

Allgemeine Begründung (gemäß § 28a Absatz 5 IfSG) der Verordnung vom 6. Oktober 2021 zur Sechzehnten Änderung der Corona-Landesverordnung Mecklenburg-Vorpommern (Corona-LVO M-V)

1. Vorbemerkungen

Die Änderungen der Corona-Landesverordnung Mecklenburg-Vorpommern (Corona-LVO M-V) beinhalten insbesondere die Einführung eines Zwei-G-Optionsmodells bei Angeboten für den Publikumsverkehr, die Aufhebung der Personenobergrenzen für Veranstaltungen, diverse Erleichterungen sowie Klarstellungen und redaktionelle Anpassungen.

Ziel der Corona-LVO M-V ist und bleibt dabei die bestmögliche Bekämpfung und Eindämmung des SARS-CoV-2-Virus und insbesondere der inzwischen bundesweit auftretenden neuartigen Virusvarianten.

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 SARS-CoV-2 Infektionen schnell und wirksam zu durchbrechen und damit zugleich gravierende zusätzliche Schäden beim Einzelnen und der Allgemeinheit zu vermeiden. Nur so kann der Gesundheitsschutz der Bevölkerung effektiv gesichert 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 Verordnung 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 schnell wieder ansteigen und damit unweigerlich zu einer Überforderung des Gesundheitssystems führen. Zudem würde mit großer Wahrscheinlichkeit nach die Zahl der schweren Verläufe und der Todesfälle erheblich ansteigen.

Andere mildere Mittel stehen entweder nicht zur Verfügung oder erweisen sich nicht als geeignet, um das mit der Verordnung verfolgte Ziel gleichermaßen effektiv 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 §§ 28 Absatz 1, 28a, 29, 30 Absatz 1 Satz 2 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Zum präventiven Infektionsschutz können insbesondere die in § 28a Absatz 1 Nummer 1, 2, 2a, 4 und 17 genannten Schutzmaßnahmen 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 5. November 2021 befristet (siehe § 28a Absatz 5 IfSG), um die Infektionszahlen weiterhin möglichst konstant niedrig zu halten und auf ein Minimum zu reduzieren. Zugleich gewährt diese Befristung einen Zeitraum, währenddessen verlässliche Entwicklungen beobachtet werden können und einer neuerlichen Bewertung zugänglich sind. Dies liegt im Interesse des Verordnungsgebers und sämtlicher Einwohner des Landes Mecklenburg-Vorpommern als Betroffene dieser Verordnung.

Hinsichtlich einer näheren Begründung der in der Corona-LVO M-V fortgeführten Maßnahmen wird auf die Begründung vom 22. April 2021 sowie auf die Begründungen der Änderungsverordnungen vom 29. April 2021, 4. Mai 2021, 12. Mai 2021, 18. Mai 2021, 21. Mai 2021, 27. Mai 2021, 1. Juni 2021, 8. Juni 2021, 16. Juni 2021, 24. Juni 2021, 14. Juli 2021, 11. August 2021, 17. August 2021, 25. August 2021 sowie 15. September 2021 ergänzend verwiesen.

Die Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern beobachtet die weitere Entwicklung anhaltend genau, bewertet sie und reagiert mit geeigneten, erforderlichen und angemessenen Maßnahmen. In Abhängigkeit von der weiteren Entwicklung der Infektionslage wird fortlaufend geprüft, ob die derzeitigen Maßnahmen im Hinblick auf die infektionsschutzrechtlichen Anforderungen weiterhin als verhältnismäßig erachtet und mithin als gerechtfertigt angesehen werden oder eine Änderung erfahren müssen. Hierbei werden, neben anderen Kriterien (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): 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 Erkrankungsverläufe 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): Anteil der mit COVID-19-Patienten belegten Betten an allen auf Intensivstationen zur Verfügung stehenden Betten für Erwachsene. Dieses Gewichtungskriterium dient als Indikator für die Belastung des Gesundheitssystems.
- c) Sieben-Tage-Inzidenz der Infizierten (zweites Gewichtungskriterium): 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.

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. Seit Beginn der Corona-Pandemie wurden, nach Angaben der Bundesregierung, für die Wirtschaft Hilfen in Höhe von 121,3 Milliarden Euro bewilligt.¹

Mit der Neustarthilfe werden Soloselbstständige unterstützt, die wegen geringer betrieblicher Fixkosten nur eingeschränkt Überbrückungshilfen beantragen konnten. Mit der sogenannten Erweiterten November- und Dezemberhilfe 2020 und der Erhöhung der Abschlagszahlungen in der Überbrückungshilfe III auf bis zu 800.000 Euro kann auch großen Unternehmen mit einem höheren Finanzbedarf geholfen werden. Die geltende Umsatzhöchstgrenze bei der Überbrückungshilfe III von 750 Mio. Euro entfällt für von Schließungsanordnungen auf Grundlage eines Bund-Länder-Beschlusses betroffene Unternehmen des Einzelhandels, der Veranstaltungs- und Kulturbranche, der Hotellerie, der Gastronomie und der Pyrotechnikbranche sowie für Unternehmen des Großhandels und der Tourismusbranche, die für die Zwecke dieser Regelung als betroffene Branchen gelten. Die maximale Fördersumme pro Monat für verbundene Unternehmen wurde auf 3 Millionen Euro erhöht.

Mit dem hälftig finanzierten Härtefallfonds ermöglichen Bund und Länder darüber hinaus ein zusätzliches Angebot, um in Corona-bedingten finanziellen Härtefällen zu helfen, die von anderen Hilfsprogrammen nicht erfasst werden, sofern Unternehmen, die außerordentliche Belastungen zu tragen haben in ihrer wirtschaftlichen Existenz absehbar bedroht sind. Der Bund hat seine Unterstützung durch diese Hilfen grundsätzlich bis zum 30. September 2021, die Überbrückungshilfe III bereits bis zum 31.12.2021, verlängert.²

Landesspezifische Problemstellungen der Wirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern, die nicht oder nicht ausreichend von Bundesprogrammen erfasst werden, unterstützt das Land auch mit eigenen finanziellen Mitteln. So hat es bereits zu Beginn der Pandemie u.a. die Soforthilfe des Bundes auf Unternehmen mit elf bis 100 Beschäftigten ausgeweitet, mit der rückzahlbaren Corona-Liquiditätshilfe eine zusätzliche Finanzierungsmöglichkeit für

¹ Informationen der Bundesregierung über das Coronavirus in Deutschland, abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus> (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

² Information des Bundesfinanzministeriums, abrufbar unter: <https://www.bundesfinanzministerium.de/Web/DE/Themen/Schlaglichter/Corona/corona.html> (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

laufende betriebliche Ausgaben geschaffen und mit der Ausbildungsförderung einen Beitrag zur Deckung der Auszubildendenvergütung geleistet.

Um die Unternehmen in der anhaltenden Krise weiter zu unterstützen und möglichst nachhaltig zu stabilisieren, hat das Land im Herbst 2020 mit dem Winter-Stabilisierungsprogramm für Wirtschaft und Arbeit in Mecklenburg-Vorpommern weitere ergänzende Maßnahmen ergriffen und damit sowohl branchenübergreifende Unterstützung für die Finanzierung der laufenden Ausgaben geleistet als auch besondere finanzielle Hilfen für einzelne Branchen und für bestimmte Beschäftigtengruppen gewährt. Da nunmehr die pandemiebedingten Einschränkungen teilweise andauern, hat Mecklenburg-Vorpommern das Programm in den vergangenen Monaten durch zusätzliche Mittel für den Einzelhandel und das Gastgewerbe sowie für die Qualifizierung von Auszubildenden inhaltlich ergänzt und mit der Verlängerung wesentlicher Bestandteile eine zeitliche Perspektive bis zur Jahresmitte geschaffen. Bis zum 30. Juni 2021 wurden die Liquiditätshilfen in Form von Darlehen (rückzahlbare Corona-Liquiditätshilfe I und rückzahlbare Corona-Liquiditätshilfe II speziell für den stationären Einzelhandel), die Zuschüsse zu Sonderzahlungen an Kurzarbeiter (Neustart-Prämie), die Hilfen für den Neustart von Livespielstätten und das Investitionsprogramm zur Modernisierung von Beherbergungsbetrieben verlängert; Anträge auf eine Starthilfe für Beherbergungs- und Gastronomiebetriebe konnten bis zum 30. April 2021 gestellt werden. Bei der Marktpräsenzprämie, mit der das Land stationäre Einzelhändler bei Maßnahmen zur Erhöhung ihrer Marktpräsenz unterstützt, wurde der Kreis der Antragsteller erheblich erweitert und die Antragsfrist bis zum 31. Mai 2021 verlängert. Auch können Investitionen im verarbeitenden Gewerbe bei kleinen, mittleren und großen Unternehmen befristet bis zum 31. Dezember 2021 erhöht gefördert werden. Damit können Betriebe mit Corona-bedingten Einnahmeausfällen in den kommenden Monaten neben den Bundeshilfen auch weiter auf die ergänzende Unterstützung des Landes zurückgreifen.

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, die Aussetzung von Insolvenzverfahren sowie branchenspezifische Hilfsprogramme.

2. Zugrundeliegende Sachlage

a) Global

Weltweit wurden verschiedene SARS-CoV-2-Varianten nachgewiesen, für die die Weltgesundheitsorganisation neue Bezeichnungen eingeführt hat. Hierzu zählen die besorgniserregenden Varianten (VOC) 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) und Delta (B.1.617.2, erstmals nachgewiesen im indischen Bundesstaat Maharashtra). Die Varianten Eta (B.1.525, erstmals nachgewiesen in verschiedenen Ländern), Iota (B.1.536, erstmals nachgewiesen in den USA), Kappa (B.1.617.1, erstmals nachgewiesen in Indien), Lambda (C.37, erstmals nachgewiesen in Peru) und Mu (B.1.621, erstmals nachgewiesen in Kolumbien) stehen derzeit unter anderem bei der WHO auf der Liste der „Varianten unter Beobachtung“.³

³ WHO, Tracking SARS-CoV-2 variants, abrufbar unter

Für die Variante Alpha gibt es klinisch-diagnostische und epidemiologische Hinweise auf eine deutlich erhöhte Übertragbarkeit und schwerere Krankheitsverläufe.⁴ Nach bisherigen Daten ist Delta die ansteckendste bisher bekannte Coronavirus-Variante:⁵ Während für das ursprüngliche Coronavirus 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 Variante Alpha bereits durchschnittlich fünf Ansteckungen. Bei Delta kommen weitere 40 % bis 60 % Ansteckungen hinzu.⁶ Internationale Studien weisen darauf hin, dass die Delta-Variante - im Vergleich mit früher dominierenden Varianten - zu schwereren Krankheitsverläufen, vermehrten Hospitalisierungen und häufiger zum Tod führen kann.⁷

Nach den Erkenntnissen des Ordnungsgebers schützen vollständige Impfungen sowie eine Genesung in besonders hohem Maße vor einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2. Erste vorläufige Ergebnisse deuten darauf hin, dass derzeitige Impfungen mit hoher Wahrscheinlichkeit besser vor einer Infektion mit der Variante Alpha als einer solchen mit der Variante Delta schützen, aber auch bei Infektionen mit letztgenannter Variante nach vollständiger Impfung ein hoher Schutz gegen schwere Verläufe besteht.⁸ Die leicht verringerte Schutzwirkung bei Delta zeigte sich hauptsächlich nach Erhalt der ersten Impfstoffdosis, also bei noch nicht vollständig geimpften Personen, und in Bezug auf milde Krankheitsverläufe.⁹ Aktuelle Studien ergeben auch, 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 können.¹⁰ Genesene Personen, also solche, die eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 überstanden haben, besitzen mindestens für sechs Monate eine Schutzwirkung gegen eine erneute Erkrankung.¹¹

<https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/> (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

⁴ vgl. RKI, SARS-CoV-2: Virologische Basisdaten sowie Virusvarianten, abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virologische_Basisdaten.html;jsessionid=E16FCB499DEC08B95E48FD60D325820B.internet051?nn=13490888#doc14716546bodyText3 (zuletzt aufgerufen am 06. Oktober 2021).

⁵ Siehe Fn. 4.

⁶ 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 6. Oktober 2021).

⁷ vgl. RKI, Risikobewertung zu COVID-19, abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

⁸ Siehe Fn. 4.

⁹ vgl. RKI, Übersicht zu besorgniserregenden SARS-CoV-2-Virusvarianten (VOC), abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virusvariante.html (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021); Lopez Bernal et al., Effectiveness of COVID-19 vaccines against the B.1.617.2 variant, 12. August 2021, NEJM, abrufbar unter: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.22.21257658v1> (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

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; 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 6. Oktober 2021).

¹¹ vgl. Lumley SF, O'Donnell D, Sto-esser 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(6):533-40 und Hall V, Foulkes S, Charlett A, Atti A, Monk E, Simmons R, et al. Do antibody positive healthcare workers

Eine effektive medikamentöse Behandlung schwerer Fälle von COVID-19-Infektionen ist nach wie vor nicht möglich.¹²

b) Deutschland

In Deutschland ist mittlerweile eine sehr deutlich zurückgehende Anzahl von Übertragungen des Coronavirus SARS-CoV-2 und seinen Mutationen in der Bevölkerung festzustellen.

Die ersten vier obengenannten Varianten wurden in Deutschland bereits nachgewiesen, wobei die Variante Alpha im ersten Halbjahr 2021 zahlenanteilig dominierte; ihr Anteil lag teilweise bei über 90 % der Infektionen.¹³ Die Erhebungen des RKI zeigen, dass es in den letzten Monaten bei niedrigen Fallzahlen zu einem raschen Anstieg des Anteils von Infektionen mit der Delta-Mutation (B.1.617.2) gekommen ist, die mittlerweile in Deutschland die absolut vorherrschende Virusmutation darstellt. Insgesamt liegt der Anteil der VOC Delta (B.1.1617.2) seit der Kalenderwoche 36/2021 bei 99,9 %. Alpha (B.1.1.7), Beta (B.1.351) und Gamma (P.1) wurden in der Kalenderwoche 37/2021 nicht nachgewiesen.¹⁴

Der Sieben-Tage-R-Wert lag am 6. Oktober 2021 bei 0,89.¹⁵

Das RKI bewertet die Gefährdung für die Gesundheit der nicht geimpften Bevölkerung in Deutschland insgesamt als hoch. Für vollständig Geimpfte wird die Gefährdung als moderat eingeschätzt. Die Anzahl der hospitalisierten und intensivpflichtigen Patienten bewegt sich auf mäßigem Niveau; der zunehmende Trend bis zur Meldewoche 34/2021 setzte sich nicht weiter fort und nimmt seit der Meldewoche 35/2021 wieder ab.

Die meisten hospitalisierten Fälle gehören weiterhin der Altersgruppe der 35- bis 59-Jährigen an, gefolgt von der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen und seit der Meldewoche 37/2021 der Altersgruppe der über 80-Jährigen. Mit Datenstand vom 29. September 2021 werden 1.364 Personen mit einer COVID-19-Diagnose auf einer Intensivstation behandelt,

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. 2021:2021.01.13.21249642

¹² Nach einer Studie aus den USA gibt es Hinweise darauf, dass das einzige bisher zur Behandlung zugelassene antivirale Medikament - Remdesivir - das Sterberisiko nicht senkt (siehe Spektrum.de, abrufbar unter: <https://www.spektrum.de/news/covid-19-remdesivir-senkt-das-sterberisiko-nicht/1896733> (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021) 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/2781969> (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

¹³ 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 6. Oktober 2021).

¹⁴ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 30. September 2021, Seite 29, abrufbar unter: https://www.rki.de/SiteGlobals/Forms/Suche/serviceSucheForm.html;jsessionid=A346FD3C855D9FDE8260C23B3CD9952B.internet091?nn=2725444&input_=2420766>s=2725442_list%253DdateOfIssue_dt%252Bdesc&resourceId=2390936&submit.x=0&submit.y=0&searchEngineQueryString=W%C3%B6chentlicher+Lagebericht&pageLocale=de (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

¹⁵ RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) vom 6. Oktober 2021, Seite 3, abrufbar unter: https://www.rki.de/SiteGlobals/Forms/Suche/serviceSucheForm.html;jsessionid=80303A123896FC91BEC426068A459E35.internet051?nn=2725444&input_=2725444>s=2725442_list%253DdateOfIssue_dt%252Bdesc&resourceId=2390936&submit.x=0&submit.y=0&searchEngineQueryString=T%C3%A4glicher+Lagebericht&pageLocale=de (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

womit sich über die letzten Wochen ein leichtes Plateau der Personen mit COVID-19-Diagnose auf den Intensivstationen abzeichnet.¹⁶ Die Gesundheitsämter können nicht mehr alle Infektionsketten nachvollziehen.¹⁷

Die Zahl der Fälle mit einer bekannten wahrscheinlichen Exposition im Ausland hat im Vergleich zu den vergangenen Wochen deutlich abgenommen. Die in den letzten vier Meldewochen am häufigsten genannten Länder für eine Exposition im Ausland waren unverändert die Türkei und der Kosovo.¹⁸

Derzeit ist tendenziell ein leichter Rückgang der Sieben-Tage-Inzidenz der Neuinfizierten zu beobachten. Am 6. Oktober 2021 betrug die bundesweite Sieben-Tage-Inzidenz der Neuinfizierten 62,3 Fälle je 100.000 Einwohner; die Werte in den Bundesländern lagen zwischen 106,0 pro 100.000 Einwohner in der Hansestadt Bremen und 28,0 in Schleswig-Holstein. In Deutschland wurden bis zum 6. Oktober 2021 insgesamt mindestens 108.331.178 Impfungen verabreicht, mit denen 68,3 % der Bevölkerung mindestens eine der zwei notwendigen Impfungen gegen COVID-19 erhalten haben. Mindestens 64,8 % sind bereits vollständig gegen COVID-19 geimpft.¹⁹

Die Zahl der Genesenen beläuft sich auf rund 4.054.600, was einem Anteil von rund 4,9 % an der Gesamtbevölkerung entspricht.²⁰

Vor dem Hintergrund der nunmehr wieder ansteigenden Infektionszahlen in allen Bundesländern, haben sich am 10. August 2021 die Bundeskanzlerin und die Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder zum weiteren Vorgehen verständigt und u.a. zu folgenden Positionen eine Einigung erreicht:²¹

- Geimpfte und genesene Personen sind von bundes- oder landesrechtlichen Regelungen, die Testauflagen vorsehen, ausgenommen.
- Die AHA-L-Regeln sind als Basisschutz weiterhin für die gesamte Bevölkerung einzuhalten.
- Der Zutritt für Bereiche in Innenräumen ist nur für geimpfte, genesene und getestete Personen (sog. 3G-Regel) zulässig.
- Das Angebot kostenloser Bürgertests endet mit Wirkung zum 11. Oktober 2021.
- Für Veranstaltungen mit besonders hohem Risiko für eine Mehrfachansteckung (sog. „superspreading event“) bedarf es besonders ausgerichteter Hygienekonzepte. Wo dies erforderlich ist, können die Länder und Kommunen eigenständig die Teilnehmerzahl begrenzen und durch weitere Auflagen die Veranstaltung einschränken.
- Die Überbrückungshilfen werden verlängert.
- Die Arbeitsschutzverordnung wird an die aktuelle Situation angepasst.

¹⁶ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 30. September 2021, Seite 3 (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

¹⁷ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 30. September 2021, Seite 3 (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

¹⁸ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 30. September 2021, Seite 7 (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

¹⁹ RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) vom 6. Oktober 2021, Seiten 1 und 2 (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

²⁰ RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 6. Oktober 2021, Seite 1, (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

²¹ Ausführlich: MPK-Beschluss vom 10. August 2021, abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1949532/d3f1da493b643492b6313e8e6ac64966/2021-08-10-mpk-data.pdf?download=1> (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

- Die Sieben-Tage-Inzidenz der Hospitalisierten dient als wichtiger Indikator für schwere Krankheitsverläufe und stellt eine wichtige Größe zur Beurteilung des Infektionsgeschehens dar. Um das Geschehen zu kontrollieren, werden alle Indikatoren, insbesondere die Sieben-Tage-Inzidenz, die Impfquote und die Zahl der schweren Krankheitsverläufe sowie die resultierende Belastung des Gesundheitswesens berücksichtigt.

Am 6. Oktober 2021 wurden insgesamt 555 Hospitalisierungen mit COVID-19 neu gemeldet, die Sieben-Tage-Inzidenz der hospitalisierten Fälle betrug 1,65 Fälle pro 100.000 Einwohner. Die Zahl der Patienten in intensivmedizinischer Behandlung ist nach dem Höchstwert von 5.762 zu Beginn des Jahres 2021 vorübergehend massiv gesunken, erhöhte sich mittlerweile moderat auf mittlerweile 1.360. Der Anteil an COVID-19-Fällen auf Intensivstationen (ITS) belief sich auf 6,1 %.²²

Die Verhinderung des weiteren Eintrags und der weiteren Verbreitung des Virus und seiner Varianten ist daher weiterhin erforderlich, um nicht erneut in die Situation zu geraten, in der die Aufrechterhaltung und Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems im Übermaß gefährdet ist.

c) Mecklenburg-Vorpommern

Die bisherigen umfassenden Maßnahmen hatten im Land Mecklenburg-Vorpommern bis Mitte Februar 2021 zunächst zu einer deutlichen Reduzierung der Infektionszahlen geführt, die anschließend jedoch bis zu einem Höchstwert der Sieben-Tage-Inzidenz der Neuinfizierten in Mecklenburg-Vorpommern von 158,3 am 14. April 2021 führte.²³ Seit Mitte März 2021 ist bei den Neuinfektionen ein stark zunehmender Anteil von SARS-CoV-2-Varianten zu verzeichnen. Nach dem Höhepunkt der Infektionszahlen Mitte April 2021 sank der Inzidenzwert stark ab und fiel am 4. Juni 2021 unter den Wert von 10.²⁴ Seit dem 15. Juli 2021 nehmen die Infektionszahlen wieder zu. Am 6. Oktober 2021 lag der Inzidenzwert der Neuinfektionen landesweit bei 47,0 (davon Sieben-Tage-Inzidenz der Geimpften: 22,8; Sieben-Tage-Inzidenz der Ungeimpften: 86,4).²⁵

Insgesamt befindet sich die Zahl der Neuinfektionen mit 148 gemeldeten Fällen am 6. Oktober 2021²⁶ sowie 777 Fällen im Zeitraum vom 30. September 2021 bis zum 6. Oktober 2021 gleichwohl nach wie vor auf einem Niveau, das einen kontrollierten Umgang mit der Pandemie, insbesondere durch die Nachverfolgung von Infektionsketten, weiterhin erschwert und jederzeit die Gefahr eines Anstiegs der Neuinfektionen in sich birgt.

²² RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 6. Oktober 2021, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

²³ Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS M-V), Täglicher Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 14. April 2021, Seite 1, abrufbar unter: <https://www.lagus.mv-regierung.de/Gesundheit/InfektionsschutzPraevention/Daten-Corona-Pandemie/> (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

²⁴ LAGuS M-V, Täglicher Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 4. Juni 2021, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

²⁵ LAGuS M-V, Täglicher Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 6. Oktober 2021, Seite 1, (zuletzt aufgerufen am 15. September 2021).

²⁶ LAGuS M-V, Täglicher Lageberichte zu SARS-CoV-2 Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 6. Oktober 2021, Seite 1, (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

In Mecklenburg-Vorpommern ist die Delta-Variante mit Stand vom 1. Oktober 2021 die einzige nachgewiesene Virusvariante; in der Kalenderwoche 38/2021 wurden keine Verdachtsfälle auf die Alpha-, Beta- und Gamma-Varianten gemeldet.²⁷

Die Situation in den Krankenhäusern ist relativ entspannt:

Am 6. Oktober 2021 befanden sich insgesamt 36 infizierte Personen landesweit in den Krankenhäusern, woraus sich eine Sieben-Tage-Inzidenz der Hospitalisierten von 0,8 ergab. Dabei reichte die Spanne von 0,0 in den Landkreisen Rostock und Ludwigslust-Parchim bis 4,2 in der Landeshauptstadt Schwerin.²⁸

14 Personen wurden am 6. Oktober 2021 in den Krankenhäusern des Landes intensivmedizinisch behandelt, dies ergab eine ITS-Auslastung von 2,3 %.²⁹ Die Werte aus den Regionen reichten dabei von 1,6 % im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte bis 3,8 % in der Hansestadt Rostock sowie dem Landkreis Rostock.

Gleichwohl ist dabei weiterhin zu berücksichtigen, dass die in den Krankenhäusern tätigen Mitarbeiter bereits seit über einem Jahr aufgrund der besonders personalintensiven Versorgung von COVID-19-Patienten und der schon vor der Pandemie ohnehin bestehenden und nach wie vor anhaltenden äußerst angespannten Personalsituation unverändert erheblichen Belastungen ausgesetzt sind. Zu beachten ist daneben, dass sich auch immer mehr junge Menschen mit der im Land vorherrschenden SARS-CoV-2-Variante Delta infizieren, die zu schweren Krankheitsverläufen führen kann, wodurch sich wiederum die Liegedauer der Patienten auf den Intensivstationen verlängert. Auch werden durch die Bevorratung von Behandlungskapazitäten für COVID-19-Patienten andere wichtige Operationen für unbestimmte Zeit verschoben, mit massiven nachteiligen Auswirkungen für die Betroffenen.

In Mecklenburg-Vorpommern haben seit dem 27. Dezember 2020 bis zum 6. Oktober 2021 insgesamt mindestens 1.061.549 Personen die Erstimpfung (Grundschutz) erhalten. Davon sind mindestens 1.017.898 mit der Zweitimpfung bereits vollständig geimpft. Hieraus ergibt sich mindestens eine Impfquote der Landesbevölkerung bei erster Impfung von 65,9 % und bei zweiter Impfung von 63,2 %.³⁰

Durch beständige Einschränkungen in den Wirtschaftsbereichen sind insbesondere der Einzelhandel und der Tourismus und damit auch in sachlichem Zusammenhang stehende Branchen in besonderer Weise betroffen. Die Corona-Müdigkeit, trotz zahlreicher Öffnungsschritte, nimmt weiter zu. Bürger, Beschäftigte und Unternehmer wünschen sich eine dauerhafte Perspektive, um aus der Corona-Situation heraus zu kommen. Um diese geben zu können, ist es unabdingbar, dass alle im Land die Corona-Schutzregeln weiterhin konsequent einhalten. Dabei ist es unerlässlich, dass Kontakte im Privaten wie

²⁷ 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 1. Oktober, abrufbar unter: <https://www.comv-gen.de/aktueller-bericht/> (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

²⁸ LAGuS M-V, Täglicher Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 6. Oktober 2021, Seite 1, abrufbar unter: <https://www.lagus.mvregierung.de/Gesundheit/InfektionsschutzPraevention/Daten-Corona-Pandemie> (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

²⁹ LAGuS M-V, Täglicher Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 16. September 2021, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

³⁰ LAGuS M-V, Bericht über COVID-19-Impfungen in Mecklenburg-Vorpommern, Seite 1, abrufbar unter: <https://www.lagus.mv-regierung.de/Gesundheit/InfektionsschutzPraevention/Daten-Corona-Pandemie/> (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

auch im Berufsalltag und dem öffentlichen Leben möglichst 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 Atemschutz- und medizinischen Gesichtsmasken tragen bei richtiger und konsequenter Anwendung dazu bei, das Risiko einer Ansteckung mit dem Coronavirus und seinen Mutationen zu reduzieren und damit auch einer Infektion mit einem gegebenenfalls schweren Krankheitsverlauf entgegenzutreten.

Die Landesregierung hält im Hinblick auf die gegenwärtige Lage durch die hochansteckenden Virus-Varianten weiterhin 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 Beteiligten der Landesregierung im Rahmen der bestehenden Projekt- beziehungsweise Arbeitsgruppen und Task Forces mit den kommunalen Partnern, den jeweiligen Interessenverbänden sowie den Berufskammern und anderen einzubindenden Beteiligten weiterhin eng abstimmen.

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. Änderung der Corona-LVO M-V

Das Virus ist hoch infektiös. Die neuen Varianten von SARS-CoV-2 verbreiten sich besorgniserregend schnell und wirken sich auf die Situation im Land aus. Die Fallzahlen haben jedoch mittlerweile stark abgenommen und befinden sich noch auf einem niedrigen Niveau. Die Sterberate, insbesondere bei den so genannten vulnerablen Gruppen der Bevölkerung, vornehmlich ältere Menschen mit Vorerkrankungen, ist nach den bisherigen Erkenntnissen hoch. Neben der Fallfindung und der Kontaktpersonennachverfolgung ist die Vermeidung körperlicher Nähe zwischen Menschen und die Einhaltung strenger Hygieneregeln nach gegenwärtigem Wissensstand gleichwohl immer noch die gebotene Methode, um die Verbreitung des Virus weiter zu verlangsamen oder gar zu hemmen.³¹

Durch die verbliebenen Beschränkungen kann eine Minimierung der Infektionsmöglichkeiten und -risiken auch künftig herbeigeführt werden. Das Zusammentreffen von Menschen begründet insoweit immer eine abstrakte Gefahr der Erhöhung des Infektionsgeschehens, was nach dem Willen des Ordnungsgebers auf das notwendige, aber auch erforderliche, Maß reduziert werden muss, um die Bedürfnisse der Bevölkerung sicherzustellen. Eine weitere Möglichkeit, das Pandemiegesehen zu

³¹ OVG Greifswald in seinem Beschluss vom 09.04.2020 – 2 KM 267/20, BeckRS 2020, 5675, beck-online.

kontrollieren, besteht in der Verfügbarkeit und Durchführung von Schnell- und Selbsttests. Insbesondere bei bestimmten epidemiologisch besonders gefährlichen Situationen ist es wichtig, Infektionen frühzeitig zu erkennen und Infektionsketten zu unterbrechen, um das Risiko eines erneuten starken Anstieges der Inzidenzzahlen, zum Beispiel durch das Zusammenkommen vieler unbekannter Menschen an einem bestimmten Ort, im Land zu verringern und so zugleich die bisher unternommenen Öffnungsschritte abzusichern und eine erneute Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern.

Im Fokus stehen unverändert die Impfungen, bei denen mittlerweile ein erheblicher Impffortschritt zu verzeichnen ist. Da die verfügbaren Impfstoffe einen hohen Schutz vor der Entwicklung einer COVID-19-Erkrankung bieten, geht mit steigenden Impfquoten auch eine Entlastung des Gesundheitssystems einher.

Eine Impfung oder das Überwinden einer Corona-Erkrankung schaffen jedoch keinesfalls eine hundertprozentige Sicherheit in Bezug auf eine Ansteckungsgefahr durch diese Personengruppen. Durch einen Vergleich des Anteils vollständig Geimpfter unter den 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 Impfeffektivität in Deutschland liegt für den Zeitraum von der 5.-38. Kalenderwoche 2021 für die Altersgruppe 18-59 Jahre bei rund 84 % und für die Altersgruppe ≥ 60 Jahre bei etwa 82 %. Für den Zeitraum der letzten vier Wochen (35.-38. Kalenderwoche) liegt die geschätzte Impfeffektivität für die Altersgruppe 18-59 Jahre bei ca. 82 % und für die Altersgruppe ≥ 60 Jahre bei ca. 80 %.³² Auch wenn mit der hier vorgenommenen Mittelwert-Berechnung einer Überschätzung der Impfeffektivität entgegengewirkt wird, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die aktuelle Dynamik sowohl in den Impfquoten als auch in den Infektionswahrscheinlichkeiten sowie ein zumindest im ambulanten Bereich möglicherweise unterschiedliches Testverhalten bei Geimpften und Ungeimpften zu Verzerrungen führen. Die angeführten Werte müssen daher mit Vorsicht interpretiert werden und dienen vor allem der Einordnung der Impfdurchbrüche und einer ersten Abschätzung der Impfeffektivität.³³

Einhergehend mit der Impfkampagne stellt sich die Frage, ob und in welcher Art und Weise weitere Aufhebungen von Grundrechtseinschränkungen vorgenommen werden können. Hierbei sind insbesondere Folgewirkungen bei den noch nicht individuell geschützten Personen sowie die aktuelle Infektionslage 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 Grundsatz, die Verbreitung der SARS-CoV-2-Viren einzudämmen. Insofern bedarf es einer kontrollierten und stufenweisen Lockerung der bisher geltenden Beschränkungen, soweit es das Infektionsgeschehen zulässt, beziehungsweise der erneuten Einführung von Kontrollen, Einschränkungen oder auch Schließungen, sofern das Infektionsgeschehen wieder an Dynamik gewinnt. 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 anhand risikogewichteter Kriterien zurück.³⁴

³² RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavius-Krankheit-2910 (COVID-19) vom 30. September 2021, Seite 21 (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021),

³³ RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavius-Krankheit-2910 (COVID-19) vom 30. September 2021, Seite 21 (zuletzt aufgerufen am 6. Oktober 2021).

³⁴ Siehe oben, Seite 2.

- Das Infektionsgeschehen wird nach wie vor in vier Stufen unterteilt:
 - Stufe 1: Kontrollierte Situation, grün.
 - Stufe 2: Niedriges Infektionsgeschehen, gelb.
 - Stufe 3: Erhöhtes Infektionsgeschehen, orange.
 - Stufe 4: Hohes Infektionsgeschehen, rot.

- Zur Einstufung eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt werden neben dem Hauptkriterium (Sieben-Tage-Inzidenz der Hospitalisierten des Landkreises / der kreisfreien Stadt) die beiden Gewichtungskriterien (ITS-Auslastung; Sieben-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen) herangezogen.
Die Einstufung des Hauptkriteriums (Sieben-Tage-Inzidenz der Hospitalisierten) wird um eine Stufe erhöht / verringert, wenn beide Gewichtungskriterien oberhalb / unterhalb der Stufe des Hauptkriteriums liegen.

- Für eine Verschärfung / Lockerung der Maßnahmen muss die Einstufung für mindestens 3 / 5 Tage konstant in einer höheren / niedrigeren Stufe erfolgt sein.

- Beim Hauptkriterium (Sieben-Tage-Inzidenz der Hospitalisierten) erfolgt eine Zuordnung zu den Stufen 1 bis 4 bei einem Inzidenzwert von bis zu 8, 15, 25 sowie über 25.³⁵

4. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte erfährt die Corona-LVO M-V mit der vorliegenden Änderungsverordnung folgende wesentliche Änderungen:

a) Zwei-G-Optionsmodell

Mit § 1d wird ein optionales Zwei-G-Modell eingeführt, das unabhängig von der risikogewichteten Einstufung eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt in die Stufen 1, 2, 3 oder 4 angewendet werden kann. Es gibt Betreibern, Dienstleistungserbringern und Veranstaltern ausgewählter Bereiche eine zusätzliche, freiwillige Wahlmöglichkeit zur Durchführung von Veranstaltungen sowie zum Betrieb von Einrichtungen mit Publikumsverkehr, wenn gewährleistet ist, dass ausschließlich geimpfte oder genesene Personen nach § 2 Nummer 2 und Nummer 4 COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 anwesend sind.

Die Einführung eines Zwei-G-Optionsmodells basiert auf den zuvor genannten infektionsepidemiologischen Erkenntnissen des Ordnungsgebers zu der Effektivität der

³⁵ Bei den Gewichtungskriterien betragen die Werte für die Stufen 1 bis 4 bei der
 – ITS-Auslastung (in %): bis zu 5, 9, 15 und über 15
 sowie der
 – Sieben-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen: bis zu 35, 50, 200 und über 200.

Immunisierung durch Impfstoffe sowie zu der Genesung an einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2.³⁶

Das Risiko einer Übertragung des Coronavirus SARS-CoV-2 nach einer Impfung sowie nach einer natürlichen Infektion erscheint nach gegenwärtigem Kenntnisstand in dem Maß reduziert, dass geimpfte und genesene Personen bei der Epidemiologie von COVID-19 aller Wahrscheinlichkeit nach keine wesentliche Rolle mehr spielen.³⁷ Dies gilt ebenso für geimpfte Personen, die eine Viruslast aufweisen. Es ist davon auszugehen, dass zumindest die Viruslast bei Personen, die trotz Impfung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert werden, so stark reduziert ist, dass ihnen keine schweren Verläufe oder Hospitalisierungen bevorstehen.³⁸ Damit spielt aus Sicht des Verordnungsgebers eine Übertragung der Viruslast an Geimpfte und Genesene in der Dynamik der Corona-Pandemie in Deutschland derzeit nur eine untergeordnete Rolle gegenüber einer Übertragung der Viruslast an nicht immune Personen.

Die vorliegenden Erkenntnisse³⁹ gebieten es unter dem rechtlichen Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit, bestimmte belastende Schutzmaßnahmen aufzuheben.

Da bei der Wahl der Anwendung eines Zwei-G-Optionsmodells die anwesenden Personen grundsätzlich einen ausreichenden individuellen Schutz vor einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 oder einer Virusmutation, schweren Krankheitsverläufen und einer Hospitalisierung verfügen, ist das Zwei-G-Optionsmodell geeignet, die grundrechtliche Freiheitsausübung dieser Personen uneingeschränkt zu ermöglichen. Es ist dann nicht mehr erforderlich, die Schutzmaßnahmen der Kontaktdatenerfassung, der Einhaltung des Mindestabstandes, das Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung, die Kapazitätsbeschränkung sowie die Vorlage eines negativen Testergebnisses einzuhalten. Dasselbe gilt hinsichtlich der in die Berufsausübungsfreiheit der Betriebsinhaber, Betreiber, Veranstalter oder Dienstleistungserbringer (verantwortliche Personen) eingreifenden Schutzmaßnahmen. Sofern die verantwortlichen Personen von der Möglichkeit des Zwei-G-Optionsmodells Gebrauch machen und dadurch ein Angebot oder eine Veranstaltung schaffen, in denen die anwesenden Personen grundsätzlich über ein ausreichendes individuelles Schutzniveau kraft Immunisierung verfügen, erscheint es grundrechtlich geboten, die die Berufsausübungsfreiheit beschränkenden Schutzmaßnahmen aufzuheben, da sie hier nicht mehr erforderlich sind.

aa) Das Zwei-G-Optionsmodell ist in folgenden Bereichen und Betrieben anwendbar (§ 1d Absatz 1 Satz 1):

- Einkaufscenter, Verkaufsstellen des Einzel- und Großhandels oder Wochenmärkte⁴⁰,
- Dienstleistungsbetriebe und Handwerksbetriebe, Fahrradwerkstätten, Banken und Sparkassen, Poststellen, Reinigungen sowie WaschsaloNs,

³⁶ Für vertiefte Ausführungen derzeitiger wissenschaftlicher Erkenntnissen, dass eine vollständige Impfung oder Genesung einen hohen individuellen Schutz gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bieten, wird auf Seite 5 der Allgemeinen Begründung verwiesen.

³⁷ siehe FN 36.

³⁸ Levine-Tiefenbrun et al., Decreasing SARS-CoV-2 viral load following vaccination, 8. Februar 2021, preprint, abrufbar unter: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.06.21251283v1>.

³⁹ siehe FN 36.

⁴⁰ Ausnahmen zu diesem Anstrich siehe im Folgenden unter 4 a) bb).

- Kosmetikstudios, Massagepraxen, Nagelstudios, Sonnenstudios, Tattoostudios und ähnliche Betriebe, bei denen eine körperliche Nähe unabdingbar ist, wie zum Beispiel Barbieri und Fußpflege,
- Kinos, Autokinos,
- Theater, Konzerthäuser, Opern und ähnliche Einrichtungen,
- kulturelle Ausstellungen, Museen und Gedenkstätten sowie ähnliche Einrichtungen,
- Bibliotheken und Archive,
- Chöre und Musikensembles,
- Freizeitparks,
- Zirkusse,
- Zoos, Tier- und Vogelparks und botanische Gärten,
- Volksfeste, Spezialmärkte sowie Jahrmärkte,
- tourismusaffine Dienstleistungen im Freien sowie von Outdoor-Freizeitangeboten und ähnliche Einrichtungen, Verleihstellen von Wasserfahrzeugen und Betriebe der Fahrgastschiffahrt oder Reisebusse, Besucherzentren in den Nationalen Naturlandschaften, Stadtführungen sowie geführte Radtouren,
- Indoor-Spielplätze sowie Einrichtungen, in denen Indoor-Freizeit- und nicht vereinsbasierte Sportaktivitäten stattfinden,
- Spielplätze,
- Schwimm- und Spaßbäder,
- vereinsbasierter Trainings-, Spiel- und Wettkampfbetrieb,
- Trainings-, Spiel- und Wettkampfbetrieb von Spitzensportlern,
- Fitnessstudios und ähnliche Einrichtungen,
- Tanzschulen und ähnliche Einrichtungen,
- Fahrschulen, Flugschulen und ähnliche Einrichtungen,
- Jagdschulen und ähnliche Einrichtungen,
- Spielhallen, Spielbanken, Wettvermittlungsstellen und ähnliche Einrichtungen,
- soziokulturelle Zentren und ähnliche Einrichtungen,
- Musik- und Jugendkunstschulen,
- Messen und Ausstellungen,
- sexuelle Dienstleistungen,
- Gaststätten, Clubs, Diskotheken und ähnliche Einrichtungen,
- Beherbergungsbetriebe,
- Veranstaltungen und Versammlungen von Vereinen, Verbänden und Parteien sowie Wohnungseigentümern,
- private Zusammenkünfte,
- gewerblich organisierte private Zusammenkünfte und
- sonstige Veranstaltungen im Innen- und Außenbereich.

bb) Ausgeschlossen ist das Zwei-G-Optionsmodell unter anderem in folgenden Bereichen beziehungsweise Betrieben (§ 1d Absatz 1 Satz 2), da sie der Grundversorgung aller Bürger dienen:

- Einzelhandel mit dem überwiegenden Sortiment für Lebensmittel,
- Wochenmärkte für Lebensmittel, Direktvermarkter von Lebensmitteln,

- Abhol- oder Lieferdienste, Getränkemärkte,
- Reformhäuser, Babyfachmärkte, Apotheken, Sanitätshäuser, Drogerien, Optiker, Hörgeräteakustiker, Betriebe des Heilmittelbereichs, Friseure,
- Bekleidung, Schuhe,
- Bücher, Zeitungen,
- Weihnachtsbäume, Blumenläden, Bau- oder Gartenbaumärkte,
- Tierbedarfsmärkte, Futtermittelmärkte,
- Tankstellen und
- Großhandel.

cc) Mit dem Zwei-G-Optionsmodell entfallen folgende Pflichten dieser Verordnung:

- Einhalten eines Mindestabstands,
- Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung,
- Vorlage eines negativen Ergebnisses einer gemäß § 1a durchgeführten Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2,
- Kontaktdatenerfassung,
- Kapazitätsbeschränkungen und
- Personenzahlbegrenzungen.

dd) Sofern das Zwei-G-Optionsmodell gewählt wird, gelten folgende Vorgaben (§ 1d Absatz 2):

- Zutritt haben grundsätzlich nur Geimpfte oder Genesene, die einen Impfbeziehungsweise Genesenennachweis nach § 2 Nummer 2 und 3 COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in Verbindung mit einem amtlichen Lichtbildausweis vorlegen können und bei denen aktuell kein typisches Symptom oder sonstiger Anhaltspunkt für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, wie zum Beispiel Atemnot, neu auftretender Husten, Fieber und Geruchs- oder Geschmacksverlust, vorliegt.
- Die genannten Nachweise müssen vor dem Betreten vorgelegt werden.
- Die Nachweispflicht gilt auch für die Beschäftigten oder sonst tätigen Personen, die sich mit Kunden, Besuchern, Gästen, Veranstaltungsteilnehmern oder sonstigen Personen, die das jeweilige Angebot in Anspruch nehmen, in denselben Räumlichkeiten oder räumlichen Bereichen aufhalten.
- Die verantwortlichen Personen haben in geeigneter, deutlich erkennbarer Weise darauf hinzuweisen, dass sich das Angebot ausschließlich an Geimpfte und Genesene richtet. Allen Personen wird empfohlen, eine medizinische Gesichtsmaske oder Atemschutzmaske zu tragen.
- Die Inanspruchnahme des Zwei-G-Optionsmodells hat die verantwortliche Person der zuständigen Gesundheitsbehörde nach § 2 Infektionsschutzausführungsgesetz Mecklenburg-Vorpommern vorab anzuzeigen und dabei die Anlage III zu verwenden.
- Sofern sich das Angebot überwiegend an Personen nach § 1d Absätze 3 bis 7 richtet (diese Vorschriften enthalten Maßgaben dafür, welche Personen den Geimpften und Genesenen gleichgestellt sind), ist die Ausübung des Zwei-G-Optionsmodells ausgeschlossen.

Die Einhaltung dieser Vorgaben ist dringend erforderlich, um für alle anwesenden Personen eine sichere Anwendung des Zwei-G-Optionsmodells zu gewährleisten.

ee) Folgende Personen sind den Geimpften und Genesenen gleichgestellt (§ 1d Absätze 3 bis 8):

- Personen, die das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sofern bei ihnen aktuell kein typisches Symptom oder sonstiger Anhaltspunkt für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegt (§ 1d Absatz 3).
- Personen, die das 7. Lebensjahr, nicht jedoch das 12. Lebensjahr vollendet haben, unter folgenden Maßgaben (§ 1d Absatz 4):
 - o Vorlage eines amtlichen Lichtbildausweises oder sonst geeigneten Dokuments, aus dem die Nichtvollendung des 12. Lebensjahres folgt,
 - o Nachweis über ein negatives Ergebnis einer gemäß § 1a durchgeführten Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2,
 - o aktuell liegt kein typisches Symptom oder sonstiger Anhaltspunkt für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vor.
- Bis zum 30. November 2021 Personen, die das 12. Lebensjahr, nicht jedoch das 16. Lebensjahr vollendet haben und noch nicht vollständig geimpft sind, sofern
 - o ein amtlicher Lichtbildausweis oder sonst geeignetes Dokument vorgelegt wird, aus dem die Nichtvollendung des 16. Lebensjahres folgt,
 - o ein Nachweis über ein negatives Ergebnis einer gemäß § 1a durchgeführten Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und
 - o bei dieser Person aktuell kein typisches Symptom oder sonstiger Anhaltspunkt für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegt (§ 1d Absatz 5).
- Diese Ausnahmen beruhen auf folgenden Erwägungen:
 - Kinder, die noch nicht das 7. Lebensjahr vollendet haben, unterliegen nicht der Testpflicht des Ordnungsgebers (siehe § 1a Absatz 7 Satz 4).
 - Aufgrund der körperlichen Beschaffenheit von Kindern, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist bei einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 kein schwerer Krankheitsverlauf zu erwarten. Durch dieses geringe Risiko ist auch keine Überlastung des Gesundheitssystems zu erwarten. Kinder übertragen SARS-CoV-2 zudem wesentlich seltener als Erwachsene, sodass Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ohne epidemiologische Bedenken zum Zwei-G-Optionsmodell zugelassen werden können.
 - Da das Lungen- und Atemvolumen von Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 16 Jahre deutlich größer ist als bei Kindern, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, steigt das Risiko der Menge potentiell ausgeschiedener Viren, die sich danach mehr und mehr der von Erwachsenen angleichen. Kinder dieser Altersgruppe sollen trotz

Impfempfehlung vorübergehend nicht vom Gesellschaftsleben ausgeschlossen werden (§ 28a Absatz 6 Satz 2 IfSG). Sie haben die Möglichkeit, bis Ende November 2021 mit einem negativen Schnell- oder Selbsttestergebnis an den Angeboten der Zwei-G-Modelle teilzunehmen. Dieses Zeitfenster ermöglicht die Durchführung einer vollständigen Impfung. Etwaige Ausnahmeregelungen werden jedoch ab Dezember 2021 nicht mehr als notwendig erachtet und könnten zudem gegenüber ungeimpften Erwachsenen, für die eine Impfempfehlung vorliegt, nur schwer gerechtfertigt werden, zumal die betroffenen Kinder mit Blick auf Ansteckungsrisiken und Infektiosität im Fall einer Ansteckung den nicht immunen Erwachsenen zunehmend gleichzustellen sind.

- Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können, falls
 - o sie ein ärztliches Attest vorlegen, in dem die medizinische Kontraindikation gegen eine Coronavirus SARS-CoV-2-Impfung bescheinigt wird,
 - o der Nachweis über ein negatives Ergebnis einer gemäß § 1a durchgeführten Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und
 - o bei dieser Person aktuell kein typisches Symptom oder sonstiger Anhaltspunkt für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegt (§ 1d Absatz 6).

Diese Personen sollen aus sozialen Gründen die Möglichkeit erhalten, an einem Angebot eines Zwei-G-Optionsmodell teilnehmen zu können (§ 28a Absatz 6 Satz 2 IfSG). Die Möglichkeit der Teilhabe ist verfassungsrechtlich geboten, da Personen, mit medizinischer Kontraindikation aufgrund außerhalb ihres Einflusses liegender Umstände an einer Impfung gehindert sind. Der Verordnungsgeber verkennt dabei nicht seine Schutzpflicht aus Art. 2 Absatz 2 Satz 1 GG gegenüber den nicht impfbaren Personen. Diese können sich durch Halten von Abstand und Tragen einer Atemschutzmaske schützen. Ungeimpfte Personen entscheiden sich zudem bewusst selbst dafür, ein nicht völlig ausschließbares Infektionsrisiko mit der Teilnahme an einer 2-G-Veranstaltung einzugehen. Es besteht überdies bei der Durchführung eines Zwei-G-Optionsmodells kein Teilnehmerzwang.

- Bis zum 30. November 2021 Schwangere, sofern
 - o ein ärztliches Attest vorgelegt wird, in dem die bestehende Schwangerschaft bescheinigt wird,
 - o der Nachweis über ein negatives Ergebnis einer gemäß § 1a durchgeführten Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und
 - o bei dieser Person aktuell kein typisches Symptom oder sonstiger Anhaltspunkt für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegt (§ 1d Absatz 7).

Da für die Personengruppe der Schwangeren erst seit dem 10. September 2021 eine Impfempfehlung der Ständigen Impfkommision besteht, ist die Ausnahmeregelung zeitlich befristet. Im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnung kann diese Personengruppe daher auf Grundlage einer

Impfempfehlung noch nicht über einen vollständigen Impfschutz unter Einhaltung des empfohlenen Abstands zwischen Erst- und Zweitimpfung der zugelassenen Impfstoffe verfügen. Das Zeitfenster ermöglicht die Durchführung einer vollständigen Impfung. Ab Dezember 2021 werden etwaige Ausnahmeregelungen jedoch nicht mehr als notwendig erachtet. Sie könnten zudem gegenüber anderen ungeimpften Erwachsenen, für die eine Impfempfehlung vorliegt, nur schwer gerechtfertigt werden.

- Nicht genesene oder nicht vollständig geimpfte Beschäftigte oder sonst tätige Personen, falls
 - o sie ein negatives Ergebnis einer gemäß § 1a Absatz 2a in Verbindung mit Absatz 7 durchgeführten Testung (Nukleinsäurenachweis) auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 spätestens zu Arbeitsbeginn vorlegen,
 - o bei ihnen aktuell kein typisches Symptom oder sonstiger Anhaltspunkt für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorliegt und
 - o sie während der Dauer der Veranstaltung oder des Angebots eine medizinische Gesichtsmaske oder Atemschutzmaske tragen (§ 1d Absatz 8).

Diese Regelung ist erforderlich, damit anbietende oder dienstleistende Personen auch ohne einen Impf- oder Genesenennachweis bei der Durchführung eines Zwei-G-Optionsmodells tätig sein dürfen. Diese Sonderregelung für diese Personen sind gerechtfertigt, um unverhältnismäßige Eingriffe insbesondere in die Berufsfreiheit (Artikel 12 GG) zu verhindern.

ff) Weitere Maßgaben:

- Die verantwortliche Person hat durch eine wirksame Zugangskontrolle zu gewährleisten, dass die Vorgaben nach den Absätzen 1 bis 8 eingehalten werden. Sie hat zudem die Erfüllung der Vorgaben personenbezogen zu prüfen (§ 1d Absatz 9).
- Der verantwortlichen Person wird dringend empfohlen, eine Kontaktdatenerfassung für den Innenbereich anzubieten. Den Teilnehmenden wird ebenfalls dringend empfohlen, das Angebot der Kontaktdatenerfassung anzunehmen (§ 1d Absatz 10).
- § 8 Absatz 9b Satz 2, der bei einem Infektionsgeschehen der Stufe 4 eine 2-G-Regelung für Veranstaltungen mit mehr als 2.500 Personen im Innenbereich und mehr als 5.000 Personen im Außenbereich beinhaltet, bleibt unberührt (§ 1d Absatz 11).

b) Veranstaltungen

- Die bisherige Begrenzung auf maximal 15.000 Besucher entfällt.
- Bei Veranstaltungen im Außenbereich kann die zuständige Gesundheitsbehörde im Rahmen des Genehmigungsverfahrens nunmehr eine vom Mindestabstand von 1,5

Meter abweichende Besucherzahl zulassen. Dabei ist die Besucherzahl so zu begrenzen, dass sie 75% der zulässigen Höchstkapazität oder eine teilnehmende Person pro vier Quadratmeter nicht übersteigt (Anlage 44 Abschnitt II Nummer 2c bb).

- Tanzveranstaltungen sind aufgrund des erhöhten Infektionsrisikos hinsichtlich ihrer Besucherzahl so zu begrenzen, dass sie im Innenbereich 50% der zulässigen Höchstkapazität oder eine teilnehmende Person pro zehn Quadratmeter und im Außenbereich 75% der zulässigen Höchstkapazität oder eine teilnehmende Person pro vier Quadratmeter nicht übersteigen (Anlage 44 Abschnitt II Nummer 3d).

c) Spezialmärkte, Jahrmärkte sowie Volksfeste

Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens hat die zuständige Gesundheitsbehörde unter anderem zu berücksichtigen, dass Abweichungen vom Mindestabstand von 1,5 Meter zwischen den Besuchern möglich sind; die Besucherdichte sollte sich im Außenbereich an einem Richtwert von vier Quadratmeter pro Person orientieren. Soweit möglich und zulässig können die Veranstaltungsfläche oder Teile davon durch Absperrungen abgegrenzt und Einlasskontrollen zur Regulierung der Besucherzahl durchgeführt werden (Anlage 14 Abschnitt I Nummer 3a).

d) Kontaktdatenerfassung im Außenbereich

Die Pflicht zur Erfassung der anwesenden Personen in einer Anwesenheitsliste nach den Anlagen 3 ff. entfällt im Außenbereich.

e) Sofern in der Corona-LVO eine Person einen Nachweis über ein negatives Ergebnis einer gemäß § 1a durchgeführten Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 benötigt, muss sie diesen nunmehr vorlegen. Es reicht nicht mehr aus, bloß über diesen Nachweis zu verfügen. Dies gilt beispielsweise für die Nutzung der Innenbereiche von Galerien, kulturellen Ausstellungen, Museen und Gedenkstätten (§ 2 Absatz 8 i.V.m. Anlage 8 Abschnitt I Nummer 2 oder die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Heilmittelbereich, bei Friseuren oder im Kosmetik- und Nagelstudios (§ 2 Absatz 3 i.V.m. Anlage 3 Nummer 5).