

Einundsiebzigste Verordnung
zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung
Vom 29. April 2022

Auf Grund von § 32 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert am 18. März 2022 (BGBl. I S. 473), in Verbindung mit dem Einzigsten Paragraphen der Weiterübertragungsverordnung-Infektionsschutzgesetz vom 8. Januar 2021 (HmbGVBl. S. 9) wird verordnet:

Die Hamburgische SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 31. März 2022 (HmbGVBl. S. 197) wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - 1.1 Der Eintrag zu § 4 erhält folgende Fassung:
„§ 4 Allgemeine Empfehlung“.
 - 1.2 Der Eintrag zu § 5 erhält folgende Fassung:
„§ 5 Öffentlicher Personennahverkehr“.
 - 1.3 Die Einträge zu §§ 6, 7 und 10 werden aufgehoben.
 - 1.4 Der Eintrag zu § 13 erhält folgende Fassung:
„§ 13 Arztpraxen“.
2. § 2 wird wie folgt geändert:
 - 2.1 Absatz 1 wird aufgehoben.
 - 2.2 Absatz 3 erhält folgende Fassung:
„(3) Öffentlicher Personennahverkehr im Sinne dieser Verordnung sind alle Formen der geschäftsmäßigen Beförderung von Personen zu Land und zu Wasser, die überwiegend dazu bestimmt sind, die Verkehrsnachfrage im Stadt-, Vorort- oder Regionalverkehr zu befriedigen.“
 - 2.3 Absatz 4 wird aufgehoben.
 - 2.4 Absatz 13 erhält folgende Fassung:

„(13) Typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus im Sinne dieser Verordnung sind insbesondere Symptome nach § 2 Nummer 1 zweiter Halbsatz der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung vom 8. Mai 2021 (BAnz. AT 08.05.2021 V1), zuletzt geändert am 18. März 2022 (BGBl. I S. 478), in der jeweils geltenden Fassung sowie Halsschmerzen.“

3. § 4 erhält folgende Fassung:

„§ 4

Allgemeine Empfehlung

Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf sowie Personen, die nicht über einen vollständigen Impfschutz nach § 22a Absatz 1 IfSG verfügen, wird in Einrichtungen und Anlagen mit Publikumsverkehr und an Orten mit hohem Personenaufkommen das Tragen einer Maske nach § 3 empfohlen.“

4. § 5 erhält folgende Fassung:

„§ 5

Öffentlicher Personennahverkehr

(1) In Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs nach § 2 Absatz 3 gilt für die Fahrgäste sowie sonstige Nutzerinnen und Nutzer die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3; dies gilt nicht in offe-

nen Bereichen der Verkehrsmittel. Wird eine Beförderung nach Satz 1 mit Personenkraftwagen durchgeführt, gilt für das Fahrpersonal, sobald und solange sich mindestens ein Fahrgast im Fahrzeug befindet, die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 3; § 3 Absatz 3 Nummer 4 findet weder für das Fahrpersonal noch für die Fahrgäste Anwendung.

(2) Die Betreiberinnen und Betreiber von Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs haben deren Nutzerinnen und Nutzer durch schriftliche, akustische oder bildliche Hinweise sowie durch mündliche Ermahnungen bei Nichtbeachtung im Einzelfall zur Einhaltung der vorgenannten Pflichten aufzufordern. Sie sind im Übrigen berechtigt, im Fall der Nichtbefolgung die Beförderung abzulehnen.“

5. §§ 6 und 7 werden aufgehoben.

6. § 8 erhält folgende Fassung:

„§ 8

Schulen

(1) Die für Schule zuständige Behörde hat einen Musterhygieneplan für Schulen zu erlassen, auf dessen Grundlage jede einzelne Schule einen Hygieneplan nach dem Infektionsschutzgesetz aufzustellen hat. In dem Musterhygieneplan kann der Zugang zum Schulgelände sowie die Teilnahme an schulischen Veranstaltungen für Schülerinnen und Schüler, Bedienstete der Schule sowie sonstige in der Schule beruflich tätige Personen von der Vorlage eines Testnachweises nach § 2 Absatz 7 abhängig gemacht und eine Verpflichtung zur Testung auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus im Rahmen des Schulbetriebs vorgesehen werden; dies gilt auch in Bezug auf geimpfte Personen nach § 2 Absatz 8 und genesene Personen nach § 2 Absatz 9; die Testung kann auch mittels Selbsttest erfolgen, wobei Schülerinnen und Schüler diesen unter der Aufsicht einer oder eines Bediensteten der Schule durchzuführen haben; im Falle eines positiven Testergebnisses ist die Schule befugt, personenbezogene Daten der betroffenen Person zu verarbeiten, soweit dies zu Zwecken des Infektionsschutzes erforderlich ist; die personenbezogenen Daten sind zu löschen, sobald sie zur Erreichung des vorgenannten Zwecks nicht mehr erforderlich sind, spätestens aber zwei Wochen nach Durchführung des Tests; zur Wahrung der Interessen der betroffenen Person sind technisch organisatorische Maßnahmen zu ergreifen, die sicherstellen, dass die Verarbeitung gemäß 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. EU 2016 Nr. L 119 S. 1, L 314 S. 72, 2018 Nr. L 127 S. 2, 2021 Nr. L 74 S. 35) erfolgt; die an den Verarbeitungsvorgängen beteiligten Personen sind insoweit zu sensibilisieren; die Verwendung der personenbezogenen Daten zu anderen als den in dieser Vorschrift genannten Zwecken ist untersagt. Personen, die gegen Vorschriften eines Hygieneplanes verstoßen, sollen von der Schulleitung des Schulgeländes verwiesen und von schulischen Veranstaltungen außerhalb des Schulgeländes ausgeschlossen werden. Dies gilt nicht, soweit die betroffene Person glaubhaft macht, dass die Einhaltung der betreffenden Vorschrift des Musterhygieneplanes für sie eine besondere persönliche Härte bedeutet.

(2) Andere als die in Absatz 1 Satz 2 genannten Personen dürfen das Schulgelände nur betreten, wenn sie einen Impfnachweis nach § 2 Absatz 5, einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 oder einen Testnachweis nach § 2 Absatz 7 vorlegen. Satz 1 gilt nicht für Sorgeberechtigte von Schülerinnen und Schülern, soweit sie diese abholen oder ein Anliegen nach dem Hamburgischen Schulgesetz vom 16. April 1997 (HmbGVBl. S. 97), zuletzt geändert am 11. Mai 2021 (HmbGVBl. S. 322), in der jeweils geltenden Fassung verfolgen, für Einsatzkräfte der Polizei, von Rettungsdiensten, der Feuerwehr oder des Katastrophenschutzes sowie für Bedienstete des zuständigen Bezirksamtes. Der Musterhygieneplan nach Absatz 1 kann über die Anforderungen des Satzes 1 hinaus vorsehen, dass die von Satz 1 erfassten Personen einen Impfnachweis nach § 2 Absatz 5 oder einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 sowie zusätzlich einen Testnachweis nach § 2 Absatz 7 vorzulegen haben.

(3) Die Schulen sind berechtigt, über Testungen von Schülerinnen und Schülern Testbescheinigungen zu erstellen.

(4) Absatz 1 gilt nicht für Bildungsgänge nach dem Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), zuletzt geändert am 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754, 2792), dem Altenpflegegesetz in der Fassung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1691), zuletzt geändert am 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307, 1331), und dem Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert am 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307, 1330), in der jeweils geltenden Fassung sowie für die Bildungsgänge der nichtakademischen Gesundheitsfachberufe einschließlich der für die Berufsausübung zwingend vorgeschriebenen Fortbildungen. Der Schulbetrieb in diesen Bildungsgängen unterliegt den Vorgaben der zuständigen Behörde.“

7. § 9 wird wie folgt geändert:

7.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Kinder, deren Pflicht zur Absonderung nach § 21 Absatz 3 Sätze 5 und 6 aufgrund einer vor dem siebten auf das nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 maßgebliche Ereignis folgenden Tag erfolgten Testung entfällt, dürfen vor diesem Tag in der Kindertagesstätte nur betreut werden, wenn sie jeweils vor Beginn der Betreuung einer Testung mittels Schnelltest in der Kindertagesstätte oder durch einen Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vom 21. September 2021 (BAnz. AT 21.09.2021 V1), zuletzt geändert am 29. März 2022 (BAnz. AT 30.03.2022 V1), in der jeweils geltenden Fassung unterzogen wurden und deren Ergebnis negativ ist.“

7.2 Absatz 3 wird aufgehoben.

8. § 10 wird aufgehoben.

9. § 12 wird wie folgt geändert:

9.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Für Besucherinnen und Besucher von voll- und teilstationären Krankenhäusern im Sinne von § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 IfSG gelten folgende Vorgaben:

1. in geschlossenen Räumen gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3 mit der Maßgabe, dass § 3 Absatz 3 Nummern 2 und 4 keine Anwendung findet,

2. das Betreten der Einrichtungen ist nur nach Vorlage eines Testnachweises nach § 2 Absatz 7 gestattet; dies gilt auch für geimpfte Personen nach § 2 Absatz 8 und genesene Personen nach § 2 Absatz 9.“
- 9.2 Absatz 2 Nummer 1 erhält folgende Fassung:
 „1. in geschlossenen Räumen gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3 mit der Maßgabe, dass § 3 Absatz 3 Nummern 2 und 4 keine Anwendung findet; die Maske kann abgenommen werden, sofern ein Kontakt zu anderen Personen ausgeschlossen ist.“
10. § 13 erhält folgende Fassung:
 „§ 13
 Arztpraxen
 In Arztpraxen gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3 und für Ärztinnen und Ärzte sowie deren Beschäftigte die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 3. Patientinnen und Patienten dürfen die Masken zur Inanspruchnahme von Gesundheitsbehandlungen ablegen, soweit dies erforderlich ist.“
11. § 14 wird wie folgt geändert:
 11.1 Absatz 1 erhält folgende Fassung:
 „(1) Für Besucherinnen und Besucher von Wohneinrichtungen nach § 2 Absatz 4 des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetzes (HmbWBG) vom 15. Dezember 2009 (HmbGVBl. S. 494), zuletzt geändert am 4. Oktober 2018 (HmbGVBl. S. 336), in der jeweils geltenden Fassung und Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach § 2 Absatz 5 HmbWBG sowie für Aufsuchende, die beruflich oder ehrenamtlich in solchen Einrichtungen tätig werden, gelten folgende Vorgaben:
 1. die Einrichtung darf nur nach Vorlage eines Testnachweises nach § 2 Absatz 7 oder nach einer von der Einrichtung durchgeführten Testung mittels Schnelltest, deren Ergebnis negativ ist, betreten werden; die Betreiberin oder der Betreiber der Einrichtung hat eine solche Testung zu ermöglichen; dies gilt auch für geimpfte Personen nach § 2 Absatz 8 und genesene Personen nach § 2 Absatz 9; die Testpflicht gilt nicht für Kinder, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, für Personen, die die Einrichtung zur Begleitung Sterbender aufsuchen, sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Rettungsdiensten, der Gesundheitsämter sowie des Medizinischen Dienstes,
 2. in geschlossenen Räumen gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3 mit der Maßgabe, dass § 3 Absatz 3 Nummern 2 und 4 keine Anwendung findet.“
- 11.2 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
 11.2.1 In Nummer 3 werden hinter den Wörtern „deren Ergebnis“ die Wörter „negativ ist oder“ eingefügt.
 11.2.2 In Nummer 4 wird das Wort „Bewohnern“ durch das Wort „Bewohner“ ersetzt.
12. § 16 wird wie folgt geändert:
 12.1 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 12.1.1 Die Textstelle „(Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe)“ wird gestrichen.
 12.1.2 In Nummer 1 wird die Textstelle „des Bestattungswesens, der Bezirksämter“ durch die Wörter „der Gesundheitsämter“ ersetzt.
- 12.2 In Absatz 2 Nummer 1 zweiter Halbsatz werden die Wörter „der Trägerin oder dem Träger“ durch die Wörter „der Betreiberin oder dem Betreiber“ ersetzt.
- 12.3 Absatz 3 Nummer 1 erhält folgende Fassung:
 „1. vor der Aufnahme einer leistungsberechtigten Person, die weder über einen Impfnachweis nach § 2 Absatz 5 noch über einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 verfügt, hat die Betreiberin oder der Betreiber eine Bescheinigung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes darüber einzuholen, dass die leistungsberechtigte Person innerhalb von 48 Stunden vor der geplanten Aufnahme einer Testung mittels PCR-Test unterzogen wurde, dessen Ergebnis negativ ist oder einen cycle-threshold-Wert (CT-Wert) von über 30 ausweist.“
13. § 17 wird wie folgt geändert:
 13.1 Absatz 1 Nummer 1 erhält folgende Fassung:
 „1. die Einrichtung darf nur nach Vorlage eines Testnachweises nach § 2 Absatz 7 oder nach einer von der Einrichtung durchgeführten Testung mittels Schnelltest, deren Ergebnis negativ ist, betreten werden; die Betreiberin oder der Betreiber der Einrichtung hat eine solche Testung zu ermöglichen; dies gilt auch für geimpfte Personen nach § 2 Absatz 8 und genesene Personen nach § 2 Absatz 9; die Testpflicht gilt nicht für Kinder, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Rettungsdiensten, der Gesundheitsämter sowie des Medizinischen Dienstes.“
- 13.2 In Absatz 2 Nummer 1 zweiter Halbsatz werden die Wörter „der Trägerin oder dem Träger“ durch die Wörter „der Betreiberin oder dem Betreiber“ ersetzt.
14. § 18 wird wie folgt geändert:
 14.1 In Absatz 1 Nummer 1 wird die Textstelle „des Bestattungswesens, der Bezirksämter“ durch die Wörter „der Gesundheitsämter“ ersetzt.
 14.2 Absatz 3 Nummer 1 erhält folgende Fassung:
 „1. Beschäftigte haben sich
 a) sofern sie weder einen Impfnachweis nach § 2 Absatz 5 noch einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 vorlegen oder
 b) solange sie als Kontaktperson einer infizierten Person nach § 21 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 nur deshalb keiner Pflicht zur Absonderung unterliegen, weil sie die Voraussetzungen des § 21 Absatz 4 erfüllen,
 an jedem Arbeitstag vor Arbeitsbeginn, und im Übrigen mindestens zweimal wöchentlich einer Testung mittels Schnelltest zu unterziehen; die Betreiberin oder der Betreiber hat diese Testung zu ermöglichen.“
- 14.3 In Absatz 4 wird die Textstelle „dies gilt auch für geimpfte Personen nach § 2 Absatz 8 und genesene Personen nach § 2 Absatz 9;“ gestrichen.
15. § 20 Absatz 5 wird aufgehoben.
16. In § 23 Satz 1 wird die Textstelle „oder eines ärztlichen Zeugnisses nach § 7 Absatz 4“ gestrichen.
17. § 25 Absatz 1 erhält folgende Fassung:
 „(1) Nach § 73 Absatz 1a Nummer 24 IfSG handelt ordnungswidrig, wer vorsätzlich oder fahrlässig
 1. entgegen § 5 Absatz 1, § 12 Absatz 1 Nummer 1, § 13, § 14 Absatz 1 Nummer 2, § 16 Absatz 1 Nummer 2,

- § 17 Absatz 1 Nummer 2, § 18 Absatz 1 Nummer 2 oder § 21 Absatz 5 Satz 2 die Pflicht zum Tragen der vorgeschriebenen Maske nicht befolgt,
2. entgegen § 21 Absatz 1 Satz 1 sich nicht unverzüglich einem PCR-Test unterzieht,
 3. entgegen § 21 Absatz 1 Satz 1 sich nicht bis zum Vorliegen des PCR-Testergebnisses unverzüglich auf direktem Weg in die Haupt- oder Nebenwohnung oder in eine andere, eine Absonderung ermöglichende Unterkunft begibt und sich dort absondert,
 4. entgegen § 21 Absatz 2 Satz 1 erster Halbsatz sich nach dem Vorliegen eines positiven PCR-Testergebnisses nicht unverzüglich in die Haupt- oder Nebenwohnung oder in einer anderen, eine Absonderung ermöglichenden Unterkunft absondert,
 5. entgegen § 21 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz Besuch empfängt,
 6. entgegen § 21 Absatz 3 Satz 1 in Verbindung mit § 21 Absatz 2 Satz 1 die Absonderungspflicht nicht befolgt.“
18. In § 26 Absatz 2 wird die Textstelle „30. April“ durch die Textstelle „28. Mai“ ersetzt.

Hamburg, den 29. April 2022.

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

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

A. Anlass

Mit der Einundsiebzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung wird unter Berücksichtigung der anhaltenden Stabilisierung der infektionsepidemiologischen Gesamtlage sowie dem Auslaufen des Beschlusses der Hamburgischen Bürgerschaft nach § 28a Absatz 8 Infektionsschutzgesetz eine Anpassung des Schutzkonzepts der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vorgenommen: In geschlossenen Räumen von Publikumseinrichtungen entfällt die FFP2-Maskenpflicht. Ferner wird das Zwei-G-Plus-Zugangsmodell für das Tanzen in Clubs und Diskotheken sowie bei Veranstaltungen aufgehoben. Insgesamt werden damit in allgemeinen Publikumseinrichtungen die noch verbliebenen Schutzmaßnahmen aufgehoben. In öffentlichen Verkehrsmitteln gilt wegen der spezifischen Infektionsgefahren weiterhin die Pflicht zum Tragen von FFP2-Masken. Ferner werden die besonderen Schutzmaßnahmen in Einrichtungen im Gesundheitswesen und in Einrichtungen mit vulnerablen Personen sowie die bestehenden Vorgaben zur Isolation und Quarantäne von infizierten Personen bzw. Kontaktpersonen aufrechterhalten.

Durch die Schutzmaßnahmen der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung wird der infektionsepidemiologischen Gesamtlage in der Freien und Hansestadt Hamburg begegnet, die nunmehr durch eine sinkende Auslastung der medizinischen Versorgungskapazitäten, einen Rückgang und nunmehr eine Stabilisierung der Anzahl von Neuinfektionen, die Dominanz der Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) sowie durch einen hohen Immunisierungsgrad der Bevölkerung durch Impfungen geprägt ist.

Die an die aktuelle infektionsepidemiologische Lage angepassten Schutzmaßnahmen der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung sind am Schutz von Leben und Gesundheit, insbesondere der Personen in Einrichtungen des Gesundheitssystems und in Einrichtungen mit vulnerablen Personen, sowie der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems ausgerichtet und vor dem Hintergrund der aktuellen infektionsepidemiologischen Lage zur Erreichung dieser Ziele weiterhin 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 Versorgungskapazitäten, 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 verbleibenden Schutzmaßnahmen erforderlich, um auch weiterhin eine gezielte Eindämmung des Infektionsgeschehens insbesondere in den Einrichtungen des Gesundheitswesens und in Einrichtungen mit vulnerablen Personen zu gewährleisten und das Leben und die Gesundheit dieser Personen sowie die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems zu schützen. Die kontinuierliche Evaluation des Schutzkonzepts und der einzelnen Schutzmaßnahmen wird auch mit dieser Verordnung konsequent fortgesetzt, um einen bestmöglichen Ausgleich zwischen dem erforderlichen Schutzniveau und der grundrechtlich gebotenen Rücknahme beschränkender Schutzmaßnahmen zu gewährleisten.

Wegen der aktuellen infektionsepidemiologischen Lage wird auf die täglichen Lageberichte des Robert Koch-Instituts (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Apr_2022/2022-04-28-de.pdf) 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 der Geimpften mit Grundimmunisierung (vollständige Impfung) als hoch sowie für die Gruppe der Personen, die zusätzlich zu ihrer Grundimmunisierung eine Auffrischimpfung erhalten haben, 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_2022-04-21.pdf).

Die aktuelle infektionsepidemiologische Lage in der Freien und Hansestadt ist durch eine zwar noch erhebliche aber nunmehr sinkende Auslastung der medizinischen Versorgungskapazitäten, durch einen Rückgang und eine Stabilisierung der Anzahl von Neuinfektionen, die Dominanz der Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) sowie durch einen hohen Immunisierungsgrad der Bevölkerung durch Impfungen geprägt. Im Einzelnen:

Die Lage im Gesundheitssystem der Freien und Hansestadt Hamburg ist seit mehreren Wochen durch eine immer noch erhebliche Anzahl der in Bezug auf die innerhalb der jeweils vergangenen sieben Tage mit COVID-19 in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen je 100.000 Einwohner (7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz) gekennzeichnet. Insgesamt ist jedoch eine Stabilisierung bei den Hospitalisierungen auf hohem Niveau zu erkennen. 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 im Einzelnen wie folgt dar: 28. März: 4,97; 29. März: 3,78; 30. März: 3,62; 31. März: 3,99; 1. April: 4,21; 2. April: 4,05; 3. April: 4,1.; 4. April: 3,78; 5. April: 2,92; 6. April: 3,29; 7. April: 3,72; 8. April: 3,89; 9. April: 4,43; 10. April: 4,97; 11. April: 4,86; 12. April: 3,51; 13. April: 4,05; 14. April: 4,32; 15. April: 3,89; 16. April: 3,67; 17. April: 3,78; 18. April: 3,89; 19. April: 3,89; 20. April: 2,65; 21. April: 1,3; 22. April: 1,51; 23. April: 3,02; 24. April: 4,26; 25. April: 5,02; 26. April: 5,07; 27. April: 4,97 (Quelle: Robert Koch-Institut, <https://www.rki.de/covid-19-trends>, Stand: 27. April 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 28. April 2022 befinden sich in Hamburg 348 Personen mit einer SARS-CoV-2-Infektion in Behandlung in einem Krankenhaus. Davon befinden sich 322 Personen in Behandlung auf Normalstationen. Es befinden sich 26 Personen in intensivmedizinischer Behandlung. Unter Berücksichtigung der mit anderen Patientinnen und Patienten belegten Intensivbetten waren noch 86 Intensivbetten für Erwachsene frei. Für die aktuelle Gefahrprognose ist zudem die Entwicklung Anzahl von COVID-19-Patientinnen und -Patienten auf Normalstationen bedeutsam: diese ist seit Anfang April ungeachtet leichter Schwankungen insgesamt rückläufig. Bei der Belastung der Versorgungskapazitäten in den Krankenhäusern ist ferner zu berücksichtigen, dass diese Patientinnen und Patienten unter besonderen Hygienebedingungen unterzubringen und zu versorgen sind, was einen erhöhten personellen und räumlichen Bedarf (sog. Isokapazitäten) in den Krankenhäusern verursacht und sich damit auf die zu Verfügung stehenden Kapazitäten nachteilig auswirkt.

Vor diesem Hintergrund besteht grundsätzlich weiterhin die Möglichkeit, dass bei einer erheblichen Zunahme der Anzahl infizierter Mitarbeitender in den Krankenhäusern in der Freien und Hansestadt Hamburg oder aber durch eine akute, erhebliche Zunahme von Personen, die mit einer SARS-CoV-2-Infektion in einem Krankenhaus behandelt werden müssen, ein medizinischer Versorgungsengpass auftritt. Die Auslastung der Krankenhäuser und die 7-Tage-Inzidenz müssen daher weiterhin zusammenhängend beobachtet werden. Der jüngste Verlauf der 7-Tage-Inzidenz in Hamburg lässt nach den aktuellen Erkenntnissen jedoch nicht darauf schließen, dass die Belastung in den Krankenhäusern in den kommenden Wochen wieder stark steigen wird. Denn bei dem Verlauf der 7-Tage-Inzidenz in Hamburg ist seit Anfang April insgesamt ein leichter, aber kontinuierlicher Rückgang zu beobachten (vgl. Robert Koch-Institut, <https://www.rki.de/covid-19-trends>). Zwischen dem 20. April und dem 27. April wurden insgesamt 24.892 Neuinfektionen in der Freien und Hansestadt Hamburg gemeldet. Dies entspricht einer 7-Tage-Inzidenz von 1307,05 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Datenstand 27. April 2022, 9:00 Uhr). Die Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz in den vergangenen Wochen stellt sich im Einzelnen wie folgt dar: 28. März: 1443,89; 29. März: 1483,16; 30. März: 1497,55; 31. März: 1483,43; 1. April: 1439,63; 2. April: 1449,50; 3. April: 1409,49; 4. April: 1481,53; 5. April: 1440,42; 6. April: 1389,22; 7. April: 1330,78; 8. April: 1364,39; 9. April: 1381,09; 10. April: 1396,73; 11. April: 1352,10; 12. April: 1336,14; 13. April: 1326,37; 14. April: 1322,85; 15. April: 1274,39; 16. April: 1204,60; 17. April: 1179,71; 18. April: 1152,09; 19. April: 1057,74; 20. April: 3,89; 21. April: 985,69; 22. April: 1050,02; 23. April: 1094,55; 24. April: 1130,93; 25. April: 1105,26; 26. April: 1213,11 (Stand: 27. April 2022; Anmerkung: Bei der Interpretation der aktuellen Fallzahlen ist zu beachten, dass es aufgrund der Feiertage und der damit verbundenen geringeren Test-, Melde- und Übermittlungsaktivität kurzfristig zu einer erhöhten Untererfassung sowie zu Nachmeldungen von Fällen im Meldesystem kommen kann).

Diese insgesamt leicht rückläufige Entwicklung wird auch durch den Verlauf des 7-Tage-R-Werts bestätigt. Dieser Wert bildet das Infektionsgeschehen von vor etwa einer Woche bis vor etwas mehr als zwei Wochen ab und ist daher für die Einschätzung der epidemiologischen Lage bedeutsam. Bei einem Wert über 1 steigt die tägliche Anzahl an Neuinfektionen, bei einem R-Wert unter 1 sinkt diese. Seit Anfang April lag der 7-Tage-R-Wert zumeist unter 1:

1. April: 0,87; 2. April: 0,90; 3. April: k.A.; 4. April: k.A.; 5. April: 0,88; 6. April: 0,87; 7. April: 0,88; 8. April: 0,89; 9. April: 0,89; 10. April: k.A.; 11. April: k.A.; 12. April: 0,99; 13. April: 0,96; 14. April: 0,96; 15. April: 0,97; 16. April: k.A.; 17. April: k.A.; 18. April: k.A.; 19. April: k.A.; 20. April: 2,65; 21. April: 0,81; 22. April: 0,78; 23. April: 3,02; 24. April: 4,26; 25. April: 5,02; 26. April: 1,11; 27. April: 1,14 (Stand: 27. April 2022).

Im Übrigen ist das Infektionsgeschehen in der Freien und Hansestadt Hamburg gegenwärtig durch die Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) geprägt. Der Anteil von Infektionen mit dieser Virusvariante an den Neuinfektionen liegt mittlerweile bei 100 %. Die Omikron-Variante hat eine neue Dimension in das Pandemiegeschehen gebracht. Diese Virusvariante zeichnet sich durch eine stark gesteigerte Übertragbarkeit und in einem gewissen Maße durch ein Unterlaufen eines durch Impfung oder Genesung erworbenen Immunschutzes aus. Dies bedeutet, dass sie im Vergleich zu zuvor vorherrschenden Virusvarianten mehrere ungünstige Eigenschaften vereint. Sie infiziert in kürzester Zeit deutlich mehr Menschen und bezieht auch Geimpfte und Genesene stärker in das Infektionsgeschehen ein. Von der Omikron-Variante zirkulieren mittlerweile zwei Untervarianten: BA.1 und BA.2. Der Anteil der Untervariante BA.2 nimmt in der Freien und Hansestadt Hamburg seit Jahresbeginn stetig zu und liegt Stand 17. April 2022 bei 94 %. BA.2 zeichnet sich im Vergleich zu BA.1 durch eine höhere Übertragbarkeit aus. Nachdem die erste Omikron-Welle durch die Untervariante BA.1 geprägt war, war die nunmehr wieder abnehmende zweite Omikron-Welle von der Untervariante BA.2 bestimmt.

Epidemiologische Analysen zeigen einen milderen Krankheitsverlauf bei Infektionen mit der Omikron-Variante im Vergleich zur Delta-Variante. Dies gilt auch für Kinder. 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 einer Infektion mit der Omikron-Variante 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>).

Trotz einer reduzierten Hospitalisierungsrate bei der Omikron-Variante können sehr hohe Inzidenzwerte aufgrund des hohen zeitgleichen Aufkommens infizierter Personen eine erhebliche Belastung und auch Überlastung der Krankenhäuser, der ambulanten Versorgungsstrukturen (Praxen, Ambulanzen, Tageskliniken) sowie des öffentlichen Gesundheitsdienstes bewirken. Da auch Geimpfte stärker in das Infektionsgeschehen miteinbezogen werden, entsteht zudem ein weiteres Problem durch Personalausfälle aufgrund von Ansteckungen innerhalb der Belegschaften von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Versorgungsstrukturen. Diese Personalausfälle betreffen ärztliches und pflegerisches, aber auch nicht-medizinisches Personal (vgl. 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>).

Noch immer haben absolut betrachtet viele Menschen in der Freien und Hansestadt Hamburg – insbesondere in den jüngeren Altersgruppen – 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. Es zeigt sich, 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, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/1992410/09de1bd0bda267b558c0ef1a91245c22/2021-12-19-expertenrat-data.pdf>).

Den Ausführungen des Expertenrates der Bundesregierung zufolge ist die schrittweise Rücknahme von Infektionsschutzmaßnahmen aus infektionsepidemiologischer Sicht vertretbar, sobald ein stabiler Abfall der Intensivneuaufnahmen und -belegung sowie der Hospitalisierung insgesamt zu verzeichnen ist. Zu beachten bleibe aber insgesamt, ob im Rahmen von Öffnungsschritten ungeimpfte und ältere Menschen mit einem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf verstärkt in das Infektionsgeschehen einbezogen würden. Weiterhin trügen diese Gruppen das höchste Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf und müssten geschützt werden. Entscheidend sei daher ein weiterhin umsichtiges Handeln der Bevölkerung in Bezug auf den Infektionsschutz. Ferner biete das Tragen von Masken, insbesondere in geschlossenen Räumen, eine hohe Wirksamkeit bei vergleichsweise geringer individueller Einschränkung (vgl. zum Vorstehenden: Sechste Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19, Ein verantwortungsvoller Weg der Öffnungen, 13. Februar 2022, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/2000884/2004832/a5251287fd65d67a425ba5aee451dc65/2022-02-13-sechste-stellungnahme-expertenrat-data.pdf>).

Der Bevölkerungsanteil, der in der Freien und Hansestadt Hamburg über einen Impfschutz verfügt, ist im bundesweiten Vergleich besonders hoch. 83,5 % der Hamburgerinnen und Hamburger haben bereits eine Erstimpfung, 83,4 % eine Zweitimpfung und 61,0 % eine Auffrischimpfung erhalten (Quelle: Digitales Impfmonitoring zur COVID-19-Impfung, Robert Koch-Institut; Stand: 27. April 2022). In den jüngeren Altersgruppen haben bisher 67,5 % der 12- bis 17-Jährigen sowie 29,1 % der 5- bis 11-Jährigen in der Freien und Hansestadt Hamburg eine Erstimpfung und 66,0 % der 12- bis 17-Jährigen sowie 23,2 % der 5- bis 11-Jährigen eine Zweitimpfung erhalten. Eine Auffrischimpfung haben 28,3 % der 12- bis 17-Jährigen erhalten

(Quelle: Robert Koch-Institut, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html, Stand: 29. April 2022).

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.

Nach alledem ist es in der Freien und Hansestadt Hamburg angesichts des zuvor dargelegten stabilen Rückgangs der Anzahl der mit einer Coronavirus-Infektion neu in Krankenhäuser aufgenommenen Personen sowie der Belegung der intensivmedizinischen Kapazitäten angemessen, die bestehenden Schutzmaßnahmen weit überwiegend auf Personen in vulnerablen Einrichtungen zu beschränken. Im Vergleich zu vorhergehenden Infektionswellen kommt es zwar gegenwärtig durch die besonderen Eigenschaften der Omikron-Variante noch zu einer Vielzahl von Infektionen, auch unter Geimpften und Genesenen, die aber häufig leicht bis moderat verlaufen. Die noch erhebliche Viruszirkulation in der Bevölkerung (Community Transmission) erfordert aber weiterhin die Einhaltung bestimmter angepasster Schutzmaßnahmen, um insbesondere vulnerable Personengruppen weiterhin zu schützen sowie schwere Krankheitsverläufe, intensivmedizinische Behandlungen und Todesfälle zu verhindern. Auf diese Weise kann auch weiterhin die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens gewährleistet werden.

Aus den vorstehenden Gründen ist es erforderlich, die an die aktuelle infektionsepidemiologische Lage angepassten Schutzmaßnahmen beizubehalten, um insbesondere das Leben und die Gesundheit der Personen in Einrichtungen des Gesundheitssystems und in Einrichtungen mit vulnerablen Personen zu schützen und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems zu gewährleisten. Der Schutz dieser Rechtsgüter, zu dem der Verordnungsgeber verfassungsrechtlich verpflichtet ist, steht auch in einem angemessenen Verhältnis zu den aus den Schutzmaßnahmen im Einzelnen folgenden Einschränkungen grundrechtlicher Freiheiten sowie den sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgewirkungen. Gemäß § 28a Absatz 7 Satz 3 i.V.m. Absatz 5 Satz 1 und 2 Infektionsschutzgesetz wird die Geltungsdauer der Verordnung auf vier Wochen ab dem Inkrafttreten befristet. Der Verordnungsgeber wird – wie bisher – das Infektionsgeschehen sowie die Wirkung der Schutzmaßnahmen weiter kontinuierlich evaluieren und Schutzmaßnahmen, die im Einzelnen nicht mehr erforderlich sind, umgehend aufheben, sobald das Infektionsgeschehen dies zulässt.

B. Erläuterungen zu den einzelnen Regelungen

Zu § 2: Durch die Änderungen werden notwendige Anpassungen der Begriffsbestimmungen vorgenommen.

Zu § 4: Vor dem Hintergrund der Aufhebung der Maskenpflicht in allgemeinen Publikumseinrichtungen, der aber zugleich noch erheblichen Viruszirkulation in der Bevölkerung (Community Transmission) wird insbesondere den Personengruppen, die ein erhöhtes Risiko für einen

schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung haben, das Tragen von Masken in Einrichtungen und Anlagen mit Publikumsverkehr sowie an Orten mit hohem Personenaufkommen weiterhin empfohlen. Hinsichtlich der Personengruppen, die nach bisherigen Erkenntnissen ein höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben, wird auf die jeweils aktuellen Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts Bezug genommen (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html).

Zu § 5: Durch die Änderung in Absatz 1 wird bestimmt, dass die FFP2-Maskenpflicht nunmehr ausschließlich in Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs gilt.

Zu § 6: Die Regelung des § 6 wird im Hinblick auf die unter A. dargestellte infektionsepidemiologische Lage sowie das Auslaufen des Beschlusses der Hamburgischen Bürgerschaft nach § 28a Absatz 8 Infektionsschutzgesetz aufgehoben.

Zu § 7: Mit dieser Verordnung wird das Zwei-G-Plus-Zugangsmodell für das Tanzen in Clubs und Diskotheken sowie bei Veranstaltungen im Hinblick auf die unter A. dargestellte infektionsepidemiologische Lage sowie das Auslaufen des Beschlusses der Hamburgischen Bürgerschaft nach § 28a Absatz 8 Infektionsschutzgesetz aufgehoben.

Zu § 8: Die Bestimmungen in § 8 werden im Hinblick auf die unter A. dargestellte infektionsepidemiologische Lage und das Auslaufen des Beschlusses der Hamburgischen Bürgerschaft nach § 28a Absatz 8 Infektionsschutzgesetz angepasst und im Übrigen redaktionell und systematisch überarbeitet.

Zu § 9: Die Bestimmungen in § 9 werden im Hinblick auf die unter A. dargestellte infektionsepidemiologische Lage und das Auslaufen des Beschlusses der Hamburgischen Bürgerschaft nach § 28a Absatz 8 Infektionsschutzgesetz angepasst und im Übrigen redaktionell und systematisch überarbeitet.

Zu § 10: Die Regelung des § 10 wird im Hinblick auf die unter A. dargestellte infektionsepidemiologische Lage sowie das Auslaufen des Beschlusses der Hamburgischen Bürgerschaft nach § 28a Absatz 8 Infektionsschutzgesetz aufgehoben.

Zu § 13: Insbesondere zum Schutz vulnerabler Patientinnen und Patienten in Arztpraxen wird nach dem Wegfall der bisherigen Regelung in § 4 a.F. in § 13 n.F. die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3 für Patientinnen und Patienten bestimmt. Für Ärztinnen und Ärzte sowie deren Beschäftigte gilt die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 3. Patientinnen und Patienten dürfen die Masken zur Inanspruchnahme von Gesundheitsbehandlungen ablegen, soweit dies im Rahmen einer solchen Behandlung erforderlich ist.

Zu §§ 12, 14, 16, 17, 18 und 23: Die Änderungen enthalten systematische und redaktionell erforderliche Anpassungen.

Zu § 20: Die in Absatz 5 bisher geregelte Maskenpflicht in Justizvollzugsanstalten wird im Hinblick auf die unter A. dargestellte infektionsepidemiologische Lage sowie das Auslaufen

des Beschlusses der Hamburgischen Bürgerschaft nach § 28a Absatz 8 Infektionsschutzgesetz aufgehoben.

Zu § 25: Die Vorschrift enthält die erforderlichen Ordnungswidrigkeitstatbestände für Verstöße gegen die Vorgaben der Verordnung.

Zu § 26: Vor dem Hintergrund der unter A. dargestellten aktuellen epidemiologischen Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg ist es erforderlich, die nach Maßgabe dieser Verordnung angepassten Schutzmaßnahmen, insbesondere im Bereich der Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Einrichtungen mit vulnerablen Personen, beizubehalten, um dem Infektionsgeschehen weiterhin gezielt entgegenzuwirken. Aus diesem Grund werden die bereichsspezifischen Schutzmaßnahmen der HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO bis zum 28. Mai 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), zur HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO vom 23. April 2021 (HmbGVBl. S. 205) sowie zur Vierzigsten bis siebzigsten 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, 17. 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, 7. Januar 2022, 14. Januar 2022, 18. Januar 2022, 28. Januar 2022, 4. Februar 2022, 11. Februar 2022, 18. Februar 2022, 24. Februar 2022, 3. März 2022 und 17. März 2022 (HmbGVBl. 2021 S. 295, 323, 349, 367, 412, 459, 471, 485, 543, 567, 573, 625, 649, 707, 763, 789, 813, 844, 852, 924, 965, HmbGVBl. 2022 S. 3, 29, 43, 61, 79, 91, 107, 127, 140 und 175) verwiesen. Ferner wird auf die Begründung zur HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO vom 31. März 2022 (HmbGVBl. S. 197) verwiesen.