

Zweiunddreißigste Verordnung
zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung
Vom 19. Februar 2021

Auf Grund von § 32 Satz 1 und § 36 Absatz 6 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert am 21. Dezember 2020 (BGBl. I S. 3136, 3137), in Verbindung mit dem Einzigsten Paragraphen der Weiterübertragungsverordnung-Infektionsschutzgesetz vom 8. Januar 2021 (HmbGVBl. S. 9) wird verordnet:

Einzigster Paragraph

Die Hamburgische SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 30. Juni 2020 (HmbGVBl. S. 365), zuletzt geändert am 11. Februar 2021 (HmbGVBl. S. 55, 70), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird in Teil 8 hinter dem Eintrag zu § 36a folgender Eintrag eingefügt:
„§ 36b Übergangsregelungen zur Einreisequarantäne“.
2. § 4c Absatz 2 erhält folgende Fassung:
„(2) Zulässig ist die Auslieferung von Gütern auf Bestellung sowie deren Abverkauf im Fernabsatz zur Abholung bei kontaktloser Übergabe außerhalb der Geschäftsräume unter Wahrung des Abstandsgebots nach Maßgabe des § 3 Absatz 2; die bargeldlose Bezahlung bei Abholung ist zulässig. Bei der Abholung gilt die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 8.“
3. In § 8 Absatz 2 werden hinter der Textstelle „Mund-Nasen-Bedeckung“ die Wörter „oder eine medizinische Maske“ eingefügt.
4. In § 35 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 sowie § 36 Absatz 2, Absatz 3 Sätze 1, 2 und 3, Absatz 4 erster Halbsatz und Nummer 3 sowie Absatz 6 Satz 2 wird jeweils das Wort „zehn“ durch die Zahl „14“ ersetzt.
5. § 36a wird wie folgt geändert:
 - 5.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:
„(1) Die Absonderung nach § 35 Absatz 1 Satz 1 endet für eine Person, die sich nicht in den letzten 14 Tagen vor ihrer Einreise in einem Hochinzidenzgebiet oder Virusvarianten-Gebiet im Sinne des § 3 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 oder 2 der Coronavirus-Einreiseverordnung aufgehalten hat, frühestens ab dem fünften Tag nach der Einreise, wenn eine Person über ein ärztliches Zeugnis oder Testergebnis hinsichtlich des Nichtvorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus auf Papier oder in einem elektronischen Dokument in deutscher, englischer oder französischer Sprache verfügt und sie dieses innerhalb von 14 Tagen nach der Einreise der zuständigen Behörde auf Verlangen unverzüglich vorlegt.“
 - 5.2 In den Absätzen 3 und 5 wird jeweils das Wort „zehn“ durch die Zahl „14“ ersetzt.

6. In Teil 8 wird hinter § 36a folgender § 36b eingefügt:

„§ 36b

Übergangsregelungen zur Einreisequarantäne

Für Personen, die bis zum Ablauf des 19. Februar 2021 in die Freie und Hansestadt Hamburg einreisen, gelten die §§ 35, 36 und 36a in der am 19. Februar 2021 geltenden Fassung. Für Personen, die ab dem 20. Februar 2021 in die Freie und Hansestadt Hamburg einreisen, gelten die §§ 35, 36 und 36a in der geltenden Fassung.“

7. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

7.1 In Nummer 10 werden hinter der Textstelle „Mund-Nasen-Bedeckung“ die Wörter „oder eine medizinische Maske“ eingefügt.

7.2 In Nummer 77 wird die Textstelle „§ 19 Absatz 3 Satz 1“ durch die Textstelle „§ 19 Absatz 3 Satz 3“ ersetzt.

7.3 In Nummer 78 wird die Textstelle „§ 19 Absatz 3 Satz 2“ durch die Textstelle „§ 19 Absatz 3 Satz 4“ ersetzt.

Hamburg, den 19. Februar 2021

Die Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration

Begründung zur Zweiunddreißigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung

A.

Anlass

Mit der Zweiunddreißigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung werden unter Berücksichtigung der aktuellen epidemiologischen Lage bestehende Quarantänemaßnahmen für Ein- und Rückreisende (Teil 8) ergänzt sowie die Regelungen im Einzelhandel über den Abverkauf im Fernabsatz zur Abholung bei kontaktloser Übergabe (§ 4c Absatz 2) um die Möglichkeit zur bargeldlosen Zahlung bei Abholung erweitert. Ferner werden Klarstellungen sowie redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

Wegen der aktuellen epidemiologischen Lage wird auf die täglichen Lageberichte des Robert Koch-Instituts (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html) sowie die Veröffentlichungen der Freien und Hansestadt Hamburg (<https://www.hamburg.de/coronavirus/>) verwiesen.

Die bisherigen Maßnahmen der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung wirken, wobei zuletzt sogar ein leichter Anstieg von Neuinfektionszahlen im wöchentlichen Vergleich zu verzeichnen war. Auch sind die Krankenhäuser und Intensivstationen weiterhin stark ausgelastet. Auch die Zahl der täglichen Neuinfektionen in der Freien und Hansestadt Hamburg liegt aufgrund der hohen Zahl an infizierten Personen und eines 7-Tage-R-Wertes, der sich nur knapp unter 1 bewegt, auf einem hohen Niveau.

Die aktuelle epidemiologische Gefahrenlage wird zudem durch das Auftreten von Mutationen des Coronavirus, die nunmehr auch das Stadtgebiet der Freien und Hansestadt Hamburg erreicht haben, erheblich gesteigert:

Derzeit werden weltweit verschiedene Virusvarianten nachgewiesen, für die sowohl die Auswirkung auf die Ausbrei-

tung des Coronavirus als auch die Wirksamkeit von Impfungen eingehend untersucht werden. Seit Mitte Dezember 2020 wird aus dem Vereinigten Königreich über die zunehmende Verbreitung einer neuen Virusvariante (B.1.1.7) berichtet, für die es klinisch-diagnostische und epidemiologische Hinweise auf eine erhöhte Übertragbarkeit gibt. Aus dem Vereinigten Königreich gibt es erste Hinweise darauf, dass Infektionen mit der Variante B.1.1.7 zu schwereren Krankheitsverläufen führen können.

Ebenfalls im Dezember 2020 wurde erstmals vom vermehrten Auftreten einer Coronavirus-Variante in Südafrika (B.1351) berichtet, die andere Varianten verdrängt hat, so dass eine erhöhte Übertragbarkeit zu besorgen ist.

Zudem gibt es im brasilianischen Bundesstaat Amazonas eine weitere SARS-CoV-2 Variante, die von der Linie B.1.1.28 abstammt.

Alle drei Varianten wurden bereits in Deutschland und die beiden erstgenannten auch in der Freien und Hansestadt Hamburg nachgewiesen. Mit ihrer weiteren Ausbreitung ist zu rechnen. Dies gilt insbesondere für die Virusvariante B.1.1.7. Die bisher vorliegenden Daten und Ergebnisse aus den Analysen lassen darauf schließen, dass die Virusvariante B.1.1.7 in den letzten Wochen zunehmend detektiert wurde. Es ist mit einer weiteren Erhöhung des Anteils der Virusvariante B.1.1.7 zu rechnen. Dies konnte bereits in anderen europäischen Ländern beobachtet werden.

Wegen der aktuellen Verbreitung der Virusvarianten von SARS-CoV-2 in Deutschland wird im Übrigen auf den Lagebericht des Robert Koch-Instituts (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Bericht_VOC_2021-02-10.pdf?__blob=publicationFile) verwiesen.

B.**Erläuterungen zu einzelnen Regelungen**

Zu §4c: Durch die Änderung von Absatz 2 wird im Rahmen des Abverkaufs im Fernabsatz zur Abholung bei kontaktloser Übergabe (sog. Click-and-Collect) die Möglichkeit geschaffen, bei der Abholung bargeldlos zu zahlen. Zur Klarstellung wird die im Einzelhandel geltende Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske in die Regelung aufgenommen.

Zu §8: Die Änderung des Absatzes 2 dient der redaktionellen Klarstellung.

Zu Teil 8 (Ergänzungen der Quarantänemaßnahmen für Ein- und Rückreisende)

Am 11. März 2020 wurde die Ausbreitung des Coronavirus von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Pandemie erklärt. Auch laut Einschätzung des Robert Koch-Instituts gibt es in einer erheblichen Anzahl von Staaten Ausbrüche mit zum Teil sehr großen Fallzahlen; nicht aus allen Staaten sind die genauen Fallzahlen bekannt. Ein Übertragungsrisiko besteht angesichts des hochdynamischen, exponentiell verlaufenden Infektionsgeschehens nach wie vor in einer Vielzahl von Regionen weltweit.

In vielen europäischen Staaten haben die ergriffenen, weitreichenden Maßnahmen zunächst Wirkung gezeigt und die Infektionszahlen sind gesunken. Allerdings bewegen sich die Infektionszahlen insgesamt weiter auf einem sehr hohen Niveau und sind sie in vielen Staaten zwischenzeitlich zum Teil wieder exponentiell gewachsen. Das Infektionsgeschehen ist weiterhin hoch dynamisch. Zwischen den EU-Mitgliedstaaten, den schengen-assoziierten Staaten (Island, dem Fürstentum Liechtenstein, Norwegen, Schweiz) sowie dem Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland besteht ein regelmäßiger Informationsfluss zu dem Pandemiegeschehen sowie den ergriffenen Maßnahmen. Somit liegen detaillierte Erkenntnisse über das Infektionsgeschehen in diesen Staaten vor, die eine auf Tatsachen basierende Beurteilung der Ansteckungswahrscheinlichkeit ermöglichen.

In Bezug auf Drittstaaten hat sich die Datenlage insofern verbessert, als weltweit mehr Erkenntnisse über die Pandemie zur Verfügung stehen, die durch die einzelnen Staaten und auch durch international anerkannte Institutionen berücksichtigt werden. Zugleich lässt sich auch besser einschätzen, welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, um die Ausbreitung der Pandemie einzudämmen, und anhand welcher Parameter das Infektionsgeschehen verlässlich beurteilt werden kann. Gleichwohl muss mit Blick auf diese Staaten differenziert werden:

Unverändert sind aus einigen Drittstaaten sehr gravierende Ausbruchsgeschehen bekannt, ohne dass die ergriffenen Maßnahmen verlässlich beurteilt werden könnten. Bei anderen fehlt es schon an belastbaren Erkenntnissen über die epidemiologische Lage. Deshalb liegt vor dem Hintergrund der weltweiten Pandemie für Einreisende aus diesen Staaten nahe, dass sie Krankheitserreger aufgenommen haben und sich deshalb absondern müssen, um die Schaffung neuer Infektionsherde zu verhindern.

Die möglicherweise eintretenden Schäden durch eine Einreise aus derartigen Risikogebieten ohne anschließende Absonderung können folgeschwer und gravierend sein. Ein- und Rückreisende aus Risikogebieten müssen deshalb grundsätzlich für vierzehn Tage abgesondert werden.

Für Einreisende aus bestimmten Risikogebieten mit einem besonders hohen Risiko werden korrelierend zur qualifizierten Gefahrsituation besondere Maßnahmen getroffen.

Dies betrifft insbesondere Personen, die sich in einem Risikobiet aufgehalten haben, für das durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Auswärtigen Amt und dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat ein besonders hohes Risiko für eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 festgestellt wurde, weil in diesem Risikogebiet eine besonders hohe Inzidenz für die Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 besteht (Hochinzidenzgebiet) oder bestimmte Varianten des Coronavirus SARS-CoV-2 verbreitet aufgetreten sind (Virusvarianten-Gebiet), deren Infektivität nach bisherigen Erkenntnissen noch über diejenige der bisher verbreiteten Form des Virus hinausgeht. Es ist daher mit einem weiteren möglicherweise exponentiellen Anstieg von Infektionen aufgrund der mutierten Virusvarianten zu rechnen. Die Erfahrung in anderen Ländern zeigt – wie zuvor unter A. dargestellt –, dass sich die Zahl der Neuinfektionen in sehr kurzer Zeit massiv vervielfachen kann und in dessen Folge Überlastungen des Gesundheitssystems eintreten. Demgegenüber verlaufen die Impfungen zu langsam, um eine Begrenzung der Virusausbreitung in absehbarer Zeit sicherzustellen. Zudem kann derzeit nicht hinreichend sicher ausgeschlossen werden, dass die Virusmutationen die Wirksamkeit der bisher zugelassenen Impfstoffe einschränken oder sogar infrage stellen können.

Es besteht die Gefahr, dass neu auftretende Virusvarianten nicht nur z.B. die Ausbreitung der SARS-CoV-2 Pandemie weiter beschleunigen, sondern auch die Wirkung einer durch Impfung oder durchgemachte Infektion erworbenen Immunität verringern, durch etablierte diagnostische Testverfahren schlechter nachweisbar sind oder eine Infektion mit einer neuen Virusvariante mit einer erhöhten Krankheitsschwere einhergeht. Somit ist zu befürchten, dass durch die Beschleunigung von Infektionsgeschehen in anderen Ländern sowie aufgrund der Verbreitung von neuen Virusvarianten die Bekämpfung dieser Pandemie mit einer potentiell tödlichen Krankheit weiter massiv erschwert wird und es zu einer weiteren Verstärkung der Belastung der medizinischen Einrichtungen kommt. Zum Schutz der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland und in der Freien und Hansestadt Hamburg sind deshalb zur Limitierung des Eintrags und damit zur Vermeidung einer schnellen Verbreitung neuer Virusvarianten nach wie vor eine Absonderung und die damit verbundenen Anforderungen dringend geboten.

Zu §35: Um eine weitere Ausbreitung von COVID-19 in der Bundesrepublik Deutschland einzudämmen, ist die Anordnung einer sich an die Einreise anschließenden häuslichen Absonderung weiterhin verhältnismäßig. Es handelt sich vorliegend um eine Krankheit, die welt-, bundes- und landesweit auftritt und sich sehr schnell ausbreitet. Es liegt eine dynamische und ernst zu nehmende Situation vor, insbesondere da bei einem Teil der Fälle die Krankheitsverläufe schwer sind und es auch zu tödlichen Krankheitsverläufen kommt. Die bisherige Strategie der schnellen Isolierung von ansteckungsverdächtigen Personen hat sich als erfolgreich erwiesen. Sie ist deshalb gerade auch in Anbetracht der zu schützenden hochwertigen Individualrechtsgüter Gesundheit und Leben sowie der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems als solchem verhältnismäßig. Ein unregelmäßiger Aufenthalt nach Einreise von Personen aus Risikogebieten muss verhindert werden. Dies gilt in besonderem Maße bei Virusvarianten-Gebieten sowie Hochinzidenzgebieten. Wissenschaftliche Erkenntnisse bestätigen, dass eine zügige Isolierung ansteckungsverdächtiger Personen der wirksamste Schutz gegen eine Ausbreitung des Virus ist.

Die in Satz 1 genannten Personen sind verpflichtet, sich unverzüglich nach der Einreise auf direktem Weg in ihre Haupt- oder Nebenwohnung oder in eine andere, eine Absonderung ermöglichende Unterkunft zu begeben und sich für einen Zeitraum von vierzehn Tagen nach ihrer Einreise ständig dort abzusondern.

Unter Berücksichtigung epidemiologischer Risiken beträgt die Absonderung nach § 35 Absatz 1 Satz 1 nach der Einreise aus einem Risikogebiet vierzehn Tage. In mehreren Staaten wurden gehäuft neue Virusvarianten nachgewiesen.

Auch in der Freien und Hansestadt Hamburg werden – wie unter A. dargestellt – aktuell bereits SARS-CoV-2 Erreger diagnostiziert, bei denen der Verdacht auf das Vorliegen einer neuen Variante besteht. Auch größere Ausbruchsgeschehen im Zusammenhang mit dem Erregernachweis sind bereits aufgetreten. Der Ursprung ist – soweit ermittelbar – auf einen Virusimport aus dem Ausland zurückzuführen.

Weitere Viruseinträge und die Weiterverbreitung ausgehend von Einreisenden müssen deshalb dringend sicher verhindert werden, da bei diesen Varianten – wie eingangs unter A. dargestellt – eine leichtere Übertragbarkeit anzunehmen ist. Es ist davon auszugehen, dass eine weitere Einschleppung dieser Varianten in die Freie und Hansestadt Hamburg die Verbreitung der Virusvarianten zusätzlich erheblich beschleunigen würde.

Aktuell wird zudem vermehrt ein Erkrankungsbeginn gegen Ende der Inkubationszeit festgestellt. Die Inkubationszeit gibt die Zeit von der Ansteckung bis zum Beginn der Erkrankung an. Nach Informationen des RKI wird die mittlere Inkubationszeit (Median) in den meisten Studien mit 5 bis 6 Tagen angegeben. In verschiedenen Studien wurde berichtet, zu welchem Zeitpunkt 95% der Infizierten Symptome entwickelt hatten; dabei lag das 95. Perzentil der Inkubationszeit bei 10 bis 14 Tagen.

Bei konservativer Betrachtung ist es im Rahmen des Vorsorgeprinzips deshalb geboten, den nicht ausschließbaren oberen Rahmen der Infektionswahrscheinlichkeit zugrunde zu legen. Maßgeblich ist somit, die zu betrachtende Aufenthaltsdauer, in der eine Infektion entstehen kann, als auch die Absonderungsdauer von zehn auf vierzehn Tagen zu erhöhen, um eine mögliche Infektion sicher zu erkennen oder gar auszuschließen. Eine Verweildauer von 14 Tagen ist gemessen an dem deutlich erhöhten Risiko der Beschleunigung des Infektionsgeschehens durch die fortschreitende Dominanz der Virusvarianten auch angemessen und zumutbar.

Bei den Änderungen in Absatz 2 handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen. An die Regelungen in Absatz 1 werden insbesondere Regelungen angepasst bezüglich sonstiger maßgeblicher Aufenthaltszeiträume, Zeiträume für Mitteilungspflichten bei auftretenden typischen Symptomen für eine Erkrankung mit den Coronavirus-SARS-CoV-2 sowie die Dauer von Aufbewahrungspflichten von Testergebnissen und ärztlichen Zeugnissen.

Zu § 36a: Personen, die sich aufgrund eines Aufenthalts in einem Hochinzidenzgebiet oder einem Virusvarianten-Gebiet

in die Quarantäne nach § 35 Absatz 1 begeben müssen, können die Absonderungsdauer nicht vorzeitig abkürzen. Diese Maßnahme ist flankierend zur Eindämmung der gefährlicheren Virusvarianten geboten, da Infektionen trotz der Testnachweise nicht mit der erforderlichen Sicherheit ausgeschlossen werden können. In Hochinzidenzgebieten liegt nahe, dass sich aufgrund der besonders hohen Inzidenzwerte auch Virusvarianten entsprechend schnell verbreiten könnten und damit nicht ausgeschlossen werden kann, dass ein verdecktes exponentielles Wachstum zumindest teilweise kausal für die festgestellte hohe Inzidenz sein kann. Die hinzunehmenden Einschränkungen einer nicht verkürzbaren Absonderungsdauer sind zumutbar und angemessen. Die Belange des Infektionsschutzes und der Eindämmung des Infektionsgeschehens wiegen dagegen schwer. Anderenfalls würden die bereits erreichten Ziele der mit den im Inland geltenden einschneidenden Maßnahmen zur Eindämmung des Pandemiegeschehens gefährdet oder sogar zunichtegemacht, weil durch die hohe Verbreitungsgeschwindigkeit der Virusvarianten ein verdecktes exponentielles Wachstum das Absinken der Inzidenzen überlagern kann. Ein Restrisiko, dass außerhalb der verkürzten Absonderungsfrist eine Infektion unentdeckt bleibt, ist angesichts der beobachteten vollständig unkontrollierten Verbreitung der Virusvarianten nicht hinnehmbar.

Da die Inkubationszeit im Fall einer Verkürzung der Absonderungszeit deutlich im Risikobereich verbleibt, ist eine erhöhte hinreichende Testsicherheit anzustreben. Um die Test-sicherheit angesichts der eingeräumten Befreiung von der vollen Absonderungszeit soweit wie möglich zu gewährleisten, ist eine molekularbiologische Untersuchung erforderlich. Sie ist gegenüber einem Verzicht auf eine Verkürzung der Absonderungszeit die mildere Variante und bei Aufenthalt in Risikogebieten, die nicht vorrangig die Gefahr der Einführung von Virusvarianten bergen, derzeit voraussichtlich auch gerade noch ausreichend.

Zu § 36b: Im Hinblick auf die Änderungen von § 36 und § 36a ist in § 36b eine Stichtagsregelung vorgesehen: Für Personen, die bis zum Ablauf des 19. Februar 2021 in die Freie und Hansestadt Hamburg einreisen, gelten die §§ 35, 36 und 36a der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung in der am 19. Februar 2021 geltenden Fassung. Für Personen, die ab dem 20. Februar 2021 in die Freie und Hansestadt Hamburg einreisen, gelten die Vorschriften dieser Verordnung.

Zu § 39: Die Änderung dient der redaktionellen Anpassung an die Änderung in § 8 Absatz 2 und weiteren redaktionellen Anpassungen.

Im Übrigen wird auf die Begründungen zur Zweiundzwanzigsten bis Einunddreißigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 20. November 2020, 27. November 2020, 8. Dezember 2020, 14. Dezember 2020 und 22. Dezember 2020 (HmbGVBl. S. 581, 595, 637, 659 und 707) sowie vom 7. Januar 2021, 8. Januar 2021, 19. Januar 2021, 21. Januar 2021 und 11. Februar 2021 (HmbGVBl. S. 1, 10, 19, 25 und 55) verwiesen.