

Neununddreißigste Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung

Vom 16. April 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 29. März 2021 (BGBl. I S. 370, 377, 378), in Verbindung mit dem Einzigem Paragraphen der Weiterübertragungsverordnung-Infektionsschutzgesetz vom 8. Januar 2021 (HmbGVBl. S. 9) wird verordnet:

§ 1

Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung

Die Hamburgische SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 30. Juni 2020 (HmbGVBl. S. 365), zuletzt geändert am 1. April 2021 (HmbGVBl. S. 173), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - 1.1 Der Eintrag zu § 10j wird gestrichen.
 - 1.2 Im Eintrag zu Teil 5 wird hinter den Wörtern „Vorgaben für Hochschulen“ die Textstelle „,Prüfungsämter“ eingefügt.
 - 1.3 Der Eintrag zu § 22 erhält folgende Fassung:
„§ 22 Hochschulen und Prüfungsämter“.
 - 1.4 Der Eintrag zu § 31 erhält folgende Fassung:
„§ 31 Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe“.
 - 1.5 Hinter dem Eintrag zu § 31 werden folgende Einträge eingefügt:
„§ 31a Werkstätten für behinderte Menschen, sonstige tagesstrukturierende Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Tagesförderstätten

§ 31b Interdisziplinäre oder Heilpädagogische Frühförderstellen und Erbringer sonstiger ambulanter Leistungen“.

- 1.6 Der Eintrag zu § 33 wird gestrichen.
2. § 7 wird wie folgt geändert:
 - 2.1 In Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
„Die Verpflichtungen nach Satz 1 können auch dadurch erfüllt werden, dass eine geeignete Anwendungssoftware verwendet wird, mittels derer Kontaktdaten sowie Erhebungsdatum und Uhrzeit programmgestützt erfasst werden; die Software muss für einen Zeitraum von vier Wochen eine Übermittlung an die zuständige Behörde ermöglichen.“
 - 2.2 In Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:
„Soweit gegenüber der oder dem zur Datenerhebung Verpflichteten Kontaktdaten angegeben werden, ist die besuchende oder teilnehmende Person zur vollständigen und wahrheitsgemäßen Angabe verpflichtet.“
3. In § 10a Absatz 1 Satz 2 wird hinter dem Wort „Masken“ das Wort „auch“ eingefügt.

4. In §10h Satz 1 Nummer 3 werden hinter dem Wort „schriftlich“ die Wörter „oder elektronisch“ eingefügt und die Textstelle „Absatz 1“ durch die Textstelle „Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.
5. §10j wird aufgehoben.
6. §19 wird wie folgt geändert:
- 6.1 In Absatz 3 Satz 2 wird hinter den Wörtern „berufsbezogene Ausbildungen“ die Textstelle „, für zweirädrige Kraftfahrzeuge“ eingefügt.
- 6.2 Hinter Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
 „(2a) Die für die Berufsausbildung und die berufliche Fortbildung nach dem Berufsbildungsgesetz in der Fassung vom 4. Mai 2020 (BGBl. I S. 921), geändert am 28. März 2021 (BGBl. I S. 591, 602), in der jeweils geltenden Fassung zuständigen Stellen können die Teilnahme an Prüfungen von einem negativen Coronavirus-Testnachweis nach §10h abhängig machen; die prüfende Stelle kann auch vorschreiben, dass im Falle eines PCR-Tests die dem Testergebnis zugrunde liegende Testung nicht länger als 24 Stunden zurückliegen darf oder dass die Testung am selben Tage vorgenommen worden sein muss.“
7. In der Überschrift zu Teil 5 wird hinter der Textstelle „Hochschulen,“ die Textstelle „Prüfungsämter,“ eingefügt.
8. §22 wird wie folgt geändert:
- 8.1 Die Überschrift erhält folgende Fassung:
 „Hochschulen und Prüfungsämter“.
- 8.2 Hinter Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:
 „(2a) Für Prüfungen der Hochschulen, der Landesprüfungsämter und der Prüfungsämter der Justiz, die in Präsenzform stattfinden, kann die jeweils prüfende Einrichtung für anwesende Personen im Rahmen eines Schutzkonzepts nach Maßgabe des §6 anordnen, dass:
1. eine Maskenpflicht nach §8 mit der Maßgabe besteht, dass eine medizinische Maske während der gesamten Prüfung, insbesondere auch durch die Prüflinge während des Verweilens auf den Sitzplätzen, zu tragen ist und
 2. die Teilnahme nur nach Vorlage eines negativen Coronavirus-Testnachweises nach §10h gestattet ist; die prüfende Einrichtung kann auch vorschreiben, dass im Falle eines PCR-Tests die dem Testergebnis zugrunde liegende Testung nicht länger als 24 Stunden zurückliegen darf oder dass die Testung am selben Tage vorgenommen worden sein muss.
- Das Schutzkonzept kann entsprechende Vorgaben für eine Testung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als Voraussetzung für eine Teilnahme an Lehrveranstaltungen der Hochschulen, die in Präsenzform stattfinden, vorschreiben.“
9. §24 Absatz 1 erhält folgende Fassung:
 „(1) Es wird eine erweiterte Notbetreuung in jeder Kindertagesstätte sichergestellt. Für Kinder, für die ein dringender Betreuungsbedarf besteht, bleiben die Kindertageseinrichtungen geöffnet. Die Betreuung wird Kindern gewährt,
1. bei denen eine Personensorgeberechtigte oder ein Personensorgeberechtigter eine Tätigkeit ausübt, die für die Daseinsvorsorge bedeutsam oder für die Aufrechterhaltung der wichtigen Infrastrukturen oder der Sicherheit (zum Beispiel bei Polizei, Feuerwehr, in Krankenhäusern, in der Pflege, der Eingliederungshilfe, in Versorgungsbetrieben) notwendig ist,
 2. die aus familiären Gründen oder aufgrund besonders gelagerter individueller Notfälle auf eine Betreuung angewiesen sind,
 3. deren Personensorgeberechtigte beziehungsweise Personensorgeberechtigter alleinerziehend ist,
 4. die das fünfte Lebensjahr vollendet haben.
- Die Betreuung nach Satz 3 Nummern 2 bis 4 ist mindestens 20 Stunden in der Woche zu gewähren.“
10. §30 wird wie folgt geändert:
- 10.1 Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
- 10.1.1 Am Ende der Nummer 1a wird das Komma durch ein Semikolon ersetzt und folgende Textstelle angefügt:
 „die Einrichtungen müssen täglich besucherfreundliche Testzeiten anbieten,“.
- 10.1.2 Nummer 3 erhält folgende Fassung:
 „3. jede pflegebedürftige oder betreuungsbedürftige Person darf maximal zwei Besuchende gleichzeitig empfangen; weiteren Besuchen im Rahmen der Sterbebegleitung soll von der Trägerin oder dem Träger zugestimmt werden; in Einzelfällen kann die Trägerin oder der Träger nach den Gegebenheiten der Einrichtung Besuchen von mehr als zwei gleichzeitig anwesenden Personen zustimmen,“.
- 10.1.3 Nummer 4 erhält folgende Fassung:
 „4. pflegebedürftigen oder betreuungsbedürftigen Personen ist in der Regel täglicher persönlicher Besuch im Rahmen der vor der Pandemie üblichen Besuchszeiten unter Beachtung der nachfolgenden Voraussetzungen zu ermöglichen:
- a) die Besuchspersonen nach Nummer 3 dürfen eine Wohneinrichtung oder Kurzzeitpflegeeinrichtung nur nach vorheriger Anmeldung und Terminbestätigung betreten,
 - b) es kann auch ein von der Trägerin oder dem Träger der Wohn- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung zu bestimmendes abweichendes Verfahren zur Anwendung kommen,
 - c) bei der Koordination der Besuchstermine ist der Zugang für Personen so zu begrenzen und zu überwachen, dass anwesende Personen auf der jeweils zur Verfügung stehenden Fläche das Abstandsgebot von 1,5 Metern einhalten können,“.
- 10.1.4 In Nummer 5 wird die Textstelle „§7 Absatz 1“ durch die Textstelle „§7 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.
- 10.1.5 Das Komma am Ende der Nummer 6 wird durch ein Semikolon ersetzt und folgende Textstelle angefügt:
 „bei pflegebedürftigen oder betreuungsbedürftigen Personen mit vollständigem Impfschutz können auch nähere physische Kontakte mit Besuchspersonen stattfinden,“.
- 10.1.6 Nummern 8 und 9 werden aufgehoben.
- 10.1.7 Nummer 10 wird Nummer 8.
- 10.2 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- 10.2.1 Das Komma am Ende der Nummer 1 wird durch ein Semikolon ersetzt und folgende Textstelle angefügt:
 „Abweichungen sind nach Maßgabe der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts möglich,“.

- 10.2.2 In Nummer 4 wird die Textstelle „die Körpertemperatur ist bei allen pflegebedürftigen Personen in Wohneinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen täglich zu messen;“ durch die Textstelle „die Körpertemperatur ist bei allen pflegebedürftigen Personen ohne vollständigen Impfschutz in Wohneinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen täglich zu messen;“.
- 10.2.3 In Nummer 5 werden die Wörter „und den pflegebedürftigen“ durch die Wörter „und nicht vollständig geimpften pflegebedürftigen“ ersetzt.
- 10.2.4 Nummer 6 erhält folgende Fassung:
- „6. für das Pflege- und Betreuungspersonal in den Wohn- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen gilt während der Arbeitszeit, für das Pflegepersonal von ambulanten Pflegediensten ab Betreten der Häuslichkeit bis zum Verlassen der Häuslichkeit, die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske; darüber hinaus sind die jeweils aktuellen Hinweise des Robert Koch-Instituts, insbesondere zum Umgang mit an COVID-19-Erkrankten oder einer solchen Erkrankung verdächtigen pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen im Rahmen der Möglichkeiten vor Ort zu beachten;“.
- 10.2.5 Das Komma am Ende der Nummer 7 wird durch ein Semikolon ersetzt und folgende Textstelle angefügt:
- „bei Kontakten innerhalb der Einrichtung zwischen vollständig geimpften pflegebedürftigen oder bereuungsbedürftigen Personen kann auf das Einhalten des Mindestabstands und das Tragen einer medizinischen Maske verzichtet werden;“.
- 10.2.6 In Nummer 8 wird die Textstelle „die Beschäftigten der Einrichtungen oder Dienste haben sich regelmäßig, mindestens zweimal pro Woche, einer Testung in Bezug auf eine Infektion mit dem Coronavirus mittels Point-of-Care (PoC)-Antigen-Test zu unterziehen;“ durch die Textstelle „vollständig geimpfte Beschäftigte der Einrichtungen oder Dienste haben sich mindestens einmal pro Woche, alle anderen Beschäftigten mindestens zweimal pro Woche, einer Testung in Bezug auf eine Infektion mit dem Coronavirus mittels PoC-Antigen-Test zu unterziehen;“.
- 10.3 Hinter Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:
- „(4a) Trägerinnen und Träger von Wohneinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind berechtigt, über die von geschulten Beschäftigten bei
1. Beschäftigten der Wohn- oder Kurzzeitpflegeeinrichtung,
 2. pflegebedürftigen oder betreuungsbedürftigen Personen,
 3. Besuchspersonen und
 4. Aufsuchenden
- durchgeführten Schnelltests eine Testbescheinigung zu erstellen, welche mindestens die Angaben nach § 10i Absatz 1 Nummer 4 Buchstaben a bis e enthalten muss.“
- 10.4 In Absatz 9 Satz 2 wird die Textstelle „Zu den geeigneten Maßnahmen gehört insbesondere das Vorhalten räumlich zusammenhängender Isolations- und Quarantänebereiche“ durch die Textstelle „Zu den geeigneten Maßnahmen gehört insbesondere die Möglichkeit der sofortigen Schaffung von Isolations- und Quarantänebereichen“ ersetzt.
11. § 31 erhält folgende Fassung:
- „§ 31
Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe
- (1) Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen im Sinne des § 2 Absatz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), zuletzt geändert am 9. Oktober 2020 (BGBl. I S. 2075, 2076), in denen Leistungen der Eingliederungshilfe in besonderen Wohnformen oder ambulant betreuten Wohngruppen (Wohneinrichtungen) erbracht werden, sind verpflichtet, ein einrichtungsspezifisches Schutzkonzept nach Maßgabe des § 6 für das Betreten und der für diese Einrichtungen geltenden Hygiene- und Infektionsschutzvorschriften zu erstellen.
- (2) Das Schutzkonzept muss darüber hinaus folgende Vorgaben enthalten:
1. zur Umsetzung der Vorgaben zur Kontaktdatenerhebung nach § 7,
 2. zur Dokumentation der besuchten Person und des Besuchszeitraums,
 3. zur Einhaltung von Präventionsmaßnahmen bei der Betreuung der leistungsberechtigten Person im Hinblick auf die Minimierung der Anzahl der Betreuer je zu betreuender Person und der Reduzierung des unmittelbaren Körperkontaktes zwischen diesen Personen, sowie
 4. zur Einhaltung der aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst.
- (3) Die Einrichtungen dürfen nur nach Maßgabe der in den Absätzen 1 und 2 genannten Schutzkonzepte betreten werden.
- (4) Die Wohneinrichtungen haben im Rahmen ihrer Kapazitäten Neuaufnahmen vorzunehmen. Vor einer Aufnahme einer leistungsberechtigten Person in eine Wohneinrichtung ist das negative Testergebnis eines PCR-Tests vorzulegen, dessen zugrunde liegende Testung nicht länger als 48 Stunden zurückliegen darf.
- (5) Bei einer erforderlichen Krankenhausbehandlung von leistungsberechtigten Personen ist die Trägerin oder der Träger der Wohneinrichtung verpflichtet, dem Krankenhaus vor Beginn des Transportes mitzuteilen, ob in ihrer Einrichtung eine Häufung von labordiagnostisch nachgewiesenen COVID-19-Erkrankungen oder Lungenentzündungen besteht. Vor einer erforderlichen Behandlung durch eine niedergelassene Ärztin oder einen niedergelassenen Arzt gilt Satz 1 entsprechend.
- (6) Bei der Rückkehr einer Bewohnerin oder eines Bewohners einer Wohneinrichtung nach einem Aufenthalt außerhalb der Wohneinrichtung über Nacht hat die rückkehrende Person
1. ein negatives Ergebnis eines bei ihr bzw. ihm durchgeführten Schnelltests nach § 10d vorzulegen, das nicht älter als 12 Stunden sein darf oder
 2. sich in der Einrichtung eines Schnelltests nach § 10d zu unterziehen.
- Der Test nach Satz 1 ist nach fünf Tagen zu wiederholen.
- (7) Die Einrichtungen dürfen von Besucherinnen und Besuchern nur betreten werden, wenn diese ein nega-

tives Ergebnis eines bei ihnen durchgeführten Schnelltests oder PCR-Tests nach § 10d vorlegen. § 10h gilt entsprechend.

(8) Für die Besucherinnen und Besucher gilt vom Zeitpunkt des Betretens bis zum Zeitpunkt des Verlassens der Einrichtung die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 8; in den Außenbereichen der Einrichtung gilt die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 8, wenn der Mindestabstand von 1,5 Metern, zum Beispiel beim Schieben eines Rollstuhls, sowie bei unmittelbarem Körperkontakt nicht eingehalten werden kann.

(9) Die in Wohneinrichtungen Beschäftigten haben sich regelmäßig, mindestens zweimal pro Woche, einer Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus mittels Schnelltest nach § 10d zu unterziehen; das Ergebnis ist der Trägerin oder dem Träger vorzulegen und von dieser oder diesem zu dokumentieren. Die Trägerin oder der Träger organisiert die erforderlichen Testungen.

(10) Die Trägerin beziehungsweise der Träger einer Wohneinrichtung ist nach Anordnung der Gesundheitsämter verpflichtet, bei allen Leistungsberechtigten sowie Beschäftigten unverzüglich einen Test auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus durchführen zu lassen, wenn diese Kontakt mit einer engen Kontaktperson entsprechend der Definition durch das Robert Koch-Institut hatten. In Abstimmung mit dem zuständigen Gesundheitsamt kann die Testung auf Leistungsberechtigte einzelner Einrichtungsteile und dort arbeitende Beschäftigte begrenzt werden.“

12. Hinter § 31 werden folgende §§ 31a und 31b eingefügt:

„§ 31a

Werkstätten für behinderte Menschen,
sonstige tagesstrukturierende Einrichtungen
der Eingliederungshilfe und Tagesförderstätten

(1) Werkstätten für behinderte Menschen, sonstige tagesstrukturierende Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Tagesförderstätten sind verpflichtet, ein einrichtungsspezifisches Schutzkonzept nach Maßgabe des § 6 für das Betreten und der für diese Einrichtungen geltenden Hygiene- und Infektionsschutzvorschriften zu erstellen.

(2) Das Schutzkonzept muss darüber hinaus folgende Vorgaben enthalten:

1. zur Umsetzung der Vorgaben zur Kontaktdatenerhebung nach § 7,
2. zu Differenzierungen nach Personengruppen, Arbeitsplätzen und gegebenenfalls Beschäftigungszeiten und
3. zum Zustimmungserfordernis der Menschen mit Behinderung beziehungsweise deren gesetzlicher Betreuungen zur Wiederaufnahme der Beschäftigung und Betreuung in der Einrichtung.

(3) Die Einrichtungen dürfen nur nach Maßgabe der in den Absätzen 1 und 2 genannten Schutzkonzepte betreten werden.

(4) Die in Absatz 1 genannten Einrichtungen sind zur Erbringung der vertraglich vereinbarten Leistungen für Personen, die anderweitig nicht betreut und versorgt sind, verpflichtet.

(5) Die Beschäftigten von den Einrichtungen sowie Anbieterinnen und Anbietern nach Absatz 1 haben sich regelmäßig, mindestens zweimal pro Woche, einer Tes-

tung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus mittels Schnelltest nach § 10d zu unterziehen; das Ergebnis ist der Trägerin oder dem Träger vorzulegen und von dieser oder diesem zu dokumentieren. Die Trägerin oder der Träger organisiert die erforderlichen Testungen.

(6) Bei der Beförderung gilt für Nutzerinnen und Nutzer sowie das Fahrpersonal und für weitere Begleitpersonen die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 8. § 3 Absatz 2 gilt entsprechend. Personen mit Symptomen einer akuten Atemwegserkrankung sind von der Beförderung ausgeschlossen.

§ 31b

Interdisziplinäre oder Heilpädagogische Frühförderstellen und Erbringer sonstiger ambulanter Leistungen

(1) Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer von sonstigen ambulanten Leistungen (einschließlich der Leistungen der Ambulanten Sozialpsychiatrie) und die Erbringerinnen und Erbringer von Heilpädagogischen Leistungen oder Interdisziplinären Frühförderleistungen sind verpflichtet, ein einrichtungsspezifisches Schutzkonzept nach Maßgabe des § 6 für das Erbringen ihrer Leistungen und der geltenden Hygiene- und Infektionsschutzvorschriften zu erstellen. Das Schutzkonzept muss auch Regelungen enthalten zur Umsetzung der Vorgaben zur Kontaktdatenerhebung nach § 7.

(2) Das Schutzkonzept für das Betreten von Begegnungsstätten der Ambulanten Sozialpsychiatrie muss darüber hinaus Vorgaben für eine wöchentliche Testung der Nutzerinnen und Nutzer mittels Schnelltest nach § 10d als Voraussetzung für eine Teilnahme an Gruppenangeboten vorsehen.

(3) Die Einrichtungen dürfen nur nach Maßgabe der in den Absätzen 1 und 2 genannten Schutzkonzepte betreten werden.

(4) Die Beschäftigten von den Einrichtungen sowie Anbieterinnen und Anbietern nach Absatz 1 haben sich regelmäßig, mindestens zweimal pro Woche, einer Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus mittels Schnelltest nach § 10d zu unterziehen; das Ergebnis ist der Trägerin oder dem Träger vorzulegen und von dieser oder diesem zu dokumentieren. Die Trägerin oder der Träger organisiert die erforderlichen Testungen.

(5) Die Trägerin beziehungsweise der Träger der Einrichtungen nach Absatz 1 ist nach Anordnung der Gesundheitsämter verpflichtet, bei allen Leistungsberechtigten sowie Beschäftigten unverzüglich einen Test auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus durchführen zu lassen, wenn diese Kontakt mit einer engen Kontaktperson entsprechend der Definition durch das Robert Koch-Institut hatten. In Abstimmung mit dem zuständigen Gesundheitsamt kann die Testung auf Leistungsberechtigte einzelner Einrichtungsteile und dort arbeitende Beschäftigte begrenzt werden.“

13. § 33 wird aufgehoben.

14. In § 37 Absatz 1 Satz 2 werden hinter den Wörtern „können diesen Anbieterinnen und Anbietern“ die Wörter „sowie den Teilnehmenden“ eingefügt.

15. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

15.1 In Nummer 24f wird die Textstelle „Absatz 1“ durch die Textstelle „Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.

- 15.2 Nummer 51 erhält folgende Fassung:
- „51. entgegen § 19 Absatz 3 Satz 5 in Verbindung mit § 8 Absätze 1 und 1a oder entgegen § 19 Absatz 3 Satz 6 zweiter Halbsatz in Verbindung mit § 10a Absatz 2a die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nicht befolgt,“.
- 15.3 In Nummer 60 wird die Textstelle „Nummer 10“ durch die Textstelle „Nummer 8“ ersetzt.
- 15.4 In Nummer 80 wird hinter dem Wort „entgegen“ die Textstelle „§ 7 Absatz 2 Satz 3,“ eingefügt und die Text-
- stelle „§ 7 Absatz 1“ durch die Textstelle „§ 7 Absatz 1 Satz 1“ ersetzt.
16. § 40 Absatz 2 erhält folgende Fassung:
- „(2) Diese Verordnung tritt mit Ablauf des 2. Mai 2021 außer Kraft.“
- § 2
Inkrafttreten
- In § 1 treten die Nummern 10 bis 10.4 und 15.3 am 23. April 2021 in Kraft. Im Übrigen tritt diese Verordnung am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Hamburg, den 16. April 2021.

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

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

A.

Anlass

Mit der Neununddreißigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung werden unter Berücksichtigung der aktuellen epidemiologischen Lage die bisher geltenden dringend erforderlichen Schutzmaßnahmen um zwei Wochen verlängert, um der akuten Ausweitung des Infektionsgeschehens und der hohen Anzahl der Neuinfektionen in der Freien und Hansestadt Hamburg wirksam entgegenzuwirken und eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern. Zudem werden einzelne Anpassungen und redaktionelle Klarstellungen vorgenommen.

Trotz der vollständigen und unverzüglichen Umsetzung der Vorgaben des Beschlusses der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 3. März 2021 für den Fall, dass in einem Bundesland oder einer Region die 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner an drei aufeinander folgenden Tagen auf über 100 steigt (sogenannte „Notbremse“), mit der Sechsenddreißigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 19. März 2021 sowie weiteren ergänzenden Schutzmaßnahmen im Rahmen der Siebenunddreißigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 26. März 2021 und der Achtunddreißigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 1. April 2021 befinden sich die Neuinfektionszahlen in der Freien und Hansestadt Hamburg weiterhin auf einem sehr hohen und kritischen Niveau. Zwar konnte der exponentielle Anstieg der Neuinfektionszahlen vorübergehend gebremst werden. Damit ist eine erste positive Wirkung der Notbremse und der weiteren Schutzmaßnahmen erkennbar. Dennoch ist die Lage aufgrund der weiterhin sehr hohen täglichen Neuinfektionszahlen, dem wieder zu verzeichnenden deutlichen Anstieg der Neuinfektionszahlen seit dem 10. April 2021 sowie der sich stetig zunehmenden Auslastung der Intensivkapazitäten der Krankenhäuser insgesamt sehr kritisch und instabil. Es droht ein erneuter Übergang in das exponentielle Wachstum der Anzahl der Neuinfektionen. Aus diesem Grund ist es dringend erforderlich, die bisherigen Maßnahmen insbesondere zur Reduktion der persönlichen Kontakte in der Bevölkerung zu verlängern, um die andernfalls drohende Überlastung des Gesundheitssystems und eine Vielzahl vermeidbarer Todesfälle zu verhindern.

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.

Zuletzt war ein exponentieller Anstieg und sodann kontinuierlicher Anstieg von Neuinfektionszahlen im wöchentlichen Vergleich zu verzeichnen. Der im Beschluss der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 3. März 2021 festgelegte Grenzwert der 7-Tage-Inzidenz von 100 wurde seit dem 17. März kontinuierlich überschritten. Er stieg exponentiell an und liegt mit Stand vom 15. April 2021 bei 147,43.

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 regelmäßig deutlich über dem Wert 1 liegt (Werte: 1,13 am 30. März; 1,08 am 31. März; 1,07 am 1. April; 1,02 am 2. April; 1,04 am 3. April; 1,05 am 4. April; 1,02 am 5. April; 0,95 am 6. April; 0,88 am 7. April; 0,85 am 8. April; 0,82 am 9. April; 0,84 am 10. April; 0,89 am 11. April; 0,95 am 12. April; 1,01 am 13. April; 1,07 am 14. April und 1,03 am 15. April), auf hohem Niveau. Der zwischenzeitliche, vorübergehende Rückgang des R-Wertes hat seinen Grund in der verminderten Anzahl von Testungen während der Osterfeiertage. Der 7-Tage-R-Wert bildet das Infektionsgeschehen vor etwa einer Woche bis etwas mehr als zwei Wochen ab und ist daher für die Einschätzung der epidemiologischen Lage bedeutsam. Bei einem R-Wert über 1 steigt die tägliche Anzahl von Neuinfektionen. In Hamburg lag der 7-Tage-R-Wert an mehreren Tagen sogar über dem bundesweiten Durchschnitt.

Nach einem kurzzeitigen Rückgang der Neuinfektionszahlen über die Osterfeiertage, der wahrscheinlich auf einen feiertagsbedingten Rückgang der Testungen zurückzuführen ist, zeigt sich seit dem 10. April 2021 wieder ein deutlicher und kontinuierlicher Anstieg: Die Werte der 7-Tage-Inzidenz betragen 132,90 am 10. April, 139,85 am 11. April, 142,69 am 12. April, 140,85 am 13. April, 149,96 am 14. April und 147,43 am 15. April 2021.

Besonders in den Altersgruppen unter 60 Jahren, Kinder eingeschlossen, steigen die Infektionszahlen deutlich. So stiegen bei Kindern und Jugendlichen die Fallzahlen von KW 12 zu KW 13 bei den 0 bis 9-Jährigen um 14,5% und bei den 10 bis 19-Jährigen um 6,3% an (Stand 12. April 2021). Aber auch bei der Altersgruppe der 50-59-Jährigen ist ein deutliches Wachstum zu verzeichnen. So sind die Neuinfektionszahlen von KW 12 zu KW 13 um 8,9% gestiegen.

Es handelt sich insgesamt um diffuse Geschehen mit Häufungen in privaten Haushalten, Kitas, Schulen und im beruflichen Umfeld.

Vor diesem Hintergrund ist nicht abzusehen, dass die Zahl der täglichen Neuinfektionen in der Freien und Hansestadt Hamburg alsbald nachhaltig sinken wird, sondern es besteht die Gefahr, dass die Anzahl der täglichen Neuinfektionen weiter steigen wird. Ohne eine wirksame Eindämmung des Infektionsgeschehens drohen deshalb ein weiterer deutlicher Anstieg der Neuinfektionszahlen und damit alsbald Entwicklungen wie in anderen europäischen Ländern, in denen es infolge der ungebremsten Ausbreitung, insbesondere der Mutationsvarianten des Coronavirus, zu einer Überlastung des Gesundheitswesens und einer Vielzahl von Todesfällen gekommen ist.

Die aktuelle epidemiologische Gefahrenlage wird zudem durch Verbreitung von Mutationen (VOC = Variants of Concern) des Coronavirus (B.1.1.7, B.1.351 und P1), insbesondere die Dominanz der Mutationsvariante B.1.1.7 in der Freien und Hansestadt Hamburg, erheblich gesteigert. Die hohe Dynamik der Verbreitung der VOC von SARS-CoV-2 erhöht die Gefahrenlage erheblich.

Die zuerst in Großbritannien nachgewiesene Variante der Abstammungslinie B.1.1.7 (auch als VOC-202012/01 oder 501Y.V1 bezeichnet) ist mittlerweile auch in Hamburg domi-

nierend. Der Anteil der B.1.1.7-positiven Fälle unter vom UKE und HPI untersuchten Neuinfektionen in Hamburg ist seit Beginn des Jahres kontinuierlich angestiegen und lag zu Ende der Kalenderwoche 8 (d. h. zu Ende Februar) bereits bei rund 60%. Insgesamt wurde die VOC B.1.1.7 bereits in 5698 Fällen in der Freien und Hansestadt Hamburg nachgewiesen (Datenstand 12. April 2021, laborbestätigter Verdacht oder durch Sequenzierung bestätigt). B.1.351 wurde fünfundzwanzig Mal nachgewiesen und auch für die sogenannte brasilianische Variante B.1.1.28 gibt es drei bestätigte Fälle. Laut Bericht des Robert Koch-Institutes betrug der durchschnittliche Anteil der Variante B.1.1.7 über alle Bundesländer hinweg ca. 88% (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Bericht_VOC_2021-04-14.pdf?__blob=publicationFile; Stand 14. April 2021). Das Robert Koch-Institut geht aufgrund der bisher vorliegenden Daten und Analysen von einer weiteren Erhöhung des Anteils der VOC B.1.1.7 aus. In der Freien und Hansestadt Hamburg ist das Alter der Personen, bei denen eine VOC bestätigt wurde, im Median signifikant niedriger. Dies betrifft ebenso die hospitalisierten Fälle (Wochenbericht der Landesstelle vom 12. April 2021). Auch gibt es Hinweise, dass diese Variante mit einer erhöhten Fallsterblichkeit in allen Altersgruppen einhergeht (vgl. Robert Koch-Institut, Übersicht und Empfehlungen zu besorgniserregenden SARS-CoV-2-Virusvarianten, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virusvariante.html; jsessionid=AADC5FD6304A9AA271122B6E1BEE5236.inter-net061?nn=13490888).

Die dominierende Verbreitung der Variante B.1.1.7 in der Freien und Hansestadt Hamburg hat die epidemiologische Gesamtgefahrenlage erheblich intensiviert, weil die Variante B.1.1.7 nach klinisch-diagnostischen und epidemiologischen Erkenntnissen deutlich ansteckender ist und schwerere Krankheitsverläufe verursacht als andere Varianten. Nach den Angaben des Robert Koch-Institutes ist diese Entwicklung besonders kritisch. Neuere Modellierungen gehen inzwischen davon aus, dass die Übertragbarkeit um 43 bis 82% höher liegt (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.24.20248822v2.full.pdf>).

Diese Entwicklung wird in der Freien und Hansestadt Hamburg und im übrigen Bundesgebiet dadurch belegt, dass trotz weitreichender Maßnahmen zur Eindämmung des Coronavirus die Neuinfektionszahlen weiter steigen, und der Anteil der intensivmedizinischen Behandlungen mit Beatmungspflicht – gerade auch in jüngeren Altersgruppen – kontinuierlich zunimmt:

In Hamburg ist der Anteil der intensivmedizinisch versorgten Patientinnen und Patienten an den stationär versorgten Patientinnen und Patienten seit Ende Februar 2021 deutlich angestiegen – von ca. 20% zuvor auf 40%. Die Verteilung der stationären Patientinnen und Patienten über die verschiedenen Altersgruppen hat sich seit Anfang 2021 erheblich verändert. Während der Anteil der über 80-Jährigen abnimmt, ist seit Anfang Januar der Anteil der 21 bis 50-Jährigen von zuvor 5,1% auf nunmehr 20% gestiegen. Der Anteil der stationären Patientinnen und Patienten in der Altersgruppe 51 bis 80 Jahre ist in diesem Zeitraum von zuvor knapp 50% auf nunmehr 62% angestiegen.

Die Auslastung der Intensivstationen ist in diesem Zeitraum weiter deutlich angestiegen. Mit Stand vom 15. April 2021, 16:19 Uhr (www.intensivregister.de), betrug die freie Bettenkapazität nur noch 11,93%. Üblicherweise wird eine freie Bettenkapazität von 15% angestrebt, um für größere Notfallgeschehen handlungsfähig zu sein. Zudem nimmt durch jüngere Altersgruppen auch die generelle Verweildauer auf den

Intensivstationen zu, da jüngere Patientinnen und Patienten insgesamt deutlich länger auf der Intensivstation liegen.

Wegen der aktuellen Verbreitung der Virusvarianten von SARS-CoV-2 in Deutschland wird im Übrigen auf den Bericht zu Virusvarianten von SARS-CoV-2 in Deutschland, insbesondere zur VOC B.1.1.7 des Robert Koch-Institutes vom 14. April 2021 (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Bericht_VOC_2021-04-14.pdf?__blob=publicationFile) verwiesen.

Aufgrund der vorliegenden Daten hinsichtlich einer erhöhten Übertragbarkeit der Virusvarianten und schwererer Krankheitsverläufe besteht die Gefahr der Fortsetzung und Steigerung der Zunahme der Fallzahlen und einer damit einhergehenden erheblichen Verschlechterung der Lage. Kann der Anstieg der Infektionszahlen nicht gestoppt werden, kann das Gesundheitswesen, trotz erster Fortschritte bei den Impfungen der Risikogruppen, dann auch aufgrund einer Vielzahl an jüngeren Patientinnen und Patienten schnell wieder an seine Belastungsgrenzen stoßen, und die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist gefährdet. Zahlreiche Berichte über COVID-19-Langzeitfolgen („long COVID“) mahnen ebenfalls zur Vorsicht. Hinzu kommt schließlich, dass derzeit noch nicht sicher beurteilt werden kann, ob und wie die neuen Varianten die Wirksamkeit der verfügbaren Impfstoffe beeinträchtigen, insbesondere da eine hohe Verbreitung des Coronavirus in der Bevölkerung die Entwicklung neuartiger Mutationsvarianten erheblich begünstigt, wie es etwa die Entwicklungen im Vereinigten Königreich, in Brasilien oder in Südafrika zeigen.

Ein weiterer wichtiger Grund für die möglichst starke Eindämmung des Infektionsgeschehens besteht darin, während der laufenden Impfkampagne in Deutschland das Auftreten sogenannter Escape-Virusvarianten zu vermeiden. Trifft eine hohe Zahl neu geimpfter Personen mit noch unvollständiger Immunität auf eine hohe Zahl von Infizierten, begünstigt dies die Entstehung von Virusvarianten, gegen die die bisher verfügbaren Impfstoffe eine geringere Wirksamkeit aufweisen könnten. Die Impfstoffe können zwar grundsätzlich auf solche Virusvarianten angepasst werden; dies erfordert jedoch einen mehrmonatigen Vorlauf und eine vollständige Nachimpfung der Bevölkerung, die eine fristgerechte Produktion dieser angepassten Impfstoffe für die gesamte Bevölkerung voraussetzt. Deshalb ist es erforderlich, die Infektionszahlen niedrig zu halten, um die Wahrscheinlichkeit einer Verschärfung und Verlängerung der Epidemie durch neue Virusvarianten zu senken.

Insgesamt schätzt das Robert Koch-Institut aufgrund der anhaltend hohen Fallzahlen die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland weiterhin als sehr hoch ein (RKI-Bericht, Stand 31. März 2021). Die anhaltende Viruszirkulation in der Bevölkerung (Community Transmission) mit zahlreichen Ausbrüchen vor allem in Krankenhäusern, Kitas und Schulen, Pflegeheimen aber auch in privaten Haushalten, dem beruflichen Umfeld und anderen Lebensbereichen erfordert die konsequente Umsetzung kontaktreduzierender Maßnahmen und Schutzmaßnahmen sowie massive Anstrengungen zur Eindämmung von Ausbrüchen und Infektionsketten. Dies ist vor dem Hintergrund des vermehrten Auftretens leichter übertragbarer, besorgniserregender Varianten von entscheidender Bedeutung, um die Zahl der neu Infizierten deutlich zu senken, damit auch Risikogruppen zuverlässig geschützt werden können. Nur dadurch kann eine Überlastung des Gesundheitswesens vermieden werden. Ferner kann hierdurch mehr Zeit für die Produktion von Impfstoffen, die Durchführung von Impfungen sowie die Entwicklung von antiviralen Medikamenten gewonnen werden (<https://>

www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Maerz_2021/2021-03-10-de.pdf?__blob=publicationFile).

Aus den vorstehenden Gründen ist es dringend erforderlich, die bestehenden Schutzmaßnahmen zu verlängern, um der akuten Ausweitung des Infektionsgeschehens und der hohen Anzahl der Neuinfektionen in der Freien und Hansestadt Hamburg konsequent entgegenzuwirken und eine Überlastung des Gesundheitssystems abzuwenden.

B.

Erläuterungen zu einzelnen Regelungen

Zu § 7: Bei der Anpassung in § 7 handelt es sich um eine klarstellende Regelung zur Anwendung von Software zur Kontaktdatenerfassung. Bei deren Einsatz finden die allgemeinen datenschutzrechtlichen Regelungen Anwendung, insbesondere die Vorgaben nach der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung, ABl. L 119 S. 1, ber. L 314 S. 72, 2018 L 127 S. 2 und 2021 L 74 S. 35).

Zu § 10a: Bei der Anpassung in § 10a Absatz 1 handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung.

Zu § 10h: Bei der Anpassung in § 10h handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung.

Zu § 10j: Mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung (Corona-ArbSchV) vom 14. April 2021, die nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger vom 15. April 2021 am 20. April 2021 Inkrafttreten wird, wird für alle Betriebe in Deutschland, deren Beschäftigte nicht von ihrer Wohnung aus arbeiten, die Pflicht zum Angebot einer mindestens einmal wöchentlichen Testung eingeführt. Beschäftigte, für die tätigkeitsbedingt ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht (Tätigkeiten in Innenräumen unter infektionsförderlichen klimatischen Bedingungen, körpernahe Tätigkeiten, Tätigkeiten mit häufigen Personenkontakten sowie bei einer Unterbringung der Beschäftigten in Gemeinschaftsunterkünfte) erhalten darüber hinaus wöchentlich insgesamt zwei Angebote zur Testung. Aufgrund dieser bundesrechtlichen Testangebotspflicht ist die bisherige Regelung in § 10j der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung nicht mehr erforderlich und kann daher aufgehoben werden.

Zu § 19: Mit der Anpassung in Absatz 3 wird der praktische Fahrunterricht für zweirädrige Kraftfahrzeuge ermöglicht. Die Infektionsgefahr ist hier im Vergleich zum praktischen Fahrunterricht, bei dem sich die Fahrschülerinnen und Fahrschüler sowie die Fahrlehrerinnen und Fahrlehrer gemeinsam in einem Kraftfahrzeug aufhalten, erheblich geringer, da die Fahrschülerinnen und Fahrschüler sowie die Fahrlehrerinnen und Fahrlehrer sich jeweils auf oder in getrennten Fahrzeugen befinden.

Mit der Anpassung in Absatz 2a können die für die Berufsausbildung und die berufliche Fortbildung nach dem Berufsbildungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. Mai 2020 (BGBl. I S. 920) zuständigen Stellen die Teilnahme an Prüfungen von einem negativen Coronavirus-Testnachweis nach § 10h abhängig machen. Die prüfende Stelle kann darüber hinaus vorschreiben, dass die dem Testergebnis zu Grunde liegende Testung im Falle eines PCR-Tests nicht länger als 24 Stunden zurückliegen darf oder dass die Testung am selben Tage vorgenommen worden sein muss. Verpflichtende Tests

haben sich im Schulwesen bewährt, um unentdeckte Infektionen aufzudecken und damit die Ausbreitung des Coronavirus einzudämmen. Bei den Prüfungen nach dem Berufsbildungsgesetz kommen Prüflinge aus einer Vielzahl von Betrieben in einem Prüfungsraum über mehrere Stunden zusammen, sodass ein erhöhtes Risiko durch die Begegnung ansonsten getrennter Kohorten gegeben ist. Da diese Prüfungen unterschiedliche praktische und theoretische Inhalte, Gruppengrößen und Formate aufweisen, wird die Anordnung und nähere Ausgestaltung der Testpflicht in das pflichtgemäße Ermessen der jeweils prüfenden Stelle gestellt.

Zu § 22: Mit der Einführung des § 22 Absatz 2a kann für Prüfungen der Hochschulen, der Landesprüfungsämter und der Prüfungsämter der Justiz, die in Präsenzform stattfinden, die jeweils prüfende Einrichtung für anwesende Personen im Rahmen eines Schutz- und Hygienekonzepts nach Maßgabe des § 6 eine Maskenpflicht anordnen und vorschreiben, dass die Teilnahme an einer Prüfung nur nach Vorlage eines negativen Coronavirus-Testnachweises nach § 10h gestattet ist. Zudem kann die prüfende Einrichtung vorschreiben, dass die dem Testergebnis zu Grunde liegende Testung im Falle eines PCR-Tests nicht länger als 24 Stunden zurückliegen darf oder dass die Testung am selben Tage vorgenommen worden sein muss. Bei den Prüfungen halten sich eine Vielzahl von Prüflingen aus einer Vielzahl von Haushalten in einem Prüfungsraum über mehrere Stunden zusammen auf, so dass ein deutlich erhöhtes Risiko einer Infektion mit dem Coronavirus gegeben ist. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Gruppengrößen und Formate der Prüfungen, ist die Anordnung und nähere Ausgestaltung der Testpflicht in das pflichtgemäße Ermessen der jeweils prüfenden Stelle gestellt.

Zu § 24: Mit der Anpassung in Absatz 1 Nummer 1 wird klargestellt, dass es für die Inanspruchnahme der Betreuung in einer Kindertagesstätte ausreichend ist, wenn eine personensorgeberechtigte Person in der Daseinsvorsorge tätig ist.

Mit der Anpassung in Absatz 1 Nummer 4 soll allen Kindern ab dem vollendeten fünften Lebensjahr – also allen Kindern im Jahr vor der Einschulung – der Zugang zu den Bildungsangeboten ihrer Kindertageseinrichtung ermöglicht werden. Diese Regelung soll einen Übergang der Kinder in die Grundschule – auch in der aktuellen Pandemie – unterstützen. Davon profitieren insbesondere Kinder mit einem ausgeprägten Sprachförderbedarf oder aus Familien mit weniger guten Förderbedingungen, die im Rahmen der gegenwärtigen erweiterten Notbetreuung keinen Anspruch auf eine Betreuung haben. Vor dem Hintergrund des Bildungsanspruchs der Kinder ist die nur geringfügige Ausweitung der erweiterten Notbetreuung erforderlich und angemessen. Zudem wird bei dem für den weiteren Bildungsverlauf bedeutsamen Übergang von der vorschulischen Bildungseinrichtung in die Grundschule eine Gleichbehandlung der in Kindertageseinrichtungen und in den – derzeit geöffneten – Vorschulklassen betreuten Kinder gewährleistet.

Zu § 30: Vor dem Hintergrund der abgeschlossenen, flächendeckenden Impfkampagne von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Beschäftigten in vollstationären Pflegeeinrichtungen und des Rückgangs von Infektionen mit dem Coronavirus in stationären Einrichtungen auf eine überschaubare Zahl von meist Einzelfällen, konnten entsprechende Anpassungen bei den Schutzmaßnahmen erfolgen. Mit der Änderung wird unter Berücksichtigung der aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts „Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen“ (V.20, 07.04.2021) eine Vereinbarung der Gesundheitsministerkonferenz über die Ausweitung der Gemein-

schaftsangebote und Besuchsmöglichkeiten in Pflegeeinrichtungen umgesetzt. Im Wesentlichen handelt es sich um folgende Anpassungen:

In § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1a, Nummer 3 und Nummer 4 werden die Besuchsmöglichkeiten erweitert. Pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen ist nunmehr in der Regel täglicher persönlicher Besuch im Rahmen der vor der Pandemie üblichen Besuchszeiten zu ermöglichen und es sind entsprechend besucherfreundliche Testzeiten anzubieten. Die Regelung orientiert sich an Ziffer 9.3 Punkt 5 der aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts „Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen“ (V.20, 07.04.2021). Darin wird ausgeführt, dass die Besuche bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit vollständigem Impfschutz zeitlich und hinsichtlich der Anzahl der Besucherinnen und Besucher unter der Voraussetzung ausgedehnt werden können, dass es innerhalb der Einrichtung dadurch nicht zu Situationen kommt, in welchen die sogenannten „AHA+L-Regeln“ nicht durchgehend eingehalten werden können (z.B. Ansammlungen von Besuchern, nicht überschaubare Besucherströme, mehrere nicht-geimpfte Besucher in einem Bewohnerzimmer insbesondere bei Doppelbelegung von Zimmern). Diese Vorgaben werden durch die Beibehaltung der Regelung in § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, wie eine Terminvereinbarung zur Besucherlenkung, gewährleistet.

Daneben können (vgl. § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6) künftig bei pflegebedürftigen oder betreuungsbedürftigen Personen mit vollständigem Impfschutz auch nähere physische Kontakte mit Besuchspersonen, mithin über die Dauer von 15 Minuten kumuliert pro Besuch hinaus, stattfinden. Auch diese Regelung wurde auf der Grundlage der vorgenannten aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts aufgenommen (vgl. Ziffer 9.3 Punkt 5). Dort ist ausgeführt, dass bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit vollständigem Impfschutz auch nähere physische Kontakte mit nicht-geimpften Besucherinnen und Besuchern, die selbst kein Risiko für einen schwereren Krankheitsverlauf haben, ermöglicht werden können, sofern die Bewohnerinnen und Bewohner und die Besucherinnen und Besucher einen Mund-Nasen-Schutz tragen.

Die Festlegung von Begegnungsorten für die Besuche (§ 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 8 und Nummer 9) wurde aufgehoben, sodass auch hier keine Beschränkungen auf vornehmlich den Außenbereich oder dafür eingerichtete Raumeinheiten mehr besteht. Die Empfehlungen der Fachbehörde mit einer Präferenz für den Aufenthalt im Freien bleiben erhalten.

Die tägliche Messung der Körpertemperatur (vgl. § 30 Absatz 4 Nummer 4) soll künftig nur noch bei Personen erfolgen, die nicht vollständig geimpft sind. Vollständig geimpfte Personen, die sich mit dem Coronavirus infizieren, zeigen in der Regel nicht das häufige Symptom „Fieber“ (RKI, Ziffer 5.2.2), so dass die Messung der Körpertemperatur bei diesem Personenkreis unterbleiben kann. Daneben bleibt nach wie vor die Erhebung der allgemein auftretenden Symptome bei allen Betreuten in den Einrichtungen bestehen.

Die Beschäftigten müssen (vgl. § 30 Absatz 4 Nummer 6) nicht mehr bei jedem Kontakt eine FFP2-Maske tragen, sondern nur noch, wenn es die jeweils aktuellen Hinweise des Robert Koch-Instituts, insbesondere zum Umgang mit an COVID-19-Erkrankten oder einer solchen Erkrankung verdächtigen pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen, vorsehen. In den übrigen Fällen ist eine medizinische Maske ausreichend (RKI, Ziffer 3.2.2).

Neu geregelt wird in § 30 Absatz 4 Nummer 7, dass bei Kontakten innerhalb der Einrichtung zwischen vollständig geimpften pflegebedürftigen oder betreuungsbedürftigen Personen auf das Einhalten des Mindestabstandes und das Tragen einer medizinischen Maske verzichtet werden kann. Diese Änderung erfolgt zur Umsetzung der aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts, vgl. Ziffer 9.3 Punkt 4.

Ferner wird der Rhythmus der regelmäßigen Testungen (§ 30 Absatz 4 Nummer 8) verändert. Künftig müssen sich vollständig geimpfte Beschäftigte der Einrichtungen oder Dienste mindestens einmal pro Woche und alle anderen Beschäftigten mindestens zweimal pro Woche einer Testung in Bezug auf eine Infektion mit dem Coronavirus mittels POC-Antigen-Test unterziehen. Dies entspricht ebenfalls den aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (Ziffer 9.3 Punkt 3).

Neu eingefügt wird Absatz 4a. Diese Regelung erfolgt vor dem Hintergrund, dass in den Pflegeeinrichtungen schon seit Monaten Testungen durch geschultes Personal durchgeführt werden. Ohne zusätzlichen Verwaltungsaufwand können hierdurch Personen, die nach der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung oder aufgrund eines betrieblichen Testkonzepts zu testen sind, nämlich Beschäftigte, Besuchende, Aufsuchende und Bewohnerinnen und Bewohner eine Testbescheinigung nach § 10i erhalten.

In § 30 Absatz 9 wird klargestellt, dass eine Pflicht zum Vorhalten von räumlich zusammenhängenden Isolations- und Quarantänebereichen nicht besteht und die Möglichkeit der sofortigen Schaffung dieser Bereiche ausreichend ist.

Zu §§ 31, 31a und 31b: Aus redaktionellen Gründen wird der bisherige § 31 in drei Paragraphen aufgeteilt und redaktionell neu gefasst, ohne dass eine inhaltliche Änderungen der Vorschriften vorgenommen wird.

Zu § 33: § 33 wird aufgehoben, da die Regelprüfungen nach § 30 HmbWBG wieder aufgenommen werden sollen.

Zu § 37: Bei der Anpassung in § 37 handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung.

Zu § 39: Durch die Änderung von § 39 Absatz 1 werden die Ordnungswidrigkeitstatbestände der durch diese Verordnung geänderten Regelungen angepasst.

Zu § 40: Unter Berücksichtigung der zuvor unter A. dargestellten aktuellen epidemiologischen Lage ist es dringend erforderlich, dass die bisher geltenden Schutzmaßnahmen um zwei Wochen verlängert werden, um der akuten Ausweitung des Infektionsgeschehens und der hohen Anzahl der Neuinfektionen in der Freien und Hansestadt Hamburg wirksam entgegenzuwirken und eine Überlastung des Gesundheitssystems zu verhindern.

Dies gilt insbesondere auch für die mit der Achtunddreißigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 1. April 2021 auf der Grundlage von § 28a Absatz 1 Nummer 3, Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 IfSG in § 3a erstmals eingeführte nächtliche Ausgangsbeschränkung, die zusammen mit den übrigen Schutzmaßnahmen für zwei Wochen verlängert wird. Auch diese Schutzmaßnahme, die die übrigen Maßnahmen zur Reduktion persönlicher Kontakte in der Bevölkerung ergänzt, ist weiterhin dringend erforderlich, um die erforderliche Reduktion von Kontakten zu erreichen – insbesondere im Hinblick auf die nach den bisherigen Erfahrungen besonders infektionsgefährdenden privaten Zusammenkünfte, bei denen die durchgehende Einhaltung von Abstands- und Lüftungsregelungen sowie das Tragen von Masken typischerweise nicht gewährleis-

tet ist. Durch die Maßnahme wird die Anzahl privater Zusammenkünfte in der Freizeit nicht nur im öffentlichen Raum, sondern auch an privaten Orten stark reduziert, da diese Orte in den von der Ausgangsbeschränkung erfassten Zeiträumen nicht aufgesucht werden können. Hierdurch wird die Anzahl der infektionsträchtigen Kontakte in der Bevölkerung insgesamt erheblich reduziert. Die Wirkung der Schutzmaßnahme wird durch die Beobachtungen der Polizei zu dem Rückgang des Personenaufkommens im öffentlichen Raum in dem von der Ausgangsbeschränkung erfassten Zeitraum bestätigt. Ferner wird durch die Schutzmaßnahme die Anzahl zufälliger Kontakte zwischen Menschen in öffentlichen Verkehrsmitteln oder Fluren eines Mehrfamilienhauses verhindert. Diese Ausgangsbeschränkung trägt deshalb mit besonders hoher Wirksamkeit zu der weiterhin dringend erforderlichen Eindämmung des Coronavirus in der Freien und Hansestadt Hamburg bei. Neben den Erfahrungen in anderen europäischen Staaten bei der Eindämmung des Coronavirus belegen auch wissenschaftliche Untersuchungen zu der Wirksamkeit von regulatorischen Maßnahmen zur Eindämmung des Coronavirus die Wirksamkeit dieser Schutzmaßnahme (vgl. Haug, Geyrhofer, Londei, Dervic, Desvars-Larrive, Loreto, Thurner und Klimek, in: *Nature Human Behaviour*, 2020, IV, S. 1303 ff., abrufbar unter: <https://www.nature.com/articles/s41562-020-01009-0>; Sharma, Mindermann, Rogers-Smith, Leech, Snodin, Ahuja, Sandbrink, Monrad, Altman, Dhaliwal, Finnveden, Norman, Oehm, Sandkühler, Mellan, Kulveit, Chindelevitch, Flaxman, Gal, Mishra, Brauner, Bhatt, Understanding the effectiveness of government interventions in Europe's second wave of COVID-19, abrufbar unter: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.25.21254330v1.full.pdf>; Ghasemi, Daneman, Berry, Buchan, Soucym Sturrock, Brown, Impact of a nighttime curfew on overnight mobility, abrufbar unter: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.04.21254906v1>; Di Domenico, Sabbatini, Pullano, Lévy-Bruhl, Colizza, Impact of January 2021 curfew measures on SARS-CoV-2 B.1.1.7 circulation in France, abrufbar unter <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.14.21251708v2.full>). Die in

§ 3a geregelte nächtliche Ausgangsbeschränkung ist vor dem Hintergrund der unter A. dargestellten kritischen epidemiologischen Lage deshalb weiter dringend erforderlich, um der akuten Ausweitung des Infektionsgeschehens und dem Wachstum der Neuinfektionszahlen in der Freien und Hansestadt Hamburg wirksam entgegenzuwirken und die drohende Überlastung des Gesundheitssystems abzuwenden. Auch bei Berücksichtigung aller bisher getroffenen anderen Schutzmaßnahmen wäre ohne die Verlängerung dieser Schutzmaßnahme die wirksame Eindämmung des Coronavirus erheblich gefährdet, da die Entwicklung der epidemiologischen Lage in den letzten Wochen gezeigt hat, dass die bereits umfassenden Schutzmaßnahmen allein nicht ausgereicht haben, um die Infektionszahlen in der Freien und Hansestadt Hamburg hinreichend zu reduzieren. Unter Berücksichtigung der in § 3a Absatz 1 Satz 2 Nummern 1 bis 7 und Absatz 2 aufgeführten Ausnahmen stehen in der derzeitigen kritischen epidemiologischen Lage die mit § 3a einhergehende Beschränkungen deshalb weiterhin in einem angemessenen Verhältnis zu den mit ihr verfolgten Zielen der dringend erforderlichen Eindämmung des Infektionsgeschehens sowie der Bewahrung des Gesundheitssystems vor einer Überlastung.

Der Verordnungsgeber wird seiner Pflicht zur kontinuierlichen Beobachtung und Evaluation der epidemiologischen Lage und der Erforderlichkeit der Schutzmaßnahmen weiter nachkommen und die Schutzmaßnahmen umgehend anpassen bzw. aufheben, sobald die epidemiologische Lage dies zulässt.

Im Übrigen wird auf die Begründungen zur Zweiundzwanzigsten bis Achtunddreißigsten 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, 11. Februar 2021, 19. Februar 2021, 26. Februar 2021, 5. März 2021, 11. März 2021, 19. März 2021, 26. März 2021 und 1. April (HmbGVBl. S. 1, 10, 19, 25, 55, 70, 71, 107, 121, 137, 145, 161 und 173) verwiesen.