die betroffene Person zuvor 48 Stunden asymptomatisch war. Bei anhaltenden typischen Symptomen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 muss die Isolation solange fortgesetzt werden, bis diese Symptome über einen Zeitraum von 48 Stunden nicht mehr bestehen. Die Dauer der Isolation beträgt dabei maximal zehn Tage.

Die Mindestdauer der Isolierung basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und entspricht der Empfehlung des RKI vom 02.05.2022. Laut Studien ist die Generationszeit – die Phase, in der sich das Virus im Körper ausbreitet und die Phase, in der ein Mensch ansteckend ist – bei Omikron deutlich kürzer als beispielsweise bei der Delta-Variante. In Deutschland ist die Omikron-Variante weiterhin dominierend. Eine Infektion mit der Omikron-Variante führt zwar, bezogen auf die Fallzahlen, voraussichtlich seltener zu schweren Krankheitsverläufen – sie ist jedoch besonders ansteckend. Die hohen Infektionszahlen wiederum führen zu Ausfällen beim Personal durch Erkrankung und Quarantäne.³⁶ Um hiernach ein entsprechendes Schutzniveau aufrechtzuerhalten, wurde die vom RKI für die Wiederaufnahme der Tätigkeit von Beschäftigten im Gesundheitsbereich empfohlene vorausgehende 48-stündige Symptomfreiheit als Voraussetzung für die Beendigung der Isolation zu einem Zeitpunkt vor Ablauf der Maximaldauer von zehn Tagen auch für die allgemeine Bevölkerung vorgesehen.

Ferner wird die dringende Empfehlung seitens der RKI, sich auch nach Tag fünf mit einem Schnelltest zu testen und die Selbstisolation auch nach Tag fünf weiterzuführen bis ein negatives Testergebnis vorliegt, in den Gesetzestext aufgenommen.

Diesen infizierten Personen ist es in dem genannten Zeitraum nicht gestattet, Besuch von Personen zu empfangen, die nicht ihrem Hausstand angehören, oder die Unterkunft ohne Zustimmung der zuständigen Gesundheitsbehörde zu verlassen. Der Empfang von Besuch würde dem Sinn und Zweck der Absonderung und dem Ziel, die Verbreitung des Coronavirus SARS-

³⁶ Zusammen gegen Corona, COVID-19 Wann sollte ich in Quarantäne, wann muss ich in Isolierung? <https://www.zusammengegencorona.de/covid-19/wann-muss-ich-in-quarantaene-und-wann-nicht/>, (zuletzt abgerufen am 02. Mai 2022).

CoV-2 zu verlangsamen und einzudämmen, zuwiderlaufen. Unter einem Besuch wird hierbei nicht der Aufenthalt in der Wohnung oder Unterkunft von Personen verstanden, die diese aus triftigen Gründen betreten müssen. Solch ein triftiger Grund liegt beispielsweise in der Pflege einer im Haushalt lebenden Person.

Diese Einschränkungen der Fortbewegungsfreiheit von infizierten Personen sind erforderlich, um einen epidemiologischen Mindestschutz Dritter zu gewährleisten.

Zu Absatz 2

Für Beschäftigte in Einrichtungen des Gesundheitswesens, in Alten- und Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten sowie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe gilt zusätzlich als Voraussetzung für die Wiederaufnahme der Tätigkeit die Erforderlichkeit des Testnachweises mittels eines Schnelltests oder Nukleinsäurenachweises. Dieser ist dem Arbeitgeber vor Wiederaufnahme der Tätigkeit vorzulegen.

Mit diesem Erfordernis wird im Wesentlichen die Empfehlung des RKI zur Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition vom 2. Mai 2022 für eine zusätzliche Voraussetzung bei der Wiederaufnahme der Tätigkeit durch Beschäftigte in den im Einzelnen aufgezählten Einrichtungen aufgenommen. Der von der infektionsrechtlichen Terminologie unabhängige Begriff des Beschäftigten ist bewusst gewählt worden, da dieser ohne Einschränkung umfassend alle Beschäftigten unabhängig von ihrem Impf- oder Genesenenstatus erfasst. Damit wird die Pflicht zur Testung für alle Beschäftigten, auch für geimpfte und genesene, statuiert. Dies entspricht dem besonderen Schutzbedürfnis vulnerabler Gruppen. Insbesondere die Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Betreuten in den genannten Einrichtungen haben aufgrund ihres Alters und beziehungsweise oder auf Grund von Vorerkrankungen im Vergleich zur sonstigen Bevölkerung eine erhöhte Wahrscheinlichkeit eines schweren, mitunter oftmals tödlichen Verlaufs der Erkrankung. Erste Erkenntnisse zur Impfstoffwirksamkeit gegenüber der Omikron-Variante haben gezeigt, dass die Wirksamkeit gegenüber symptomatischen Erkrankungen durch die Omikron-Variante deutlich reduziert ist.³⁷ Überdies nimmt die Effektivität der Impfungen im Laufe der Zeit ab. Wie hoch das Transmissionsrisiko unter Omikron ist, kann derzeit noch nicht bestimmt werden. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass Menschen nach Kontakt mit SARS-CoV-2 trotz Impfung PCR-positiv werden können und dabei auch Viren ausscheiden und infektiös sein können.³⁸ Auch Genesene können das Virus übertragen. Auch wenn anzunehmen ist, dass Genesene, die sich mit dem Coronavirus infizieren, eine geringere Viruslast und somit auch ein geringeres Übertragungsrisiko haben, ist nicht auszuschließen, dass sie andere anstecken.³⁹

³⁷ RKI, Covid-19 und Impfen: Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ), https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Transmission.html#:~:text=Die%20Wahrscheinlichkeit%2C%20dass%20eine%20Person,SARS%2DDCo%2D2%20Infektion (zuletzt abgerufen am 02. Mai 2022).

³⁸ RKI, Covid-19 und Impfen: Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ), https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Transmission.html#:~:text=Die%20Wahrscheinlichkeit%2C%20dass%20eine%20Person,SARS%2DDCo%2D2%20Infektion (zuletzt abgerufen am 02. Mai 2022).

³⁹ Zusammen gegen Corona, COVID-19, So wird das Coronavirus überragen, <https://www.zusammengegencorona.de/covid-19/ansteckung-mit-corona-so-wird-das-coronavirus-uebertragen/#:~:text=Untersuchungen%20zufolge%20ist%20zwar%20anzunehmen,Geimpfte%20und%20Genesene%20andere%20anstecken> (zuletzt abgerufen am 02. Mai 2022).

Der Begriff der Testung umfasst Selbst- und Schnelltests sowie Nukleinsäurenachweise entsprechend der Empfehlung des RKI.

Die Pflicht zur Vorlage des Testnachweises gegenüber dem Arbeitgeber vor Wiederaufnahme der Tätigkeit ist unter dem Gesichtspunkt der Kontrolle, der Sicherheit und des Schutzes der vulnerablen Personen in dem Tätigkeitsbereich gerechtfertigt.

Zu Absatz 3

Die Regeln zur Quarantäne basieren auf den dargelegten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Wie zuvor beschrieben ist laut Studien die Generationszeit – die Phase, in der sich das Virus im Körper ausbreitet und die Phase, in der ein Mensch ansteckend ist – bei der vorherrschenden Omikron-Variante deutlich kürzer als beispielsweise bei der Delta-Variante.⁴⁰

Personen, die Kontakt zu einer mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Person hatten, wird danach dringend empfohlen, bis zum fünften Tag nach dem Kontakt selbständig Kontakte zu reduzieren und täglich eine Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 durchzuführen. Die aufgenommene Empfehlung orientiert sich an dem, was aktuell vom RKI für Kontaktpersonen geraten wird. Die Empfehlung appelliert an die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger beim umsichtigen und angemessenen Umgang mit der Corona-Pandemie, bei dem vor allem auch die Kontakte mit Risikogruppen für einen schweren Krankheitsverlauf reduziert werden sollen.

Zu § 5 (Öffentlicher Personennahverkehr)

§ 5 bestimmt vor dem Hintergrund der unter 2. dargestellten infektionsepidemiologischen Lage die erforderliche Basisschutzmaßnahme für den öffentlichen Personennahverkehr. Öffentlicher Personennahverkehr ist die allgemein zugängliche Beförderung von Personen mit Verkehrsmitteln im Linienverkehr, die überwiegend dazu bestimmt sind, die Verkehrsnachfrage im Stadt-, Vorort- und Regionalverkehr zu befriedigen, § 1 Absatz 1 des Gesetzes über den öffentlichen Personennahverkehr in Mecklenburg-Vorpommern (ÖPNVG M-V).

Zu Absatz 1

Nach § 5 Absatz 1 Satz 1 besteht in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs für Fahrgäste die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske oder Atemschutzmaske. Absatz 1 Satz 2 bestimmt, dass für das Kontroll- und Servicepersonal und das Fahr- und Steuerpersonal in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske besteht, soweit tätigkeitsbedingt physische Kontakte zu anderen Personen bestehen.

⁴⁰ Zusammen gegen Corona, COVID-19 Wann sollte ich in Quarantäne, wann muss ich in Isolierung? <https://www.zusammengegencorona.de/covid-19/wann-muss-ich-in-quarantaene-und-wann-nicht/>, (zuletzt abgerufen am 02. Mai 2022).

Die für Mecklenburg-Vorpommern in § 5 geregelt Maskenpflicht für den öffentlichen Personennahverkehr ist zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-SARS-CoV-2-Krankheit und zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen kritischen Infrastruktur erforderlich. Dies steht im Einklang mit der Annahme des Bundesgesetzgebers, dass die Beibehaltung der Maskenpflicht im öffentlichen Personenfernverkehr in der Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 07. April 2023 erforderlich ist, um die Verbreitung der Coronavirus-SARS-CoV-2-Krankheit zu verhindern und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen kritischen Infrastrukturen zu gewährleisten⁴¹. Dies vor dem Hintergrund, dass jahreszeitbedingt ein Anstieg der Infektionszahlen zu erwarten sowie in öffentlichen Personenverkehrsmitteln von besonders hohen Infektionsgefahren auszugehen ist.

Die besonders hohen Infektionsgefahren im öffentlichen Personenverkehr finden ihren Grund in den besonderen räumlichen Verhältnissen. Die für den öffentlichen Personenverkehr typischen gefahrbezüglichen Umstände zeigen sich in der hohen Anzahl an Anwesenden, zumal in stark ausgelasteten Verkehrsmitteln, an der hohen Fluktuation der Personen, an der räumlichen Enge sowie durch vielfach lautes Sprechen der Personen, mit der Folge einer vermehrten Tröpfchen- und Aerosolabsonderung.

Der Sachverständigenausschuss nach § 5 Absatz 9 IfSG führt in seinem Bericht⁴² aus, dass das Tragen medizinischer Masken und Atemschutzmasken ein sehr wirksames Instrument in der Pandemiebewältigung sein kann und eine medizinische Maske oder Atemschutzmaske, soweit sie richtig getragen wird, die Übertragung von aerosolgetragenen Infektionen minimiert. Durch mehrere Evidenzgrade wurde die epidemiologisch messbare Wirksamkeit von Gesichtsmasken belegt. Hinzu kommt, dass auch der Expertenrat des Bundes in seiner 11. Stellungnahme⁴³ aufgezeigt hat, dass eine vorübergehende Maskenpflicht ein wirksames und schnelles Instrument zur Infektionskontrolle darstellt.

Vor dem Hintergrund der hohen Wirksamkeit des Schutzes von Masken bei vergleichsweise geringer Belastung hierdurch sowie der vorstehenden Ausführungen teilt der Verordnungsgeber die Einschätzung des Bundes hinsichtlich einer Maskenpflicht im Personenverkehr. Auch die Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister haben sich dieser Beurteilung des Bundes angeschlossen und in der Gesundheitsministerkonferenz vom 12.09.2022 die Aufrechterhaltung der Maskenpflicht im öffentlichen Personennahverkehr in allen Bundesländern vereinbart. Bundesweit wird somit einheitlich ein vergleichbares Schutzniveau gelten.

Mithin wird die Maskenpflicht im öffentlichen Personennahverkehr durch § 5 der Corona-LVO M-V fortgeführt. Die hierdurch einhergehende Belastung steht auch in einem angemessenen Verhältnis zu den Schutzziele, die Verbreitung der Coronavirus-SARS-CoV-2-Krankheit zu verhindern und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen kritischen Infrastrukturen zu gewährleisten.

⁴¹ Vgl. § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 IfSG.

⁴² Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 IfSG, abrufbar unter:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/S/Sachverstaendigenausschuss/BER_IfSG-BMG.pdf (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022)

⁴³ a.A.o.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt im Einklang mit § 28b Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit § 28b Absatz 1 Satz 3 IfSG Ausnahmen von der Maskenpflicht im öffentlichen Personennahverkehr. Nach Absatz 2 Nummer 1 sind Kinder, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von der Maskenpflicht befreit. Nach Absatz 2 Nummer 2 gilt die Maskenpflicht nicht für Personen, die ärztlich bescheinigt aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, einer ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankung oder einer Behinderung keine Atemschutzmaske oder medizinische Gesichtsmaske tragen können. Absatz 2 Nummer 3 regelt, dass die Maskenpflicht für gehörlose und schwerhörige Menschen und Personen, die mit ihnen kommunizieren, sowie für ihre Begleitpersonen nicht gilt. Über § 28b Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit § 28b Absatz 1 Satz 3 IfSG hinaus bestimmt Absatz 2 Nummer 4, dass die Maskenpflicht ebenso nicht gilt, soweit und solange Personen Speisen oder Getränke verzehren. Hiermit wird klargestellt, dass Personen nicht gegen die Maskenpflicht verstoßen, die für einen eng begrenzten Zeitraum der notwendigen Aufnahme von Speisen und Getränke ihre Maske abnehmen. Andernfalls wäre die Maskenpflicht unangemessen⁴⁴.

Zu § 6 (Testerfordernisse in Krankenhäusern)

Durch § 6 wird geregelt, dass bestimmte Personengruppen von der in § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Infektionsschutzgesetzes geregelten Testnachweispflicht ausgenommen sind.

Zu Absatz 1

Nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind notwendige Begleitpersonen (Bsp.: Begleitung von Kindern, Begleitung von Personen mit Behinderungen, Begleitung einer Schwangeren bei der Geburt) von der Testnachweispflicht ausgenommen, um den in Eilfällen erforderlichen Schutz von Körper und Gesundheit der zu behandelnden Person zu gewährleisten. Gemäß Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 sind Personen, die sich nur vorübergehend in der Einrichtung aufhalten und keinen unmittelbaren Kontakt zu den behandelten, betreuten und gepflegten Personen haben (Bsp.: Postbote, Handwerker, Lieferant), ebenso von der Testnachweispflicht ausgenommen. Diese Personengruppe kann von der Pflicht zur Vorlage eines Testnachweises unter Gesichtspunkten der Verhältnismäßigkeit ausgenommen werden, da das Risiko einer Virusübertragung gegenüber den Kosten und dem Nutzen einer Testdurchführung unterlegen ist. Diese Erwägung gilt auch für Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, wonach Kinder, die das siebte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von der Testnachweispflicht ausgenommen sind. Weiterhin sind nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 Personen, die über einen Impfnachweis verfügen, sowie nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 Personen, die über einen Genesenennachweis verfügen, von der Testnachweispflicht ausgenommen. Die beiden zuletzt genannten Personengruppen haben durch ihre vollständige Impfung bzw. Genesung selbst bei einer Infektion ein geringeres Risiko einer Virusübertragung, sodass durch die nach § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 zudem geltende Pflicht zur Tragung einer Atemschutzmaske das Risiko einer Virusübertragung durch die zuletzt genannten Personengruppen als so gering eingestuft werden kann, dass dieses nicht die Kosten und den Nutzen eines Testnachweises überwiegt.

⁴⁴ Vgl. OVG Lüneburg, Beschl. V. 02. Juni 2022 – 14 MN 259/22, Rn. 20, abrufbar unter: <http://www.dbovg.niedersachsen.de/jportal/?quelle=jlink&docid=MWRE220006098&psml=bsndprod.psml&max=tue> (zuletzt aufgerufen am 19. September 2022)

Satz 2 bestimmt, dass § 28b Absatz 1 Satz 7 des Infektionsschutzgesetzes von § 6 Absatz 1 der Verordnung unberührt bleibt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 bestimmt, dass die Krankenhäuser im Rahmen ihres Hausrechts weitergehende Schutzmaßnahmen treffen können.

Zu § 7 (Zuständigkeiten)

§ 7 regelt die Zuständigkeiten für die Einhaltung der Vorschriften der Corona-LVO M-V.

Neben den nach § 2 Absatz 1 Nummer 4 in Verbindung mit § 2 Absatz 2 Nummer 8b des Infektionsschutzausführungsgesetzes zuständigen Behörden sind für die Durchführung dieser Verordnung auch die örtlichen Ordnungsbehörden nach § 3 Absatz 1 Nummer 3 in Verbindung mit § 4 Sicherheits- und Ordnungsgesetz zuständig.

Zu § 8 (Ordnungswidrigkeiten)

Zu Absatz 1

Absatz 1 dient der Umsetzung von § 73 Absatz 1a Nummer 24 IfSG und stellt sicher, dass auf seiner Basis Ordnungswidrigkeiten verfolgt werden können. Im Sinne des IfSG ist eine Ordnungswidrigkeit nur dann verfolgbar, wenn in der vorliegenden Rechtsverordnung der Tatbestand ausdrücklich benannt ist. Aus diesem Grund nennt die Vorschrift, welche fahrlässigen oder vorsätzlichen Handlungen oder Unterlassungen im Sinne des § 73 Absatz 1a Nummer 24 IfSG ordnungswidrig sind.

Zu Absatz 2

Absatz 2 enthält die Übertragung der Zuständigkeit für die Ahndung der Ordnungswidrigkeiten gemäß § 36 Absatz 2 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten auf die nach § 2 Absatz 2 Nummer 8b Infektionsschutzausführungsgesetz sowie die nach § 7 zuständigen Behörden.

Zu § 9 (Ermächtigungen)

Mit § 9 macht die Landesregierung von ihrer Befugnis aus § 32 Satz 1 IfSG Gebrauch, die Ermächtigung, unter den Voraussetzungen, die für Maßnahmen nach den §§ 28 Absatz 1, 28b, 29, 30 Absatz 1 Satz 2 und 31 IfSG maßgebend sind, auch durch Rechtsverordnungen entsprechende Gebote und Verbote zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu erlassen, durch Rechtsverordnung auf andere Stellen, namentlich auf die für Jugend, Soziales, Gesundheit, Kindertagesförderung, Bildung und Wissenschaft zuständigen Ministerien zu übertragen.

Dieser Ermächtigung liegt die Erwägung zugrunde, dass diese obersten Landesbehörden die maßgebliche Ressort- und Fachkompetenzen für die genannten Bereiche ausüben, welche umfassend durch spezialgesetzliche Regelungen des Fünften, Achten, Neunten, Elften und

Zwölften Buches Sozialgesetz und des Schulgesetzes sowie des Landeshochschulgesetzes M-V, mithin bereichstypische Belange, geprägt sind.

Im Ergebnis sind daher ressort- und fachspezifische Sonderregelungen erforderlich, die der Ausgestaltung der jeweiligen gesetzlichen Leistungen sowie den besonderen Bedarfen der Leistungsempfänger und Angebotsadressaten oder einrichtungsbezogenen Umständen umfassend Rechnung tragen.

Die Corona-LVO M-V verfolgt daher auch weiterhin den Grundsatz, allein Regelungen für alltägliche Lebensbereiche zu treffen und Bereiche, denen spezialgesetzliche Regelungen zugrunde liegen, entsprechend auszulagern.

Zu § 10 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten)

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt das Inkrafttreten. Diese Verordnung tritt am 1. Oktober 2022 in Kraft.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt das Außerkrafttreten. Diese Verordnung tritt mit Ablauf des 07. April 2023 außer Kraft.