

# HAMBURGISCHES GESETZ- UND VERORDNUNGSBLATT

## TEIL I

HmbGVBl. Nr. 2

FREITAG, DEN 14. JANUAR

2022

### Zweiundsechzigste Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung Vom 14. Januar 2022

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 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162), in Verbindung mit dem Einzigen 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 23. April 2021 (HmbGVBl. S. 205), zuletzt geändert am 7. Januar 2022 (HmbGVBl. S. 3), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
  - 1.1 Der Eintrag zu § 18c wird aufgehoben.
  - 1.2 Hinter dem Eintrag zu § 30 wird folgender Eintrag eingefügt:  
„§ 30a Aussetzung der Regelprüfungen“.
  - 1.3 Hinter dem Eintrag zu § 35 wird folgender Eintrag eingefügt:  
„§ 35a Übergangsvorschrift zur Absonderungspflicht nach § 35“.
  - 1.4 Die Einträge zu Teil 9 und § 37 werden aufgehoben.
2. In § 2 erhalten die Absätze 5 bis 6a folgende Fassung:  
„(5) Ein Coronavirus-Impfnachweis im Sinne dieser Verordnung ist ein Nachweis nach § 2 Nummer 3 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverord-

nung (SchAusnahmV) vom 8. Mai 2021 (BAnz. AT 08.05.2021 V1), zuletzt geändert am 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5175), in der jeweils geltenden Fassung.

(6) Ein Genesenennachweis im Sinne dieser Verordnung ist ein Nachweis nach § 2 Nummer 5 SchAusnahmV.

(6a) Ein Nachweis über eine Auffrischimpfung im Sinne dieser Verordnung ist ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens einer weiteren Schutzimpfung gegen das Coronavirus nach einer vorangegangenen vollständigen Schutzimpfung im Sinne von § 2 Nummer 3 SchAusnahmV in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form.“

3. § 2a erhält folgende Fassung:

„§ 2a

Nachweispflicht für Erleichterungen und Ausnahmen  
Soweit Personen im Anwendungsbereich dieser Verordnung von den Erleichterungen und Ausnahmen nach Abschnitt 2 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung Gebrauch machen, sind sie verpflichtet, zum Nachweis ihres Status einer geimpf-

ten Person oder einer genesenen Person die nach der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung erforderlichen Nachweise mit sich zu führen und auf Verlangen vorzulegen.“

4. In § 4d Absätze 1 und 1b wird jeweils die Textstelle „§§ 18b und 18c“ durch die Textstelle „§ 18b“ ersetzt.
5. § 10k Satz 2 erhält folgende Fassung:  
„Von der Pflicht zur Vorlage eines Testnachweises nach Satz 1 Nummer 2 sind geimpfte Personen nach § 2 Absatz 9 befreit, die einen Nachweis über eine Auffrischimpfung nach § 2 Absatz 6a oder einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 vorlegen; die dem Genesenennachweis zugrundeliegende Testung muss nach der Erlangung der vollständigen Schutzimpfung nach § 2 Nummer 3 SchAusnahmV erfolgt sein.“
6. In § 12 Absatz 1 erhalten die Sätze 1 und 2 folgende Fassung:  
„Bei der Nutzung von Verkehrsmitteln und Verkehrsanlagen des öffentlichen Personenverkehrs nach § 2 Absatz 3 gilt für die Fahrgäste, Fluggäste, Besucherinnen und Besucher eine Maskenpflicht nach § 8 mit folgenden Maßgaben:
  1. Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, sind verpflichtet, eine FFP2-Maske oder eine sonstige Atemschutzmaske mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard zu tragen,
  2. Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet und das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind verpflichtet, eine medizinische Maske im Sinne des § 8 Absatz 1a Sätze 2 und 3 zu tragen.
 Wird der öffentliche Personenverkehr mit Personenkraftwagen durchgeführt, gilt zusätzlich für das Fahrpersonal, sobald und solange sich mindestens ein Fahrgast im Fahrzeug befindet, die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 8; § 8 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 findet weder für das Fahrpersonal noch für die Fahrgäste Anwendung.“
7. § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 zweiter Halbsatz erhält folgende Fassung:  
„die Betriebsinhaberin oder der Betriebsinhaber hat sicherzustellen, dass die Gäste und die Beschäftigten die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 8 einhalten.“
8. § 18a wird wie folgt geändert:
  - 8.1 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - 8.1.1 In Satz 1 wird die Textstelle „Absätze 2 bis 4“ durch die Textstelle „Absätze 3 und 4“ ersetzt.
    - 8.1.2 Satz 2 erhält folgende Fassung:  
„Für Verkaufsstellen und gastronomische Angebote gelten im Übrigen §§ 13 und 15, mit der Maßgabe, dass der Verzehr und die Bewirtung auch an Sitzplätzen ohne Tisch zulässig sind.“
  - 8.2 Absatz 2 wird aufgehoben.
9. § 18c wird aufgehoben.
10. § 23 wird wie folgt geändert:
  - 10.1 Absatz 1 Satz 3 Nummer 3 wird hinter der Textstelle „abhängig gemacht werden;“ die Textstelle „dies gilt auch in Bezug auf geimpfte Personen nach § 2 Absatz 9 und genesene Personen nach § 2 Absatz 10;“ eingefügt.
  - 10.2 In Absatz 7 wird folgender Satz angefügt:  
„Sie sind weiter berechtigt, über die im Rahmen einer Quarantäneverkürzung für Schülerinnen und Schüler

in den Schulen durchgeführten Testungen eine Testbescheinigung zu erstellen, die mindestens die Angaben nach § 10i Absatz 1 Nummer 4 Buchstaben a bis e enthalten muss.“

11. Hinter § 30 wird folgender § 30a eingefügt:  
„§ 30a  
Aussetzung der Regelprüfungen  
Regelprüfungen in Wohneinrichtungen nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 HmbWBG finden nicht statt.“
12. § 31a wird wie folgt geändert:
  - 12.1 Hinter Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:  
„(2a) Das Schutzkonzept für Werkstätten für behinderte Menschen muss darüber hinaus Vorgaben enthalten zu Verpflichtungen zum Tragen von FFP2-Masken oder sonstigen Atemschutzmasken mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard für Leistungsberechtigte.“
  - 12.2 Absatz 3 erhält folgende Fassung:  
„(3) Die Einrichtungen dürfen nur nach Maßgabe der in den Absätzen 1 bis 2a genannten Schutzkonzepte betreten werden.“
13. § 35 erhält folgende Fassung:  
„§ 35  
Absonderungspflicht für infizierte Personen und enge Kontaktpersonen  
(1) Personen, deren Testung mittels Schnelltest ein positives Ergebnis in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus ergeben hat, sind verpflichtet, sich unverzüglich einem PCR-Test zu unterziehen und bis zum Vorliegen des Testergebnisses in ihrer Haupt- oder Nebenwohnung oder in einer anderen, eine Absonderung ermöglichenden Unterkunft abzusondern. Ist das Ergebnis des PCR-Tests negativ, entfällt die Pflicht zur Absonderung nach Satz 1.  
(2) Personen, deren Testung mittels PCR-Test ein positives Ergebnis in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus ergeben hat (infizierte Personen), sind verpflichtet, sich unverzüglich in ihrer Haupt- oder Nebenwohnung oder in einer anderen, eine Absonderung ermöglichenden Unterkunft abzusondern; es ist ihnen untersagt, Besuch von Personen zu empfangen, die nicht ihrem Haushalt angehören. Die Pflicht zur Absonderung entfällt
  1. vorbehaltlich des Satzes 3 für Personen, die dem Gesundheitsamt einen Nachweis über ein negatives Ergebnis eines PCR-Tests oder eines durch Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung durchgeführten Schnelltests vorlegen; hierbei darf die zugrundeliegende Testung frühestens am siebten auf die Testung nach Satz 1 folgenden Tag erfolgt sein,
  2. ohne Vorlage eines Testnachweises nach Nummer 1 am zehnten auf die Testung nach Satz 1 folgenden Tag.
 Für Personen, die in Einrichtungen nach §§ 27, 30 bis 33 und 34a beruflich tätig sind, entfällt die Pflicht zur Absonderung abweichend von Satz 2 Nummer 1 nur dann vor dem zehnten auf die Testung nach Satz 1 folgenden Tag, wenn diese seit mindestens 48 Stunden keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 8 aufweisen und die dem

Testnachweis nach Satz 2 Nummer 1 zugrundeliegende Testung mittels PCR-Test erfolgt ist.

(3) Die Pflicht zur Absonderung nach Absatz 2 Satz 1 gilt ferner für Personen,

1. die mit einer infizierten Person in einem gemeinsamen Haushalt leben,
2. denen das Gesundheitsamt mitgeteilt hat, dass sie als enge Kontaktperson einer infizierten Person gelten.

In Fällen von Satz 1 Nummer 2 ist das Gesundheitsamt verpflichtet, der betroffenen Person mitzuteilen, wann der maßgebliche Kontakt zu der infizierten Person stattgefunden hat. Die Pflicht zur Absonderung entfällt

1. in den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 am zehnten auf die Testung der infizierten Person nach Absatz 2 Satz 1 folgenden Tag,
2. in den Fällen des Satzes 1 Nummer 2 am zehnten auf den vom Gesundheitsamt mitgeteilten Tag des maßgeblichen Kontakts zu der infizierten Person folgenden Tag.

Die Pflicht zur Absonderung entfällt ferner für Personen, die dem Gesundheitsamt einen Nachweis über ein negatives Ergebnis eines PCR-Tests oder eines durch Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung durchgeführten Schnelltests vorlegen; hierbei darf die zugrundeliegende Testung frühestens am siebten auf das nach Satz 1 Nummer 1 oder 2 maßgebliche Ereignis folgenden Tag erfolgt sein. Für Schülerinnen und Schüler sowie in Kindertagesstätten betreute Kinder gilt Satz 4 mit der Maßgabe, dass die Testung bereits am fünften auf den vom Gesundheitsamt mitgeteilten Tag des maßgeblichen Kontakts zu der infizierten Person folgenden Tag erfolgt sein darf.

(4) Die Absonderungspflicht für Kontaktpersonen nach Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 2 gilt nicht für:

1. geimpfte Personen nach § 2 Absatz 9, die über einen Nachweis über eine Auffrischimpfung nach § 2 Absatz 6a verfügen,
2. geimpfte Personen nach § 2 Absatz 9, die über einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 verfügen, sofern die dem Genesenennachweis nach § 2 Nummer 5 SchAusnahmV zugrundeliegende Testung nach Erlangung der vollständigen Schutzimpfung nach § 2 Nummer 3 SchAusnahmV erfolgt ist,
3. geimpfte Personen nach § 2 Absatz 9, sofern die vollständige Schutzimpfung nach § 2 Nummer 3 SchAusnahmV nicht länger als drei Monate zurückliegt,
4. genesene Personen nach § 2 Absatz 10, sofern die dem Genesenennachweis nach § 2 Nummer 5 SchAusnahmV zugrundeliegende Testung nicht länger als drei Monate zurückliegt.

(5) Die Absonderung nach den Absätzen 1 bis 3 darf unterbrochen werden

1. zum Zwecke einer Testung nach Absatz 2 Satz 3 oder Absatz 3 Satz 4 sowie
2. wenn dies zum Schutz von Leben oder Gesundheit zwingend erforderlich ist.

In Fällen des Satzes 1 Nummer 1 haben Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, eine FFP2-Maske oder eine sonstige Atemschutzmaske mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard und Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben,

eine medizinische Maske nach § 8 Absatz 1a Satz 2 zu tragen.

(6) Sorgeberechtigte Personen oder Pflegepersonen im Sinne von § 1688 Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind verpflichtet, die Einhaltung der Pflichten nach den Absätzen 1 bis 3 und 5 durch die gemeinsam mit ihnen in einem Haushalt lebenden Kinder in einer dem Entwicklungsstand entsprechenden sowie das Kindeswohl wahrenen Weise zu gewährleisten.

(7) Die Absätze 1 bis 6 gelten nicht, soweit das Gesundheitsamt im Einzelfall abweichende Anordnungen trifft. Anordnungen nach Satz 1 kommen insbesondere in Betracht in Bezug auf besorgniserregende Virusvarianten. Anordnungen nach Satz 1 kommen ferner in Betracht zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit kritischer Infrastruktur sowie für Schülerinnen und Schüler und für in Kindertagesstätten betreute Kinder.“

14. Hinter § 35 wird folgender § 35a eingefügt:

„§ 35a

Übergangsvorschrift zur Absonderungspflicht nach § 35

„§ 35 Absatz 2 Satz 2 und 3 sowie Absatz 3 Satz 3 bis 5 gilt auch für solche Personen, die mit Ablauf des 14. Januar 2022 einer sich unmittelbar aus § 35 Absatz 2 Satz 1 oder Absatz 3 Satz 1 ergebenden Pflicht zur Absonderung unterlagen.“

15. Teil 9 wird aufgehoben.

16. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

16.1 Hinter Nummer 53a wird folgende Nummer 53b eingefügt:

„53b. entgegen § 12 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 die Pflicht zum Tragen der vorgeschriebenen Atemschutzmaske nicht befolgt,“.

16.2 Nummer 95 erhält folgende Fassung:

„95. entgegen § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nicht befolgt oder als Betriebsinhaberin oder Betriebsinhaber nicht sicherstellt, dass die Gäste oder die Beschäftigten die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 8 einhalten,“.

16.3 Nummern 131 bis 133a werden aufgehoben.

16.4 Nummern 169 bis 172 erhalten folgende Fassung:

„169. entgegen § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 10 Absatz 2 Nummer 2, § 10 Absatz 3 Nummer 2, § 10 Absatz 6 Satz 1, § 10 Absatz 7 Satz 1, § 10 Absatz 7 Satz 6 Nummer 1, § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2, § 13 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 13 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1, § 13a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 14 Absatz 1 Nummer 2, § 14 Absatz 2 Nummer 1, § 14a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, § 14a Absatz 2 Nummer 1, § 14a Absatz 3 Nummer 1, § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 15 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 17 Absatz 1 Nummer 2, § 17 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1, § 18 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 18 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2, § 18 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1, § 18a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 18a Absatz 4 Satz 1 Nummer 1, § 18a Absatz 5 Satz 2 Nummer 1, § 18a Absatz 5 Satz 3 Nummer 1, § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, § 19 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2, § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2, § 20

- Absatz 1 Satz 3 Nummer 1, § 20 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2, § 20 Absatz 3 Satz 2 Nummer 2, § 20 Absatz 3 Satz 3 Nummer 1, § 20 Absatz 4 Satz 1 Nummer 1, § 20 Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, § 21 Satz 1 Nummer 2, § 22 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 oder § 33 Satz 1 Nummer 2 die allgemeinen Hygienevorgaben gemäß § 5 nicht einhält,
170. entgegen § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, § 10 Absatz 2 Nummer 3, § 10 Absatz 3 Nummer 3, § 10 Absatz 6 Satz 2, § 10 Absatz 7 Satz 2, § 10 Absatz 7 Satz 6 Nummer 2, § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3, § 13 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, § 13a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, § 14 Absatz 1 Nummer 3, § 14 Absatz 2 Nummer 2, § 14a Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 14a Absatz 2 Nummer 2, § 14a Absatz 3 Nummer 2, § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, § 15 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2, § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, § 17 Absatz 1 Nummer 3, § 17 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2, § 18 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, § 18 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3, § 18 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2, § 18a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, § 18a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2, § 18a Absatz 5 Satz 2 Nummer 2, § 18a Absatz 5 Satz 3 Nummer 2, § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2, § 19 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3, § 20 Absatz 1 Satz 2 Nummer 3, § 20 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3, § 20 Absatz 3 Satz 2 Nummer 3, § 20 Absatz 3 Satz 3 Nummer 3, § 20 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3, § 20 Absatz 4 Satz 2 Nummer 2, § 21 Satz 1 Nummer 3, § 22 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 oder § 33 Satz 1 Nummer 3 ein Schutzkonzept gemäß § 6 nicht erstellt, ein erstelltes Schutzkonzept auf Verlangen der zuständigen Behörde nicht vorlegt oder die Einhaltung des Schutzkonzeptes nicht gewährleistet,
171. entgegen § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, § 10 Absatz 7 Satz 3, § 10 Absatz 7 Satz 6 Nummer 3, § 11 Absatz 2 Satz 2, § 12 Absatz 1 Satz 8, § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4, § 13a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, § 14 Absatz 1 Nummer 4, § 14 Absatz 2 Nummer 3, § 14a Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, § 14a Absatz 2 Nummer 3, § 14a Absatz 3 Nummer 3, § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, § 17 Absatz 1 Nummer 4, § 17 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3, § 18 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, § 18 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4, § 18 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4, § 18a Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, § 18a Absatz 4 Satz 1 Nummer 3, § 18a Absatz 5 Satz 2 Nummer 3, § 18a Absatz 5 Satz 3 Nummer 3, § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, § 19 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, § 19 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4, § 20 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, § 20 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4, § 20 Absatz 3 Satz 2 Nummer 4, § 20 Absatz 3 Satz 3 Nummer 2, § 20 Absatz 4 Satz 1 Nummer 2, § 20 Absatz 4 Satz 2 Nummer 3, § 21 Satz 1 Nummer 4 oder § 33 Satz 1 Nummer 4 Kontaktdaten gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 nicht, unvollständig oder unzutreffend angibt.“
17. § 40 Absatz 2 erhält folgende Fassung:  
 „(2) Diese Verordnung tritt mit Ablauf des 12. Februar 2022 außer Kraft.“

§ 2

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 15. Januar 2022 in Kraft.

Hamburg, den 14. Januar 2022.

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

**Begründung**  
**zur Zweiundsechzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-**  
**Eindämmungsverordnung**

**A. Anlass**

Mit der Zweiundsechzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung werden aufgrund der aktuellen infektionsepidemiologischen Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg dringend notwendige Anpassungen und Ergänzungen des Schutzkonzepts vorgenommen: Die in der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung geregelten Pflichten zur Absonderung für infizierte Personen und enge Kontaktpersonen werden auf Grundlage des Beschlusses der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder und des Bundeskanzlers vom 7. Januar 2022 angepasst. Ferner wird eine FFP2-Maskenpflicht im öffentlichen Personenverkehr eingeführt.

Durch die vorgenannten sowie die übrigen Schutzmaßnahmen der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung wird der besorgniserregenden infektionsepidemiologischen Gesamtlage in der Freien und Hansestadt Hamburg begegnet, die durch eine erhebliche Auslastung der intensivmedizinischen Versorgungskapazitäten, eine sehr hohe und weiterhin steigende Anzahl von Neuinfektionen, die Dominanz der besorgniserregenden Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) sowie durch einen hohen, aber noch nicht hinreichenden Immunisierungsgrad der Bevölkerung durch Impfungen geprägt ist. Es kommt hinzu, dass weiterhin außerordentlich hohe Neuinfektionszahlen sowie in einigen Teilen des Bundesgebietes weiterhin eine besonders hohe Auslastung der medizinischen Versorgungskapazitäten zu beklagen sind. Dieser hohe Infektionsdruck in der Bevölkerung zieht bei weiterer Steigerung zwangsläufig einen entsprechenden Anstieg der schweren Krankheitsverläufe und der Todesfälle nach sich. Der bundesweite Wert der 7-Tage-Inzidenz steigt nach zwischenzeitlicher Abnahme über den Dezember seit den letzten Dezembertagen wieder stark an (Verlauf der bundesweiten 7-Tage-Inzidenz: 14. Dezember: 375,0; 15. Dezember: 353,0; 16. Dezember: 340,1; 17. Dezember: 331,8; 18. Dezember: 321,8; 19. Dezember: 315,4; 20. Dezember: 316,0; 21. Dezember: 306,4; 22. Dezember: 289,0; 23. Dezember: 280,3; 24. Dezember: 265,8; 25. Dezember: 242,9; 26. Dezember: 220,7; 27. Dezember: 222,7; 28. Dezember: 215,6; 29. Dezember: 205,5; 30. Dezember: 207,4; 31. Dezember: 214,9; 1. Januar: 220,3; 2. Januar: 222,7; 3. Januar: 232,4; 4. Januar: 239,9; 5. Januar: 258,6; 6. Januar: 285,9; 7. Januar: 303,4; 8. Januar: 335,9; 9. Januar: 362,7; 10. Januar: 375,7; 11. Januar: 387,9; 12. Januar: 407,5; 13. Januar: 427,7; Hinweis: Bei der Interpretation der Fallzahlen ist zu beachten, dass während der Feiertage rund um den Jahreswechsel eine geringere Test- und Meldeaktivität vorgelegen haben dürfte, so dass die ausgewiesenen Daten insoweit nur ein unvollständiges Bild der epidemiologischen Lage wiedergeben).

Die Schutzmaßnahmen der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung sind an dem Schutz von Leben und Gesundheit der Bevölkerung sowie der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und weiterer Bereiche der sogenannten kritischen Infrastruktur (KRITIS)

ausgerichtet und vor dem Hintergrund der aktuellen infektionsepidemiologischen Lage zur Erreichung dieser Ziele weiter dringend erforderlich. Bei der Bewertung der infektionsepidemiologischen Lage und der hierauf gestützten Entscheidung des Ordnungsgebers über die Schutzmaßnahmen sind insbesondere die Anzahl der mit einer Coronavirus-Infektion neu in Krankenhäusern aufgenommenen Personen, die Auslastung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten, die unter infektionsepidemiologischen Aspekten differenzierte Anzahl der Neuinfektionen sowie die Anzahl der gegen das Coronavirus geimpften Personen berücksichtigt worden.

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte sind die Beibehaltung und die weitere Ergänzung der bestehenden Schutzmaßnahmen dringend erforderlich, um eine effektive Eindämmung des Infektionsgeschehens zu gewährleisten und das Leben und die Gesundheit der Bevölkerung sowie die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems zu schützen. Dies gilt insbesondere, weil der Anteil der Bevölkerung, der über einen vollständigen Impfschutz verfügt, noch nicht hinreichend groß ist. Nur die vollständige Impfung und insbesondere die zusätzliche Auffrischimpfung vermitteln einen hohen Schutz vor einem schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung. Ein weiterer Anstieg von Neuinfektionen in der Bevölkerung, insbesondere in der Gruppe der Ungeimpften, birgt somit die Gefahr einer Überlastung der Kapazitäten des Gesundheitssystems, die der Ordnungsgeber abzuwenden verpflichtet ist. Auch die weiterhin hohe und zunehmende Auslastung der intensivmedizinischen Kapazitäten sowie die Dominanz der besorgniserregenden Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) gebieten besondere Vorsicht und die Beibehaltung eines hohen Schutzniveaus.

Aus diesen Gründen wird die sorgsame und kontinuierliche Evaluation des Schutzkonzepts und der einzelnen Schutzmaßnahmen auch mit dieser Verordnung konsequent fortgesetzt, um einen bestmöglichen Ausgleich zwischen dem dringend erforderlichen Schutzniveau und der grundrechtlich gebotenen Rücknahme beschränkender Schutzmaßnahmen zu gewährleisten. Dabei wird weiterhin auch die Zunahme des Anteils der Bevölkerung mit einem Impfschutz in die Bewertung der Lage und die Prüfung der Erforderlichkeit der Maßnahmen eingestellt werden. Je nach Entwicklung der epidemiologischen Lage wird der Ordnungsgeber nicht mehr erforderliche Schutzmaßnahmen umgehend zurücknehmen.

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/Jan\\_2022/2022-01-13-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Jan_2022/2022-01-13-de.pdf?__blob=publicationFile)) sowie die Veröffentlichungen der Freien und Hansestadt Hamburg (<https://www.hamburg.de/coronavirus>) verwiesen. Das Robert Koch-Institut schätzt die Gefährdung für die Gruppe der Ungeimpften als sehr hoch, für die Gruppen der Genesenen und Geimpften mit Grundimmunisierung (zweimalige Impfung) als hoch und für die Gruppe der Geimpften mit Auffrischimpfung (dreimalige Impfung) als moderat ein. Diese Einschätzung kann sich kurzfristig durch neue Erkenntnisse ändern ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht\\_2022-01-06.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-01-06.pdf?__blob=publicationFile)). Für die Freie und Hansestadt Hamburg stellt sich die epidemiologische Lage aktuell wie folgt dar:

Die Lage im Gesundheitssystem der Freien und Hansestadt Hamburg war zuletzt sowohl Anfang als auch Ende Dezember 2021 sowie in der vergangenen Woche durch ansteigende Werte der Anzahl der in Bezug auf die mit COVID-19 in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen je 100.000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen (7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz) gekennzeichnet. Zusätzlich ist noch mit einer hohen Anzahl von Nachübermittlungen und damit mit einer Erhöhung des tagesaktuell ermittelten Werts der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz zu rechnen, da die 7-Tage-Inzidenz weiterhin auf einem sehr hohen Niveau liegt. Der Verlauf der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz in der Freien und Hansestadt Hamburg innerhalb der letzten Wochen stellt sich nach den Berechnungen des Robert Koch-Instituts wie folgt dar: 14. Dezember: 3,40; 15. Dezember: 3,83; 16. Dezember: 3,62; 17. Dezember: 3,83; 18. Dezember: 3,35; 19. Dezember: 3,72; 20. Dezember: 3,13; 21. Dezember: 2,43; 22. Dezember: 2,27; 23. Dezember: 2,38; 24. Dezember: 2,48; 25. Dezember: 2,43; 26. Dezember: 2,38; 27. Dezember: 2,70; 28. Dezember: 2,05; 29. Dezember: 2,54; 30. Dezember: 2,86; 31. Dezember: 3,51; 1. Januar: 3,99; 2. Januar: 4,05; 3. Januar: 3,72; 4. Januar: 3,24; 5. Januar: 2,97; 6. Januar: 3,08; 7. Januar: 3,40; 8. Januar: 4,21; 9. Januar: 5,88; 10. Januar: 5,34; 11. Januar: 4,70; 12. Januar: 5,07; 13. Januar: 5,51 (Quelle: Robert Koch-Institut, <https://www.rki.de/covid-19-trends>, Stand: 13. Januar 2022; Anmerkung: Die vom Robert Koch-Institut angegebenen Werte zu den einzelnen Tagen werden aufgrund eines Meldeverzugs regelmäßig um Nachmeldungen ergänzt; hierdurch erhöhen sich nachträglich die zu den einzelnen Tagen angegebenen Werte).

Mit Stand vom 12. Januar 2022 befinden sich in Hamburg 411 Personen mit einer SARS-CoV-2-Infektion in Behandlung in einem Krankenhaus. 75 Personen befinden sich in intensivmedizinischer Behandlung, davon werden 46 invasiv beatmet. Unter Berücksichtigung der mit anderen Patientinnen und Patienten belegten Intensivbetten sind derzeit noch 71 Intensivbetten der insgesamt zur Verfügung stehenden 475 Intensivbetten frei (Stand: 13. Januar 2022, Quelle: DIVI-Register).

Seit Ende Dezember 2021 ist der prozentuale Anteil der Belegung der Intensivbetten mit COVID-19-Erkrankten erneut auf – teils deutlich – über 15 % angestiegen. Der jüngste Verlauf dieses Werts stellt sich wie folgt dar (alle Angaben in Prozent): 13. Dezember: 14,47; 14. Dezember: 13,8; 15. Dezember: 12,77 ; 16. Dezember: 12,92; 17. Dezember: 11,99; 18. Dezember: 11,75; 19. Dezember: 12,31; 20. Dezember: 12,42; 21. Dezember: 13,08; 22. Dezember: 14,47; 23. Dezember: 14,50; 24. Dezember: 14,00; 25. Dezember: 14,76; 26. Dezember: 14,81; 27. Dezember: 14,73; 28. Dezember: 14,38; 29. Dezember: 14,89; 30. Dezember: 14,13; 31. Dezember: 15,23; 1. Januar: 16,08; 2. Januar: 15,74; 3. Januar: 14,29; 4. Januar: 14,75; 5. Januar: 15,03; 6. Januar: 15,91; 7. Januar: 16,67; 8. Januar: 17,14; 9. Januar: 17,72; 10. Januar: 18,52; 11. Januar: 18,3; 12. Januar: 16,98 (Quelle: <https://www.rki.de/covid-19-trends>, Stand: 13. Januar 2022). Zu berücksichtigen ist hierbei, dass sich die Daten des Robert Koch-Instituts auf die in der Freien und Hansestadt Hamburg gelegenen Krankenhäuser beziehen und damit auch Aufnahmen von Personen mit Wohnsitz außerhalb der Freien und Hansestadt Hamburg erfassen.

Die Anzahl der Neuinfektionen in der Freien und Hansestadt Hamburg ist seit Oktober stark angestiegen und liegt seit mehreren Wochen auf dem höchsten Niveau seit dem Beginn der Pandemie: Zwischen dem 6. und 13. Januar 2022 wurden insgesamt 15.269 Neuinfektionen in der Freien und Hansestadt Hamburg gemeldet. Dies entspricht 801,76 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (7-Tage-Inzidenz; Datenstand 13. Januar 2022, 9:00 Uhr).

Seit dem 14. Dezember 2021 ist die 7-Tage-Inzidenz kontinuierlich stark angestiegen: 14. Dezember: 262,12; 15. Dezember: 283,70; 16. Dezember: 282,13 ; 17. Dezember: 300,67; 18. Dezember: 313,37; 19. Dezember: 314,37; 20. Dezember: 308,49; 21. Dezember: 344,04; 22. Dezember: 355,43; 23. Dezember: 360,95; 24. Dezember: 356,64; 25. Dezember: 348,29; 26. Dezember: 354,43; 27. Dezember: 345,88; 28. Dezember: 329,76; 29. Dezember: 333,33; 30. Dezember: 360,42; 31. Dezember: 383,37; 1. Januar: 389,93; 2. Januar: 406,94; 3. Januar: 440,29; 4. Januar: 463,34; 05. Januar: 499,36; 6. Januar: 533,07; 7. Januar: 556,49; 8. Januar: 629,11; 9. Januar: 611,62; 10. Januar: 659,72; 11. Januar: 690,18; 12. Januar: 722,99; 13. Januar: 801,76 (Stand: 13. Januar 2022, Hinweis: Bei der Interpretation der Fallzahlen ist zu beachten, dass während der Feiertage rund um den Jahreswechsel eine geringere Test- und Meldeaktivität vorgelegen haben dürfte, so dass die ausgewiesenen Daten insoweit nur ein unvollständiges Bild der epidemiologischen Lage wiedergeben).

Diese Betrachtung wird auch durch den Verlauf des 7-Tage-R-Werts bestätigt, der zuletzt wieder auf einen Wert über 1 gestiegen ist: 14. Dezember: 1,01; 15. Dezember: 1,02; 16. Dezember: 0,99; 17. Dezember: 1,02; 18. Dezember: 1,07; 19. Dezember: k.A. ; 20. Dezember: k.A. ; 21. Dezember: 1,08; 22. Dezember: 0,98; 23. Dezember: 0,98; 24. Dezember: 1,03; 25. Dezember: k.A. ; 26. Dezember: k.A. ; 27. Dezember: k.A. ; 28. Dezember: 1,01 ; 29. Dezember: 0,92; 30. Dezember: 0,91; 31. Dezember: 0,94; 1. Januar: k.A.; 2. Januar: k.A.; 3. Januar: k.A.; 4. Januar: 1,02; 5. Januar: 1,09; 6. Januar: 1,05; 7. Januar: 1,10; 8. Januar: 1,18; 9. Januar: k.A.; 10. Januar: k.A.; 11. Januar: 1,17; 12. Januar: 1,12; 13. Januar: 1,07 (Stand: 13. Januar 2022). Der 7-Tage-R-Wert bildet das Infektionsgeschehen vor etwa einer Woche bis vor 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 an Neuinfektionen.

Die unter infektionsepidemiologischen Aspekten differenzierte Betrachtung der Inzidenzen in der 1. Kalenderwoche 2022 zeigt, dass die Inzidenzen in allen Altersgruppen deutlich steigen. Die höchsten Werte zeigen sich hierbei bei den 15- bis 19-jährigen (7-Tage-Inzidenz von 1.423) und den 20- bis 29-jährigen (7-Tage-Inzidenz von 1.197).

Am 7. Dezember 2021 wurde in Hamburg erstmals die besorgniserregende Virusvariante B.1.1.529 (Omikron), im Folgenden: Omikron-Variante, detektiert. Der Anteil von Infektionen mit dieser Virusvariante am Gesamtgeschehen nimmt seitdem stetig zu. Mittlerweile dominiert diese Omikron-Variante das Infektionsgeschehen in der Freien und Hansestadt Hamburg und verdrängt die zuvor seit Kalenderwoche 25 dominierende Virusvariante B.1.617.2 (Delta) in zunehmenden Maße.

Die Omikron-Variante bringt nach dem aktuellen Erkenntnisstand eine neue Dimension in das Pandemiegeschehen. Diese Virusvariante zeichnet sich nach bisherigen Erkenntnissen durch

eine stark gesteigerte Übertragbarkeit und in einem gewissen Maße durch ein Unterlaufen eines durch Impfung oder Genesung erworbenen Immunschutzes aus. Dies bedeutet, dass die neue Variante im Vergleich zu zuvor vorherrschenden Virusvarianten mehrere ungünstige Eigenschaften vereint. Sie infiziert in kürzester Zeit deutlich mehr Menschen und bezieht auch Genesene und Geimpfte stärker in das Infektionsgeschehen ein. Dies kann zu einer explosionsartigen Verbreitung führen: In Dänemark, Norwegen, den Niederlanden und Großbritannien wurde eine nie dagewesene Verbreitungsgeschwindigkeit mit Verdopplungszeiten von etwa zwei bis drei Tagen beobachtet.

Erste epidemiologische Analysen aus Großbritannien, Dänemark und den USA deuten zwar auf einen milderen Krankheitsverlauf bei Infektionen mit der Omikron-Variante im Vergleich zur Delta-Variante hin. Dies gilt auch für Kinder. Vorläufige experimentelle Studien unterstützen diese Beobachtung. Infektionen mit der Omikron-Variante führen, bezogen auf die Fallzahl, seltener zu Krankenhausaufnahmen und schweren Krankheitsverläufen. Die Reduktion der relativen Krankheitsschwere erklärt sich größtenteils durch Impfungen und vorangegangene Infektionen eines Großteils der Bevölkerung, zu einem Teil aber auch durch eine Verminderung der krankmachenden Eigenschaften des Virus. Impfungen und insbesondere Boosterimpfungen schützen auch bei Omikron-Infektion vor schweren Krankheitsverläufen und Hospitalisierung (vgl. zum Vorstehenden: Zweite Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19, Ergänzende Erkenntnisse zur Omikron-Variante und notwendige Vorbereitungen des Gesundheitssystems auf die kommende Infektionswelle, 6. Januar 2022, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/1995094/0e24018c4ce234c5b9e40a83ce1b3892/2022-01-06-zweite-stellungnahme-expertenrat-data.pdf?download=1>).

Die starke Infektionsdynamik und die damit verbundene hohe Zahl von parallel auftretenden Erkrankungen droht jedoch den gegenüber der Delta-Variante gegebenen Vorteil der milderen Krankheitsverläufe quantitativ aufzuwiegen. So führen die zeitweise sehr hohen Fallzahlen in einzelnen europäischen Staaten und in den USA derzeit zu einem deutlichen Anstieg der Krankenhausaufnahmen. Aktuelle Statistiken aus verschiedenen europäischen Staaten zeigen zudem deutlich vermehrte Aufnahmen auf die Normalstationen, aber im Vergleich zu vorangegangenen Infektionswellen anteilig weniger Aufnahmen auf die Intensivstationen. Diese Entwicklung ist in der Freien und Hansestadt Hamburg bereits zu beobachten (siehe vorstehende Ausführungen). Trotz einer reduzierten Hospitalisierungsrate bei der Omikron-Variante ist bei sehr hohen Inzidenzwerten aufgrund des hohen zeitgleichen Aufkommens infizierter Personen mit einer erheblichen Belastung und auch Überlastung der Krankenhäuser und der ambulanten Versorgungsstrukturen (Praxen, Ambulanzen, Tageskliniken) und dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu rechnen. Da auch Geimpfte wieder stärker in das Infektionsgeschehen mit einbezogen werden, entsteht ein weiteres wesentliches Problem durch Personalausfälle aufgrund von Ansteckungen innerhalb der Belegschaften von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Versorgungsstrukturen. Diese Personalausfälle werden ärztliches und pflegerisches, aber auch nicht-medizinisches Personal betreffen. Ein hohes Patientenaufkommen kombiniert mit akutem Personalmangel kann innerhalb von kurzer Zeit die allgemeine medizinische Versorgung in der Freien und Hansestadt Hamburg sowie in ganz Deutschland

gefährden. Es ist daher dringend erforderlich, die Ausbreitung der Omikron-Variante mit entsprechenden Maßnahmen zu verlangsamen (vgl. zum Vorstehenden: Zweite Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19, Ergänzende Erkenntnisse zur Omikron-Variante und notwendige Vorbereitungen des Gesundheitssystems auf die kommende Infektionswelle, 6. Januar 2022, a.a.O.).

Erschwerend hinzukommt, dass die Omikron-Variante auf eine Bevölkerung mit weiterhin nicht ausreichendem Impfschutz trifft, wie aktuelle Daten nahelegen. Viele Menschen in Hamburg – insbesondere in den jüngeren Altersgruppen – haben noch keine oder nur die erste Impfdosis erhalten. Vulnerable Personen sind sogar trotz zweifacher Impfung einem höheren Risiko ausgesetzt, denn die Wirksamkeit von Impfstoffen ist bei ihnen oft herabgesetzt, etwa aufgrund einer schlechteren Immunantwort oder bestehender Grunderkrankungen. Wie genau die Omikron-Variante in diesem Kontext einzuordnen ist, ist noch nicht abschließend wissenschaftlich untersucht. Erste Studienergebnisse zeigen aber, dass der Impfschutz gegen die Omikron-Variante nach abgeschlossener Impfung ohne Auffrischimpfung nachlässt und auch geimpfte Personen symptomatisch erkranken. Der Schutz vor schwerer Erkrankung bleibt wahrscheinlich teilweise erhalten. Mehrere Laborstudien zeigen aber einen deutlich verbesserten Immunschutz nach erfolgter Auffrischimpfung mit den derzeit verfügbaren mRNA-Impfstoffen (vgl. zum Vorstehenden: Erste Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19 Einordnung und Konsequenzen der Omikronwelle, 19. Dezember 2021, a.a.O.).

80,1 % der Hamburgerinnen und Hamburger haben bereits eine Erstimpfung, 77,8 % eine Zweitimpfung und 41,2 % haben eine Auffrischimpfung erhalten (Quelle: Digitales Impfmonitoring zur COVID-19-Impfung, Robert Koch-Institut; Stand: 13. Januar 2022). Impfungen werden sowohl durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Betriebsärztinnen und Betriebsärzte als auch durch mobile Impfteams an dezentralen Impfstellen, insbesondere in zwölf Krankenhäusern, und in Schulen durchgeführt. Bis in den jüngeren Altersgruppen, insbesondere der Altersgruppe unter 18 Jahren, eine hohe Impfquote erreicht ist, wird es noch einige Wochen dauern. Bisher haben 61,4 % der 12- bis 17-Jährigen in der Freien und Hansestadt Hamburg eine Erstimpfung erhalten, 57,4 % dieser Altersgruppe sind vollständig geimpft und 8,0 % haben eine Auffrischimpfung erhalten (Quelle: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html), Stand: 13. Januar 2022). Eine finale Version der Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission in Bezug auf Impfungen für Kinder unter zwölf Jahren wurde am 17. Dezember 2021 veröffentlicht ([https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/01\\_22.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/01_22.pdf)).

Ein weiteres konsequentes Festhalten an den bestehenden Schutzmaßnahmen ist vor diesem Hintergrund dringend erforderlich. Insbesondere muss das Infektionsgeschehen weiter eingedämmt werden, da die Bürgerinnen und Bürger noch nicht hinreichend durch Impfungen geschützt sind. Die starke Viruszirkulation in der Bevölkerung (Community Transmission) mit Infektionen in privaten Haushalten und gastronomischen Betrieben, bei Veranstaltungen sowie in Kitas, Schulen und im beruflichen Umfeld erfordert weiterhin die konsequente Umsetzung

kontaktreduzierender Maßnahmen und weiterer Schutzmaßnahmen sowie massive Anstrengungen zur Eindämmung von Ausbrüchen und Infektionsketten. Dies ist vor dem Hintergrund einer Dominanz der besorgniserregenden Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) von entscheidender Bedeutung, um die Zahl der Neuinfizierten wieder deutlich zu senken und schwere Krankheitsverläufe, intensivmedizinische Behandlungen und Todesfälle zu verhindern. 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. Berichte über COVID-19-Langzeitfolgen mahnen ebenfalls zur Vorsicht. Bei einem exponentiellen Anstieg der Neuinfektionszahlen kann das Gesundheitswesen auch trotz des bisherigen Anteils der Hamburger Bevölkerung mit einem vollständigen Impfstatus von 77,8 % zudem schnell wieder an seine Belastungsgrenzen stoßen, wie dies in anderen Ländern bereits geschieht.

Ein zusätzlicher wichtiger Grund für die Erforderlichkeit einer weiteren Eindämmung des Infektionsgeschehens besteht darin, während der laufenden Impfkampagne in Deutschland das Auftreten weiterer 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 an solche Virusvarianten angepasst werden. Dies erfordert jedoch einen mehrmonatigen Vorlauf und eine vollständige Nachimpfung der Bevölkerung, die wiederum eine fristgerechte Produktion dieser angepassten Impfstoffe für die gesamte Bevölkerung voraussetzt.

Antigen-Schnelltests können als zusätzliches Element zur frühzeitigen Erkennung der Virusausscheidung die Sicherheit erhöhen. Wegen der Grenzen der Validität der Testergebnisse (vgl. hierzu die Begründung der HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO vom 23. April 2021 – HmbGVBl. S. 205) können sie jedoch die weiteren notwendigen Schutzmaßnahmen sowie insbesondere eine Schutzimpfung nicht ersetzen.

Aus den vorstehenden Gründen ist es dringend erforderlich, die bestehenden Schutzmaßnahmen fortzusetzen, um das Leben und die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen und eine Überlastung des Gesundheitssystems zu vermeiden.

## **B. Erläuterungen zu den einzelnen Regelungen**

**Zu § 2:** Durch die Änderungen in Absatz 5 und 6 wird für die Begriffsbestimmungen des Impfnachweises und des Genesenennachweises nunmehr auf die COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung verwiesen. Die Änderung in Absatz 6a dient der redaktionellen Anpassung an die neue Begriffsdefinition in Absatz 5.

**Zu § 10k:** Die Änderung dient der redaktionellen Anpassung an die neue Begriffsdefinition in § 2 Absatz 5.

**Zu § 12:** Vor dem Hintergrund der aktuellen epidemiologischen Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg (hierzu ausführlich unter A.) ist es erforderlich, dass Personen, die das 14.

Lebensjahr vollendet haben, bei der Nutzung von Verkehrsmitteln und Verkehrsanlagen des öffentlichen Personenverkehrs nunmehr eine FFP2-Maske oder eine sonstige Atemschutzmaske mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard tragen. Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet und das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, müssen eine medizinische Maske im Sinne von § 8 Absatz 1a Satz 2, mindestens also einen medizinischen Mund-Nasen-Schutz (OP-Maske), tragen. Für das Fahrpersonal von Personenkraftwagen im Personenverkehr gilt die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske im Sinne von § 8 Absatz 1a Satz 2, sobald und solange sich mindestens ein Fahrgast im Fahrzeug befindet. Durch diese Vorgaben soll der individuelle Schutz der Fahrgäste und des Personals im ÖPNV vor einer Infektion mit der besonders ansteckenden Omikron-Variante des Coronavirus erhöht werden.

**Zu § 15:** Durch die Änderung in Absatz 1 müssen Betriebsinhaberinnen und Betriebsinhaber von Gaststätten sicherstellen, dass sowohl die Beschäftigten als auch die Gäste die Maskenpflicht einhalten. Es handelt sich hierbei um eine Ergänzung der bereits aus § 8 Absatz 2 resultierenden Pflicht, Personen, die entgegen einer aufgrund dieser Verordnung bestehenden Maskenpflicht keine Maske tragen, den Zutritt zu der Einrichtung zu verweigern.

**Zu § 18a:** Absatz 2 wird aus systematischen Gründen aufgehoben.

**Zu § 18c:** Die Regelung wird wegen Zeitablaufs aufgehoben.

**Zu § 23:** Durch die Änderung in Absatz 1 wird klargestellt, dass im Musterhygieneplan für die Schulen vorgesehen werden kann, dass auch geimpfte und genesene Schülerinnen und Schüler einer Testpflicht unterliegen. In Absatz 7 werden die Schulen berechtigt, über die im Rahmen einer Quarantäneverkürzung für Schülerinnen und Schüler in den Schulen durchgeführten Testungen eine Testbescheinigung zu erstellen, die mindestens die Angaben nach § 10i Absatz 1 Nummer 4 Buchstaben a bis e enthalten müssen.

**Zu § 30a:** Vor dem Hintergrund der aktuellen epidemiologischen Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg (hierzu ausführlich unter A.) werden die Regelprüfungen in Wohneinrichtungen nach § 30 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 HmbWBG ausgesetzt.

**Zu § 31a:** Durch den neuen Absatz 2a wird die Möglichkeit geschaffen, dass die Werkstätten für behinderte Menschen im Rahmen ihrer Schutz- und Hygienekonzepte für Leistungsberechtigte eine Verpflichtung zum Tragen von FFP2-Masken oder sonstigen Atemschutzmasken mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard, aber auch entsprechende Ausnahmen vorsehen können.

**Zu § 35:** Die Regelung zu den Absonderungspflichten für infizierte Personen und enge Kontaktpersonen wird neu gefasst. Hiermit wird das im Beschluss der Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder und des Bundeskanzlers vom 7. Januar 2022 vereinbarte Konzept zur Isolation von infizierten Personen und der Quarantäne von engen Kontaktpersonen in der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung umgesetzt.

Nach den hieran angepassten Vorgaben in § 35 entfällt die Pflicht zur Absonderung auch bei der Isolation von infizierten Personen anstatt, wie bisher, nach 14 Tagen nunmehr spätestens zehn Tage nach der positiven PCR-Testung (Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 und Absatz 3 Satz 3 Nummer 2). Für Kontaktpersonen im Sinne von Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 2 endet die Pflicht zur Absonderung weiterhin nach spätestens zehn Tagen.

Darüber hinaus bestehen nach den Absätzen 2 und 3 die folgenden Möglichkeiten zur Verkürzung der Absonderungspflicht:

Für infizierte Personen entfällt die Absonderungspflicht bereits vor dem Ablauf von zehn Tagen, wenn die betroffene Person dem Gesundheitsamt ein negatives Testergebnis eines PCR-Tests oder eines von einem zugelassenen Leistungserbringer durchgeführten Antigen-Schnelltests vorlegt. Hierbei gilt jedoch, dass die zugrundeliegende Testung frühestens am siebten Tag nach der PCR-Testung, mit der die Infektion festgestellt worden ist, erfolgen darf (Absatz 2 Satz 1). Für Personen, die in den besonders vulnerablen Einrichtungen nach §§ 27, 30 bis 33 und 34a beruflich tätig sind, entfällt die Pflicht zur Absonderung jedoch abweichend von dieser Regel nur dann vor dem zehnten Tag nach der Testung, mit der die Infektion festgestellt worden ist, wenn diese seit mindestens 48 Stunden keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus (§ 2 Absatz 8) aufweisen und der Testnachweis, der der Beendigung der Absonderung dienen soll, mittels PCR-Test erfolgt.

Die Möglichkeiten der Verkürzung der Absonderungspflicht für enge Kontaktpersonen – also Personen, die mit einer infizierten Person in einem gemeinsamen Haushalt leben (Absatz 3 Satz 1 Nummer 1), sowie Personen, denen das Gesundheitsamt mitgeteilt hat, dass sie als enge Kontaktperson einer infizierten Person gelten (Absatz 3 Satz 1 Nummer 2) – werden durch Absatz 2 geregelt und wie folgt ausgestaltet:

Die Pflicht zur Absonderung entfällt für diese Personen, wenn sie dem Gesundheitsamt einen Nachweis über ein negatives Ergebnis eines PCR-Tests oder eines von einem zugelassenen Leistungserbringer durchgeführten Schnelltests vorlegen. Hierbei darf die zugrundeliegende Testung jedoch frühestens am siebten auf das nach Satz 1 Nummer 1 oder 2 maßgebliche Ereignis folgenden Tag erfolgt sein. Für Schülerinnen und Schüler sowie in Kindertagesstätten betreute Kinder gilt dasselbe mit der Maßgabe, dass ihre Testung jedoch bereits am fünften auf den vom Gesundheitsamt mitgeteilten Tag des maßgeblichen Kontakts zu der infizierten Person folgenden Tag erfolgen kann.

In Absatz 4 werden wiederum Ausnahmen von der Absonderungspflicht für die Kontaktpersonen nach Absatz 3 neu geregelt. Die Absonderungspflicht gilt hiernach nicht für Kontaktpersonen, die eine der folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Sie sind geimpfte Personen (§ 2 Absatz 9) und verfügen über einen Nachweis über eine Auffrischimpfung (§ 2 Absatz 6a).
- Sie sind geimpfte Personen (§ 2 Absatz 9) und verfügen über einen Genesenennachweis (§ 2 Absatz 6), wobei die dem Genesenennachweis zugrundeliegende Testung nach Erlangung der vollständigen Schutzimpfung erfolgt sein muss.

- Sie sind geimpfte Personen (§ 2 Absatz 9) und die vollständige Schutzimpfung (§ 2 Nummer 3 SchAusnahmV) liegt nicht länger als drei Monate zurück.
- Sie sind genesene Personen (§ 2 Absatz 10) und die die dem Genesenennachweis zugrundeliegende Testung (§ 2 Nummer 5 SchAusnahmV) liegt nicht länger als drei Monate zurück.

Hinsichtlich der unveränderten Regelungen in § 35 wird auf die Begründung zur Neunundfünfzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 23. Dezember 2021 (HmbGVBl. S. 924) verwiesen.

**Zu § 35a:** Mit der Übergangsvorschrift zu § 35 wird klargestellt, dass für Personen, die mit Ablauf des 14. Januar 2022 einer sich unmittelbar aus § 35 Absatz 2 Satz 1 oder Absatz 3 Satz 1 ergebenden Pflicht zur Absonderung unterlagen, allein die Vorschriften zur Verkürzung der Absonderungspflicht aus § 35 Absatz 2 Satz 2 und 3 sowie Absatz 3 Satz 3 bis 5 in der ab dem 15. Januar 2022 geltenden Fassung der Hamburgischen SARS-CoV-2-EindämmungsVO gelten.

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

**Zu § 40:** Vor dem Hintergrund der unter A. dargestellten aktuellen epidemiologischen Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg ist es dringend erforderlich, an den bestehenden Schutzmaßnahmen festzuhalten und diese auszuweiten, um dem Infektionsgeschehen weiterhin konsequent entgegenzuwirken. Aus diesem Grund werden die Schutzmaßnahmen der HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO bis zum 12. Februar 2022 verlängert.

Im Übrigen wird auf die Begründungen zur Zweiundzwanzigsten bis Neununddreißigsten 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, 1. April 2021 und 16. April 2021 (HmbGVBl. S. 1, 10, 19, 25, 55, 70, 71, 107, 121, 137, 145, 161, 173 und 193) verwiesen.

Darüber hinaus wird auf die Begründung der HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO vom 23. April 2021 (HmbGVBl. S. 205) sowie die Begründungen zur Vierzigsten bis Einundsechzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 11. Mai 2021, 20. Mai 2021, 28. Mai 2021, 3. Juni 2021, 10. Juni 2021, 17. Juni 2021, 21. Juni 2021, 1. Juli 2021, 26. Juli 2021, 20. August 2021, 27. August 2021, 10. September 2021, 23. September 2021, 22. Oktober 2021, 19. November 2021, 26. November 2021, 3. Dezember 2021, 14. Dezember 2021, 16. Dezember 2021, 23. Dezember 2021, 30. Dezember 2021 und 7. Januar 2022 (HmbGVBl. S. 295, 323, 349, 367, 412, 459, 471, 485, 543, 567, 573, 625, 649, 707, 763, 789, 813, 844, 852, 924, 965 und 3) verwiesen.