

## **Allgemeine Begründung (gemäß § 28a Absatz 5 IfSG) der Verordnung vom 3. November 2021 zur Siebzehnten 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 Genehmigungspflicht von Volksfesten, Jahrmärkten und Spezialmärkten sowie Konkretisierungen zum Umgang mit Daten, die im Zusammenhang mit der Corona-LVO M-V erhoben und gespeichert werden.

Ziel der Corona-LVO M-V ist und bleibt dabei die bestmögliche Bekämpfung und Eindämmung des SARS-CoV-2-Virus und insbesondere der 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 weiter ansteigen und damit unweigerlich zu einer Überforderung des Gesundheitssystems führen. Zudem würde mit großer Wahrscheinlichkeit die Zahl der schweren Verläufe und der Todesfälle erheblich ansteigen.

Andere mildere Mittel stehen entweder nicht zur Verfügung oder erweisen sich 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. Dezember 2021 befristet (siehe § 28a Absatz 5 IfSG), um die Infektionszahlen weiterhin möglichst 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 Ordnungsgebers 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, 15. September 2021 sowie 6. Oktober 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 124,1 Milliarden Euro bewilligt.<sup>1</sup>

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. Dezember 2021, verlängert.<sup>2</sup>

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

---

<sup>1</sup> Informationen der Bundesregierung über das Coronavirus in Deutschland, abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus> (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>2</sup> Information des Bundesfinanzministeriums, abrufbar unter: <https://www.bundesfinanzministerium.de/Web/DE/Themen/Schlaglichter/Corona/corona.html> (zuletzt aufgerufen am 3. November 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.

Die Landesregierung unterstützt in der Corona-Krise auch Künstler, Kulturschaffende, Träger der allgemeinen und politischen Weiterbildung sowie Gedenkstätten. Die Hilfen sind Teil des MV-Schutzfonds. Hatte dieser Fonds zunächst den Fokus auf die Zeit der Schließung von Einrichtungen und der massiven Einschränkungen von Kunst und Kultur gerichtet, so unterstützt er nunmehr Kulturschaffende und Träger mittlerweile gleichermaßen während der Phase der Wiedereröffnung und Wiederinbetriebnahme von Einrichtungen sowie der Wiederaufnahme von Veranstaltungen.

Bislang hat das Land rund 10,7 Mio. Euro aus dem MV-Schutzfonds bewilligt.

Kultureinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern können auch über das Ende des Jahres 2021 hinaus Förderung aus diesem Fonds erhalten; sie ist bis zum 31. Dezember 2022 verlängert worden. Davon profitieren sowohl Träger gemeinnütziger Projekte, die eine regelmäßige Förderung des Landes erhalten als auch solche, die keine regelmäßige Förderung bekommen.

Ebenso werden die Zuwendungen für die so genannte Säule 7 des MV-Schutzfonds Kultur verlängert. Das kommt allen kulturellen Einrichtungen zugute, die bislang eine Förderung des Bundes aus dem Programm NEUSTART Kultur erhalten haben und einen Eigenanteil aufbringen müssen. Die 7. Säule des MV-Schutzfonds Kultur ermöglicht den Empfängern die Refinanzierung dieses Eigenanteils, sodass Künstler oder Kultureinrichtungen mit ihrem Antrag auf Bundesmittel hieran nicht mehr scheitern.

Neben den Programmen des Bundes und des Landes zur wirtschaftlichen Bewältigung der Folgen der Corona-Pandemie treten weitere Maßnahmen, wie die erweiterten

Möglichkeiten zur Gewährung von Kurzarbeitergeld, 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 (Variants of Concern = 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 Lambda (C.37, erstmals nachgewiesen in Peru) und Mu (B 1.621, erstmals aufgetreten in Kolumbien) stehen derzeit bei der WHO auf der Liste der Varianten, die unter besonders intensiver Beobachtung stehen (Variants of Interest = VOI).<sup>3</sup>

Für die Variante Alpha gibt es klinisch-diagnostische und epidemiologische Hinweise auf eine deutlich erhöhte Übertragbarkeit und schwerere Krankheitsverläufe.<sup>4</sup> Nach bisherigen Daten ist Delta die ansteckendste bisher bekannte Coronavirus-Variante:<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup> 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.<sup>7</sup>

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.<sup>8</sup> Die leicht verringerte Schutzwirkung bei Delta zeigte sich hauptsächlich nach Erhalt der ersten Impfstoffdosis, also bei noch nicht vollständig geimpften Personen, und in Bezug

---

<sup>3</sup> WHO, Tracking SARS-CoV-2 variants, abrufbar unter: <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/> (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>4</sup> 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](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virologische_Basisdaten.html;jsessionid=E16FCB499DEC08B95E48FD60D325820B.internet051?nn=13490888#doc14716546bodyText3) (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>5</sup> Siehe Fn. 4.

<sup>6</sup> 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 3. November 2021).

<sup>7</sup> vgl. RKI, Risikobewertung zu COVID-19, abrufbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Risikobewertung.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html) (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>8</sup> Siehe Fn. 4.

auf milde Krankheitsverläufe.<sup>9</sup> 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.<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup>

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

## b) Deutschland

Die ersten vier obengenannten Virus-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.<sup>13</sup> 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) in der Meldewoche 42 bei 99,7 %; Alpha (B.1.1.7), Beta (B.1.351) und Gamma (P.1) wurden nicht nachgewiesen.<sup>14</sup>

---

<sup>9</sup> vgl. RKI, Übersicht zu besorgniserregenden SARS-CoV-2-Virusvarianten (VOC), abrufbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Virusvariante.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virusvariante.html) (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021); Lopez Bernal et al., Effectiveness of COVID-19 vaccines against the B.1.617.2 variant, 24. Mai 2021, abrufbar unter: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.22.21257658v1> (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>10</sup> 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](https://media.tghn.org/articles/Effectiveness_of_COVID-19_vaccines_against_hospital_admission_with_the_Delta_B._G6gnnqJ.pdf); Aziz Sheikh et al., SARS-CoV-2 Delta VOC in Scotland: demographics, risk of hospital admission, and vaccine effectiveness, 14. Juni 2021, abrufbar unter: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01358-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01358-1/fulltext) (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>11</sup> vgl. Lumley SF, O'Donnell D, Stoesser NE, Matthews PC, Howarth A, Hatch SB, et al: Antibody Status and Incidence of SARS-CoV-2 Infection in Health Care Workers. *N Engl J Med* 2021; 384:533-540, 23. Dezember 2020, abrufbar unter: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2034545> sowie Hall V, Foulkes S, Charlett A, Atti A, Monk E, Simmons R, et al. Do antibody positive healthcare workers have lower SARS-CoV-2 infection rates than antibody negative healthcare workers? Large multi-centre prospective cohort study (the SIREN study), England: June to November 2020, medRxiv, 15. Januar 2021, abrufbar unter: <https://doi.org/10.1101/2021.01.13.21249642> (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>12</sup> 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 3. November 2021) mit Hinweis auf eine Studie des Forschungsteams um Dr. Michael E. Ohi von der University of Iowa, abrufbar unter: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2781969> (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>13</sup> 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](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Berichte-VOC-tab.html) (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>14</sup> RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 28. Oktober 2021, Seite 33, abrufbar unter: [https://www.rki.de/SiteGlobals/Forms/Suche/serviceSucheForm.html;jsessionid=A346FD3C855D9FDE8260C23B3CD9952B.internet091?nn=2725444&input\\_=2420766&gts=2725442\\_list%253DdateOfIssue\\_dt%252Bdesc&resourceId=2390936&submit.x=0&submit.y=0&searchEngineQueryString=W%253B6chentlicher+Lagebericht&pageLocale=de](https://www.rki.de/SiteGlobals/Forms/Suche/serviceSucheForm.html;jsessionid=A346FD3C855D9FDE8260C23B3CD9952B.internet091?nn=2725444&input_=2420766&gts=2725442_list%253DdateOfIssue_dt%252Bdesc&resourceId=2390936&submit.x=0&submit.y=0&searchEngineQueryString=W%253B6chentlicher+Lagebericht&pageLocale=de) (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

Der Sieben-Tage-R-Wert lag am 3. November 2021 bei 0,95.<sup>15</sup>

Das RKI schätzt die Gefährdung für die Gesundheit der nicht oder nur einmal geimpften Bevölkerung in Deutschland insgesamt weiterhin als hoch ein. Für vollständig Geimpfte (einschließlich solcher mit ggf. empfohlener „Booster-Impfung“) wird die Gefährdung als moderat eingeschätzt. Hohe Sieben-Tage-Inzidenzen (> 100 pro 100.000 Einwohner) wurden in den Altersgruppen der 5- bis 49-Jährigen sowie der > 90-Jährigen beobachtet. In allen Altersgruppen zwischen 5 und 19 Jahren lag die Sieben-Tage-Inzidenz nun bei über 170 pro 100.000 Einwohnern; bei den 10- bis 14-Jährigen lag sie über 200 pro 100.000 Einwohnern.

Die mit Abstand höchste Inzidenz hospitalisierter Fälle wurde in der 42. Meldewoche 2021 in der Altersgruppe der ab 80-Jährigen verzeichnet, gefolgt von der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen.

Die Anzahl der in der syndromischen Krankenhaus Surveillance erfassten hospitalisierten und intensiv-pflichtigen Patienten mit schweren akuten Atemwegsinfektionen (SARI-Fälle) ist insgesamt im Verlauf der letzten Woche in fast allen Altersgruppen stark angestiegen. Zudem ist der Anteil von COVID-19-Erkrankungen an SARI-Fällen weiter gestiegen und liegt nun bei 23 %. Dieser Anteil ist in den Altersgruppen 15 bis 34 Jahre sowie 35 bis 59 Jahre mit 65 % bzw. 63 % besonders hoch. Der Anteil von COVID-19-Fällen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patienten lag in der 42. Kalenderwoche 2021 bei insgesamt 44 % (Vorwoche: 39 %). Mit Datenstand vom 27. Oktober 2021 werden 1.768 Personen mit einer COVID-19-Diagnose auf einer Intensivstation behandelt. Damit zeichnet sich über die letzten Wochen ein deutlicher Anstieg der Fallzahl von Patienten mit COVID-19-Diagnose auf den Intensivstationen ab.<sup>16</sup>

Das RKI verzeichnet seit Ende September 2021 wieder einen steigenden Trend der Sieben-Tages-Inzidenzen, der in der letzten Woche in allen Altersgruppen sichtbar wurde; die diesjährigen Fallzahlen sind deutlich höher als im gleichen Zeitraum des Vorjahres.<sup>17</sup> Am 3. November 2021 betrug die bundesweite Sieben-Tage-Inzidenz der Neuinfizierten 146,6 Fälle je 100.000 Einwohner; die Werte in den Bundesländern lagen zwischen 338,2 pro 100.000 Einwohner in Thüringen und 69,4 im Saarland. In Deutschland wurden bis zum 3. November 2021 insgesamt mindestens 112.237.357 Impfungen verabreicht, mit denen 69,5 % der Bevölkerung mindestens eine der zwei notwendigen Impfungen gegen COVID-19 erhalten haben. Mindestens 66,8 % sind bereits vollständig gegen COVID-19 geimpft.<sup>18</sup>

Die Zahl der Genesenen beläuft sich auf rund 4.315.100,<sup>19</sup> was einem Anteil von rund 5,2 % an der Gesamtbevölkerung entspricht.

---

<sup>15</sup> RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) vom 3. November 2021, Seite 3, abrufbar unter:

[https://www.rki.de/SiteGlobals/Forms/Suche/serviceSucheForm.html;jsessionid=80303A123896FC91BEC426068A459E35.internet051?nn=2725444&input\\_=2725444&gts=2725442\\_list%253DdateOfIssue\\_dt%252Bdesc&resourceId=2390936&submit.x=0&submit.y=0&searchEngineQueryString=T%C3%A4glicher+Lagebericht&pageLocale=de](https://www.rki.de/SiteGlobals/Forms/Suche/serviceSucheForm.html;jsessionid=80303A123896FC91BEC426068A459E35.internet051?nn=2725444&input_=2725444&gts=2725442_list%253DdateOfIssue_dt%252Bdesc&resourceId=2390936&submit.x=0&submit.y=0&searchEngineQueryString=T%C3%A4glicher+Lagebericht&pageLocale=de) (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>16</sup> RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 28. Oktober 2021, Seite 3 (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>17</sup> vgl. Fn 16.

<sup>18</sup> RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) vom 3. November 2021, Seiten 1 und 2 (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>19</sup> RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 3. November 2021, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

Vor dem Hintergrund steigender Infektionszahlen in allen Bundesländern, hatten 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:<sup>20</sup>

- 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. Drei-G-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.
- 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 3. November 2021 wurden insgesamt 1.244 Hospitalisierungen mit COVID-19 neu gemeldet, die Sieben-Tage-Inzidenz der hospitalisierten Fälle betrug 3,62 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 wieder auf 2.136. Der Anteil an COVID-19-Fällen auf Intensivstationen (ITS) belief sich auf 9,6 %.<sup>21</sup>

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

---

<sup>20</sup> 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 3. November 2021).

<sup>21</sup> RKI, Täglicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 3. November 2021, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).



Neuinfizierten in Mecklenburg-Vorpommern von 158,3 am 14. April 2021 führte.<sup>22</sup> 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.<sup>23</sup> Seit dem 15. Juli 2021 nehmen die Infektionszahlen wieder zu. Am 3. November 2021 lag der Inzidenzwert der Neuinfektionen landesweit bei 119,1 (Geimpfte 41,6; Ungeimpfte 232,1).<sup>24</sup>

Insgesamt befindet sich die Zahl der Neuinfektionen mit 516 gemeldeten Fällen am 3. November 2021<sup>25</sup> sowie 1.953 Fällen im Zeitraum vom 28. Oktober 2021 bis zum 3. November 2021 auf einem Niveau, das einen kontrollierten Umgang mit der Pandemie, insbesondere durch die Nachverfolgung von Infektionsketten, weiterhin erschwert und jederzeit die Gefahr eines weiteren Anstiegs der Neuinfektionen in sich birgt.

In Mecklenburg-Vorpommern dominiert die Delta-Variante mit einem Anteil von 99,2 % (Stand 42. Kalenderwoche 2021).<sup>26</sup>

Die Situation in den Krankenhäusern ist relativ entspannt:

Am 3. November 2021 befanden sich insgesamt 97 infizierte Personen landesweit in den Krankenhäusern, woraus sich eine Sieben-Tage-Inzidenz der Hospitalisierten von 2,7 ergab. Dabei reichte die Spanne von 0,0 in der Landeshauptstadt Schwerin bis 6,2 im Landkreis Vorpommern-Rügen.<sup>27</sup>

18 Personen wurden am 3. November 2021 in den Krankenhäusern des Landes intensivmedizinisch behandelt, dies ergab eine ITS-Auslastung von 2,9 %.<sup>28</sup> Die Werte aus den Regionen reichten dabei von 2,1 % in der Landeshauptstadt Schwerin sowie den Landkreisen Nordwestmecklenburg und Ludwigslust-Parchim bis 4,2 % in den Landkreisen Vorpommern-Rügen und Vorpommern-Greifswald.

Weiterhin ist hierbei zu berücksichtigen, dass die in den Krankenhäusern tätigen Mitarbeiter bereits seit mehr als 18 Monaten 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; Bemühungen im Gesundheitswesen, diesen Missständen durch einen Personalaufwuchs

---

<sup>22</sup> 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 3. November 2021).

<sup>23</sup> LAGuS M-V, Täglicher Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 4. Juni 2021, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>24</sup> LAGuS M-V, Täglicher Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 3. November 2021, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>25</sup> LAGuS M-V, Täglicher Lageberichte zu SARS-CoV-2 Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 3. November 2021, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>26</sup> 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 29. Oktober, abrufbar unter: <https://www.comv-gen.de/aktueller-bericht/> (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>27</sup> LAGuS M-V, Täglicher Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 3. November 2021, Seite 1, abrufbar unter: [https://www.lagus.mvregierung.de/Gesundheit/InfektionsschutzPraevention/Daten-Corona-Pandemie](https://www.lagus.mvregierung.de/Gesundheit/InfektionsschutzPraevention/Daten-Corona-Pandemie/) (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>28</sup> LAGuS M-V, Täglicher Lagebericht zu SARS-CoV-2-Infektionen in Mecklenburg-Vorpommern vom 3. November 2021, Seite 1 (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

entgegenzutreten, sind nicht bekannt. 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 vom 27. Dezember 2020 bis zum 3. November 2021 insgesamt mindestens 1.083.214 Personen die Erstimpfung (Grundschutz) erhalten. Davon sind mindestens 1.050.490 mit der Zweitimpfung bereits vollständig geimpft. Hieraus ergibt sich mindestens eine Impfquote der Landesbevölkerung bei erster Impfung von 67,2 % und bei zweiter Impfung von 65,2 %.<sup>29</sup>

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 immer 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 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

---

<sup>29</sup> LAGuS M-V, Bericht über COVID-19-Impfungen in Mecklenburg-Vorpommern vom 3. November 2021, Seite 1, abrufbar unter: <https://www.lagus.mv-regierung.de/Gesundheit/InfektionsschutzPraevention/Daten-Corona-Pandemie/> (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

Überprüfung, wie mit dem neuen Infektionsgeschehen effektiv umgegangen werden kann. Hierbei wird seitens des Verordnungsgebers 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 erneut deutlich zugenommen. Die Sieben-Tage-Inzidenz der Hospitalisierungen, insbesondere bei vulnerablen Personengruppen, vornehmlich ältere Menschen mit Vorerkrankungen, steigt wieder an.<sup>30</sup> Die Fallfindung, die Kontaktpersonennachverfolgung und die Vermeidung körperlicher Nähe zwischen Menschen sowie die Einhaltung strenger Hygieneregeln ist weiterhin die gebotene Methode, um die Verbreitung des Virus weiter zu verlangsamen oder gar zu hemmen.<sup>31</sup> 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 Verordnungsgebers auf das notwendige, aber auch erforderliche Maß reduziert werden muss, um die Bedürfnisse der Bevölkerung sicherzustellen.

Im Fokus stehen unverändert die Impfungen, bei denen mittlerweile ein erheblicher Impffortschritt, gleichzeitig jedoch auch eine Stagnation der Impfungen zu verzeichnen ist. Da die verfügbaren Impfstoffe einen hohen Schutz vor der Entwicklung einer COVID-19-Erkrankung bieten, geht mit steigenden Impfquoten jedenfalls auch eine Entlastung des Gesundheitssystems einher.<sup>32</sup>

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.-42. Kalenderwoche 2021 für die Altersgruppe 18-59 Jahre bei rund 83 % und für die Altersgruppe  $\geq 60$  Jahre bei etwa 81 %. Für den Zeitraum der letzten vier Wochen (39.-42. Kalenderwoche) liegt die geschätzte Impfeffektivität für die Altersgruppe 18-59 Jahre bei ca. 75 % und für die Altersgruppe  $\geq 60$  Jahre bei ca. 73 %.<sup>33</sup> Auch wenn mit der hier vorgenommenen Mittelwert-Berechnung einer Überschätzung der Impfeffektivität entgegengewirkt wird, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die

---

<sup>30</sup> RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) vom 28. Oktober 2021, Seite 3 (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>31</sup> OVG Greifswald in seinem Beschluss vom 09.04.2020 – 2 KM 267/20, BeckRS 2020, 5675, Rn. 14, zitiert nach beck-online (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>32</sup> RKI, Wirksamkeit - Wie wirksam sind die COVID-19-Impfstoffe? Stand 2.11.2021, abrufbar unter: [https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ\\_Liste\\_Wirksamkeit.html](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Wirksamkeit.html) (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>33</sup> RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronaviurs-Krankheit-2910 (COVID-19) vom 28. Oktober 2021, Seite 23 (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021),

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.<sup>34</sup>

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.<sup>35</sup>

- 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.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> RKI, Wöchentlicher Lagebericht zur Coronaviurs-Krankheit-2910 (COVID-19) vom 28. Oktober 2021, Seite 23 (zuletzt aufgerufen am 3. November 2021).

<sup>35</sup> Siehe oben, Seite 2.

<sup>36</sup> 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

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

a) Volksfeste, Spezialmärkte, Jahrmärkte und ähnliche Einrichtungen

Die genannten Veranstaltungen sind nunmehr von den in der Corona-LVO M-V geregelten Testerfordernissen in denjenigen Landkreisen und kreisfreien Städten befreit, die der Risikostufe 1 zugeordnet werden (siehe § 1a Absatz 1 Sätze 1 und 2).

Sämtliche dieser Feste und Märkte, zu denen beispielsweise auch Weihnachtsmärkte zählen, bedürfen einer vorherigen Genehmigung der zuständigen Gesundheitsbehörde im Sinne des § 2 des Infektionsschutzausführungsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern (§ 2 Absatz 14 Satz 1); unberührt hiervon bleiben Genehmigungen, Zustimmungen pp. nach anderen Rechtsvorschriften.

Der Besuch der Innenbereiche dieser Veranstaltungen ist nur für vollständig geimpfte und genesene sowie solche Personen zulässig, die den Nachweis über ein negatives Ergebnis einer gemäß § 1a durchgeführten Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorlegen (§ 2 Absatz 14 Satz 2).

Die Genehmigungsbehörde muss beim Erlass von Allgemeinverfügungen sowie der Erteilung von Genehmigungen die Maßgaben der Anlage 14 berücksichtigen (§ 2 Absatz 14 Satz 3).

Hierzu gehören unter anderem:

aa) Allgemein (Anlage 14 Abschnitt I)

- Die zuständigen Gesundheitsbehörden haben im Rahmen einer Gefahrenabwehr über die Erforderlichkeit einer Allgemeinverfügung (zum Beispiel zur Pflicht der Vorlage eines negativen Testergebnisses) zu entscheiden.
- Veranstalter / Betreiber haben ein den örtlichen Gegebenheiten angepasstes Hygiene- und Sicherheitskonzept zu erstellen und mit der zuständigen Behörde abzustimmen. Besucheransammlungen sind insbesondere in den Laufwegen zu vermeiden; auch die Gestaltung der Verkaufreihen und einzelne Schaustellereinrichtungen haben sich daran zu orientieren.
- Zur Entzerrung der Besucherströme ist ein Wegeleitsystem zu entwickeln und umzusetzen. Ansammlungen sind entgegenzuwirken, insbesondere in den Bereichen für den Verzehr von Speisen und Getränken.
- Es ist eine Personenobergrenze zu prüfen und gegebenenfalls zu bestimmen. Die Richtwerte der Besucherdichte betragen im Außenbereich 4 qm und im Innenbereich 10 qm pro Person.
- Soweit es als notwendig und rechtlich zulässig erachtet wird, können die Veranstaltungsflächen oder Teile davon durch Absperrungen abgegrenzt und Einlasskontrollen zur Regulierung der Besucherzahl durchgeführt werden.

---

- Sieben-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen: bis zu 35, 50, 200 und über 200.

- Bei akuten Atemwegserkrankungen ist die Tätigkeit beziehungsweise die Inanspruchnahme der Leistung ausgeschlossen, sofern nicht durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird, dass keine COVID-19-Erkrankung vorliegt.
- Bei der Ausgabe von Speisen und Getränken muss zwischen Besuchern, die nicht an einem Tisch sitzen oder stehen (Imbiss), ein Abstand von 1,5 Meter gewahrt werden; an einem Tisch dürfen sich nicht mehr als 10 Besucher aufhalten.
- Den Besuchern wird dringend empfohlen,
  - o eine medizinische Gesichtsmaske oder Atemschutzmaske zu tragen, wenn sie nicht an einem Tisch sitzen oder stehen und
  - o den Mindestabstand von 1,5 Meter einzuhalten.
- Beschäftigte und Anbieter mit Besucherkontakt sind verpflichtet, eine medizinische Gesichtsmaske oder Atemschutzmaske zu tragen (vorbehaltlich der bekannten Ausnahmen).

#### bb) Innenbereich (Anlage 14 Abschnitt II)

- Erforderlich ist es, ein ergänzendes Konzept zur Verringerung der Aerosole-Belastung in den Innenbereichen zu entwickeln und umzusetzen.
- Die Besucherzahl ist zahlenmäßig - entsprechend der örtlichen Gegebenheiten - zu beschränken.
- Ab Risikostufe 2 sind Testpflichten für Besucher sowie Personen mit Kundenkontakt anzuordnen. Der Nachweis über ein negatives Ergebnis einer gemäß § 1a durchgeführten Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 ist vorzulegen.
- Es hat eine Kontaktdatenerfassung der anwesenden Personen zu erfolgen.
- Für Besucher besteht die Pflicht, eine Mund-Nase-Bedeckung oder eine Atemschutzmaske zu tragen (vorbehaltlich der bekannten Ausnahmen).

#### cc) Risikostufe 4 (Anlage 14 Abschnitt III)

- Angebote mit einer erwarteten gleichzeitig anwesenden Personenzahl von mehr als 1.250 Personen im Innenbereich und mehr als 2.500 Personen im Außenbereich:
  - o Es kann auf Antrag im besonders begründeten Einzelfall durch die zuständige Gesundheitsbehörde - im Einvernehmen mit dem Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit - eine Genehmigung erfolgen.
  - o Die Genehmigungsbehörde hat eine Personenobergrenze zu bestimmen; sie hat dabei anzuordnen, dass die Teilnahme und der Besuch nur für solche Personen zulässig ist, die einen Nachweis über ein negatives Ergebnis einer gemäß § 1a durchgeführten Testung auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorlegen.
- Angebote mit mehr als 2.500 Personen im Innenbereich und mehr als 5.000 Personen im Außenbereich dürfen (unter den vorgenannten Maßgaben) nur genehmigt werden, wenn ausschließlich vollständig geimpften und genesenen Personen der Zutritt gewährt werden soll.

## b) Datenschutz

Auf Basis der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erfolgten nähere Konkretisierungen und Klarstellungen:

### aa) Umgang mit Schnell- und Selbsttests (§ 1a)

Die in § 1a Absätzen 2 bis 5 genannten Stellen sind befugt, zum Zweck der Ausstellung der Bescheinigung die in der Anlage T genannten personenbezogenen Daten sowie abweichend von Artikel 9 Absatz 1 DSGVO das Testergebnis zu verarbeiten (§ 1a Absatz 6 Satz 2); die entsprechenden Unterlagen oder Dateien sind exakt vier Wochen aufzubewahren (§ 1a Absatz 6 Satz 3). Die Speicherfrist ergibt sich aus Art. 5 Absatz 1 lit. 2 DSGVO. Die Dokumentationspflicht gilt nicht, wenn der Nachweis nur für die Inanspruchnahme der Dienstleistung vor Ort berechtigt oder das Testergebnis positiv ist und die Anlage T nicht ausgehändigt wird (§ 1a Absatz 6 Satz 8).

### bb) Zwei-G-Optionsmodell (§ 1d)

Die beschäftigende Stelle ist bezüglich der im Betrieb, in der Einrichtung oder bei der Veranstaltung arbeitenden Beschäftigten oder sonst tätigen Personen befugt, abweichend von Art. 9 Absatz 1 DSGVO das Gesundheitsdatum über den Coronavirus-Impfstatus oder den Genesenenstatus zum Zweck des Nachweises nach § 1d Absatz 2 Nummer 1 (geimpft / genesen) zu verarbeiten; eine Verarbeitung zu anderen Zwecken ist unzulässig; Angaben zum Impf- oder Genesenenstatus der Beschäftigten sind innerhalb von zwei Wochen nach Ende des Einsatzes der Beschäftigten im Zusammenhang mit dem Zwei-G-Modell zu löschen; im Falle eines regelmäßigen Einsatzes beginnt die Frist, wenn die Beschäftigten länger als vier Wochen nicht im Rahmen des Zwei-G-Modells eingesetzt werden (§ 1d Absatz 2 Nummer 3).

Bezüglich der Kontaktdaten wird der verantwortlichen Person dringend empfohlen, eine für die Teilnehmenden freiwillige Erfassung für den Innenbereich anzubieten; die Teilnehmenden sind ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Kontaktdatenerfassung freiwillig erfolgt (§ 1d Absatz 10 Sätze 1 und 2).

### cc) Anlage T

Die Anlage T wurde um die Informationspflicht bei der Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person nach Artikel 13 DSGVO ergänzt.