

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

Vom 4. Mai 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 Einzigem 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), geändert am 29. April 2022 (HmbGVBl. S. 272), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - 1.1 Der Eintrag zu Teil 5 erhält folgende Fassung:

„Teil 5
Absonderung von infizierten Personen“.
 - 1.2 Der Eintrag zu § 21 erhält folgende Fassung:

„§ 21 Absonderungspflicht für infizierte Personen“.
 - 1.3 Hinter dem Eintrag zu § 21 wird folgender Eintrag eingefügt:

„§ 21a Wiederaufnahme der Beschäftigung nach Beendigung der Absonderung für Beschäftigte in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Alten- und Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe“.
 - 1.4 Hinter dem Eintrag zu § 22 wird folgender Eintrag eingefügt:

„§ 22a Übergangsvorschrift zur Absonderungspflicht nach § 21 und zur Wiederaufnahme der Beschäftigung nach § 21a“.
2. § 8 wird wie folgt geändert:

- 2.1 Absatz 3 wird aufgehoben.
- 2.2 Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 3.
3. § 9 erhält folgende Fassung:

„§ 9

Kindertagesstätten

(1) Die Kindertagesstätten (Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen) in der Freien und Hansestadt Hamburg sind geöffnet und im Regelbetrieb. Alle Kinder haben einen Anspruch auf die Betreuung im Rahmen des Hamburger Kinderbetreuungsgesetzes.

(2) Die Trägerinnen und Träger der Kindertageseinrichtungen sowie die Tagespflegepersonen in Großtagespflegestellen sind verpflichtet, den dort beschäftigten Personen wöchentlich drei kostenfreie Testungen auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus zu ermöglichen.

(3) Die sonstigen für Kindertagesstätten geltenden Hygienevorgaben bleiben unberührt.“

4. § 12 wird wie folgt geändert:
- 4.1 In Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 Nummer 2 gilt nicht für Richterinnen, Richter, Verfahrenspflegerinnen, Verfahrenspfleger, Betreuerin-

nen und Betreuer, die die Einrichtung zur Wahrnehmung ihres Amtes aufsuchen.“

4.2 Absatz 2 Nummer 1 erhält folgende Fassung:

„1. in geschlossenen Räumen gilt während der Arbeitszeit die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 3 mit der Maßgabe, dass § 3 Absatz 3 Nummern 2 und 4 keine Anwendung findet; bei Tätigkeiten in der Nähe von Patientinnen und Patienten gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3; die Maske kann abgenommen werden, sofern ein Kontakt zu anderen Personen ausgeschlossen ist.“

5. § 14 wird wie folgt geändert:

5.1 In Absatz 1 Nummer 1 wird hinter der Textstelle „für Personen, die die Einrichtung zur Begleitung Sterbender aufsuchen,“ die Textstelle „für Richterinnen, Richter, Verfahrenspflegerinnen, Verfahrenspfleger, Betreuerinnen und Betreuer, die die Einrichtung zur Wahrnehmung ihres Amtes aufsuchen,“ eingefügt.

5.2 Absatz 2 Nummer 1 erhält folgende Fassung:

„1. während der Arbeitszeit gilt die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 3 mit der Maßgabe, dass § 3 Absatz 3 Nummern 2 und 4 keine Anwendung findet; bei Tätigkeiten in der Nähe von Bewohnerinnen und Bewohnern gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3.“

6. § 15 Absatz 2 Nummer 1 erhält folgende Fassung:

„1. während der Arbeitszeit gilt die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 3 mit der Maßgabe, dass § 3 Absatz 3 Nummern 2 und 4 keine Anwendung findet; bei Tätigkeiten in der Nähe von Tagespflegegästen und bei Beförderungen gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3.“

7. § 16 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Für Beschäftigte der Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe gelten folgende Vorgaben:

1. sie haben sich, sofern sie weder einen Impfnachweis nach § 2 Absatz 5 noch einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 vorlegen, an jedem Arbeitstag vor Arbeitsbeginn, und im Übrigen mindestens zweimal wöchentlich einer Testung mittels Schnelltest zu unterziehen; das Ergebnis ist der Betreiberin oder dem Betreiber vorzulegen; die Betreiberin oder der Betreiber hat diese Testung zu ermöglichen,
2. während der Arbeitszeit gilt die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 3; bei Tätigkeiten in der Nähe von Leistungsberechtigten und bei Beförderungen gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3.“

8. § 17 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Für Beschäftigte der in Absatz 1 genannten Einrichtungen, einschließlich leistungsberechtigter Beschäftigter der Werkstätten für Menschen mit Behinderung, gelten folgende Vorgaben:

1. sie haben sich, sofern sie weder einen Impfnachweis nach § 2 Absatz 5 noch einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 vorlegen, an jedem Arbeitstag vor Arbeitsbeginn, und im Übrigen mindestens zweimal wöchentlich einer Testung mittels Schnelltest zu unterziehen; das Ergebnis ist der Betreiberin oder dem Betreiber vorzulegen; die Betreiberin oder der Betreiber hat diese Testung zu ermöglichen,
2. während der Arbeitszeit gilt die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 3; bei Tätigkeiten in der Nähe von Leistungsberechtigten und wenn sich mehrere Leistungsberechtigte in einem Raum aufhal-

ten gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3; hierbei sind behinderungs- oder krankheitsbedingte Einschränkungen und die räumlichen Gegebenheiten zu beachten.“

9. In § 18 erhalten Absätze 3 und 4 folgende Fassung:

„(3) Für die Erbringung sonstiger ambulanter Leistungen für Menschen mit Behinderungen im Sinne des § 2 Absatz 1 SGB IX gelten die folgenden Vorgaben:

1. Beschäftigte haben sich, sofern sie weder einen Impfnachweis nach § 2 Absatz 5 noch einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 vorlegen, an jedem Arbeitstag vor Arbeitsbeginn, und im Übrigen mindestens zweimal wöchentlich einer Testung mittels Schnelltest zu unterziehen; das Ergebnis ist der Betreiberin oder dem Betreiber vorzulegen; die Betreiberin oder der Betreiber hat diese Testung zu ermöglichen,
2. in geschlossenen Räumen gilt die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 3; bei Tätigkeiten in der Nähe von Leistungsberechtigten und bei Beförderungen gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3.

(4) Nutzerinnen und Nutzer von Angeboten der Assistenz in der Sozialpsychiatrie, die in einer Begegnungsstätte erbracht werden, die weder einen Impfnachweis nach § 2 Absatz 5 noch einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 vorlegen, dürfen die Begegnungsstätte nur betreten, wenn sie einen Testnachweis nach § 2 Absatz 7 vorlegen oder sich einer von der Betreiberin oder dem Betreiber durchgeführten Testung mittels Schnelltest unterziehen und deren Ergebnis negativ ist; die Betreiberin oder der Betreiber hat diese Testung zu ermöglichen.“

10. In § 20 Absatz 1 Sätze 1 und 3 wird jeweils das Wort „zehn“ durch das Wort „fünf“ ersetzt.

11. Teil 5 erhält folgende Fassung:

„Teil 5

Absonderung von infizierten Personen

§ 12

Absonderungspflicht für infizierte Personen

(1) Personen, deren nicht von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommene Testung mittels Schnelltest ein positives Ergebnis in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus ergeben hat, sind verpflichtet, sich unverzüglich einer Testung mittels PCR-Test oder einer durch Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommenen Testung mittels Schnelltest zu unterziehen.

(2) Personen, deren Testung mittels PCR-Test oder von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommene Testung mittels Schnelltest 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 Absonderung darf unterbrochen werden, wenn dies zum Schutz von Leben oder Gesundheit zwingend erforderlich ist. Die Pflicht zur Absonderung entfällt mit Ablauf des fünften auf die Testung nach Satz 1 folgenden Tages. Es wird empfohlen, auch nach diesem Zeitpunkt die Absonderung erst dann zu beenden, wenn eine Testung mittels Schnelltest ein negatives Ergebnis in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus ergeben hat.

(3) 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,

wird empfohlen, Kontakte zu Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf zu reduzieren und sich an den fünf Tagen ab dem maßgeblichen Kontakt mit der infizierten Person täglich einer Testung mittels Schnelltest zu unterziehen.

(4) Sorgeberechtigte Personen oder Pflegepersonen im Sinne von § 1688 Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind verpflichtet, die Einhaltung der Pflichten nach den Absätzen 1 und 2 durch die gemeinsam mit ihnen in einem Haushalt lebenden Kinder in einer dem Entwicklungsstand entsprechenden sowie das Kindeswohl wahrenen Weise zu gewährleisten.

(5) Die Absätze 1 und 2 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.

§ 21a

Wiederaufnahme der Beschäftigung nach Beendigung der Absonderung für Beschäftigte in Einrichtungen des Gesundheitswesens, Alten- und Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe

(1) Beschäftigte der Einrichtungen und Unternehmen nach §§ 12 bis 19 sowie sonstige Personen, die in diesen Einrichtungen und Unternehmen ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätig sind, die einer Absonderungspflicht nach § 21 Absatz 2 unterliegen haben, dürfen ihre Tätigkeit in der Einrichtung oder dem Unternehmen nur dann wieder aufnehmen, wenn sie der Betreiberin oder dem Betreiber der Einrichtung oder des Unternehmens einen Nachweis über ein negatives Ergebnis einer Testung mittels PCR-Test oder einen Nachweis einer von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommenen Testung mittels Schnelltest vorlegen und zum Zeitpunkt der Testung seit mindestens 48 Stunden keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 13 aufgewiesen haben. Als negatives Ergebnis einer Testung mittels PCR-Test nach Satz 1 gilt jedes Ergebnis, das einen CT-Wert von über 30 ausweist. Die Testung nach Satz 1 darf bereits am letzten Tag der Absonderung nach § 21 Absatz 2 vorgenommen werden; zu diesem Zwecke darf die Absonderung unterbrochen werden; hierbei gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3.

(2) Personen nach Absatz 1 Satz 1,

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

dürfen an den fünf Tagen ab dem maßgeblichen Kontakt mit der infizierten Person ihre Tätigkeit in der betroffenen

Einrichtung oder in dem betroffenen Unternehmen nur ausüben, wenn sie sich jeweils vor Arbeitsbeginn einer Testung mittels Schnelltest unterziehen und deren Ergebnis negativ ist; dies gilt auch für geimpfte Personen nach § 2 Absatz 8 und genesene Personen nach § 2 Absatz 9. In den Fällen von Satz 1 Nummer 2 ist das Gesundheitsamt verpflichtet, der betroffenen Person mitzuteilen, wann der maßgebliche Kontakt zu der infizierten Person stattgefunden hat.

(3) Absatz 1 gilt 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.

§ 22

Pflichten während der Absonderung

(1) Personen, für die eine Absonderungspflicht nach § 21 Absatz 2 gilt, unterliegen der Beobachtung durch das Gesundheitsamt gemäß § 29 IfSG. Sie haben alle erforderlichen Untersuchungen durch die Beauftragten des Gesundheitsamtes zu dulden und auf Verlangen des Gesundheitsamtes das erforderliche Untersuchungsmaterial bereitzustellen. Ferner sind sie verpflichtet, den Beauftragten des Gesundheitsamtes zum Zwecke der Befragung oder der Untersuchung den Zutritt zu ihrer Wohnung zu gestatten und ihnen auf Verlangen über alle ihren Gesundheitszustand betreffenden Umstände Auskunft zu geben.

(2) Personen, für die eine Absonderungspflicht nach § 21 Absatz 2 gilt, wird darüber hinaus empfohlen, eine räumliche Trennung von anderen Haushaltsangehörigen sowie geeignete Hygienemaßnahmen einzuhalten.

§ 22a

Übergangsvorschrift zur Absonderungspflicht nach § 21 und zur Wiederaufnahme der Beschäftigung nach § 21a

„§§ 21 und 21a gelten auch für solche Personen, die mit Ablauf des 4. Mai 2022 einer sich unmittelbar aus § 21 Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 1 oder Absatz 3 Satz 1 in der am 4. Mai 2022 geltenden Fassung ergebenden Pflicht zur Absonderung unterlagen.“

12. § 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 Satz 1 Nummer 1, § 13, § 14 Absatz 1 Nummer 2, § 16 Absatz 1 Nummer 2, § 17 Absatz 1 Nummer 2 oder § 18 Absatz 1 Nummer 2 die Pflicht zum Tragen der vorgeschriebenen Maske nicht befolgt,
2. entgegen § 21 Absatz 1 sich nicht unverzüglich einem PCR-Test oder einem Schnelltest durch Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung unterzieht,
3. entgegen § 21 Absatz 2 Satz 1 erster Halbsatz sich nach dem Vorliegen eines positiven Testergebnisses nicht unverzüglich in die Haupt- oder Nebenwohnung oder in einer anderen, eine Absonderung ermöglichenden Unterkunft absondert,
4. entgegen § 21 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz Besuch empfängt.“

Hamburg, den 4. Mai 2022.

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

Begründung

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

A. Anlass

Mit der Zweiundsiebzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung werden die aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition vom 2. Mai 2022 (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html, Stand: 2. Mai 2022) in der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung umgesetzt sowie systematische Anpassungen der Vorgaben für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Einrichtungen mit vulnerablen Personen vorgenommen.

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 Gesundheitswesens und in Einrichtungen mit vulnerablen Personen, sowie an 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 Krankenhäuser 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/Mai_2022/2022-05-04-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_2022-04-28.pdf).

Die aktuelle infektionsepidemiologische Lage in der Freien und Hansestadt ist durch eine zwar noch erhebliche, aber sinkende Auslastung der medizinischen Versorgungskapazitäten, einen kontinuierlichen Rückgang der Anzahl von Neuinfektionen, die Dominanz der Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) sowie 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, wenngleich 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: 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; 28. April: 4,64; 29. April: 4,05; 30. April: 3,62; 1. Mai: 3,67; 2. Mai: 3,40; 3. Mai: 2,54; 4. Mai: 2,54 (Quelle: Robert Koch-Institut, <https://www.rki.de/covid-19-trends>, Stand: 4. Mai 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 29. April 2022 befanden sich in Hamburg 321 Personen mit einer SARS-CoV-2-Infektion in Behandlung in einem Krankenhaus. Davon befanden sich 295 Personen in Behandlung auf Normalstationen und 26 Personen in intensivmedizinischer Behandlung. Unter Berücksichtigung der mit anderen Patientinnen und Patienten belegten Intensivbetten waren noch 74 Intensivbetten für Erwachsene frei. Für die aktuelle Gefahrprognose ist jedoch auch die Entwicklung der Anzahl von COVID-19-Patientinnen und -Patienten auf Normalstationen bedeutsam: Diese ist seit Anfang April ungeachtet leichter Schwankungen insgesamt rückläufig. Es besteht jedoch grundsätzlich die Möglichkeit, dass durch eine erhebliche Zunahme der Anzahl infizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern in der Freien und Hansestadt Hamburg oder aber durch eine akute, erhebliche Zunahme der Anzahl an 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 kontinuierlicher Rückgang zu beobachten (vgl. Robert Koch-Institut, <https://www.rki.de/covid-19-trends>). Zwischen dem 27. April und dem 4. Mai wurden insgesamt 13.934 Neuinfektionen in der Freien und Hansestadt Hamburg gemeldet. Dies entspricht einer 7-Tage-Inzidenz von 731,66 Neuinfektionen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Datenstand 4. Mai 2022, 9:00 Uhr). Die Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz in den vergangenen Wochen stellt sich im Einzelnen wie folgt dar: 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: 985,69; 21. April: 1001,08; 22. April: 1050,02; 23. April: 1094,55; 24. April: 1130,93; 25. April: 1105,26; 26. April: 1213,11; 27. April: 1307,05; 28. April: 1252,86; 29. April: 1176,09; 30. April: 1067,03; 1. Mai: 1022,35; 2. Mai: 1017,93; 3. Mai: 885,72; 4. Mai: 731,66 (Stand: 4. Mai 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 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: 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; 28. April: 1,08; 29. April: 1,14; 30. April: 1,16; 1. Mai: k.A.; 2. Mai: k.A.; 3. Mai: 0,87; 4. Mai: 0,80 (Stand: 4. Mai 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 Pandemiegesehen 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 lag am 17. April 2022 bei 98,4 %. 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 Krankheitslast 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 durch bestimmte Öffnungsschritte Personen, insbesondere ungeimpfte und ältere Menschen, mit einem höheren Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf verstärkt in das Infektionsgeschehen einbezogen würden, da diese weiterhin geschützt werden müssten. 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. 86,3 % der Hamburgerinnen und Hamburger haben bereits eine Erstimpfung, 83,6 % eine Zweitimpfung und 61,2 % eine Auffrischimpfung erhalten (Quelle: Digitales Impfmonitoring zur COVID-19-Impfung, Robert Koch-Institut; Stand: 4. Mai 2022). In den jüngeren Altersgruppen haben bisher 78,0 % der 12- bis 17-Jährigen und 29,3 % der 5- bis 11-Jährigen in der Freien und Hansestadt Hamburg eine Erstimpfung sowie 71,5 % der 12- bis 17-Jährigen und 23,5 % der 5- bis 11-Jährigen eine Zweitimpfung erhalten. Eine Auffrischimpfung haben 28,6 % 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: 4. Mai 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.

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; diese verlaufen aber häufig leicht bis moderat. Die noch erhebliche Viruszirkulation in der Bevölkerung (sog. Community Transmission) erfordert aber weiterhin die Einhaltung bestimmter angepasster Schutzmaßnahmen, um insbesondere vulnerable Personengruppen weiterhin zu schützen und hierdurch schwere Krankheitsverläufe, intensivmedizinische Behandlungen und Todesfälle zu verhindern.

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 Gesundheitswesens 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. 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 §§ 8, 9, 14, 16, 17, 18 und 20: Die Änderungen enthalten systematische und redaktionell erforderliche Anpassungen an die geänderten Vorgaben zur Absonderung in Teil 5 der Verordnung.

Zu § 12: Durch die Änderung in Absatz 1 wird bestimmt, dass die in Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 geregelte Testpflicht für Richterinnen, Richter, Verfahrenspflegerinnen, Verfahrenspfleger, Betreuerinnen und Betreuer, die die Einrichtung zur Wahrnehmung ihres Amtes aufsuchen, nicht gilt, um insbesondere den in Eilfällen erforderlichen Rechtsschutz zu gewährleisten. Aufgrund der Änderung in Absatz 2 gilt für Beschäftigte der Einrichtungen nach Absatz 1 nunmehr in geschlossenen Räumen während der Arbeitszeit die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 3 mit der Maßgabe, dass § 3 Absatz 3 Nummern 2 und 4 keine Anwendung findet. Hingegen gilt bei Tätigkeiten in der Nähe von Patientinnen und Patienten, wie bisher, die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3. Die Regelung, dass die Maske abgenommen werden darf, sofern ein Kontakt zu anderen Personen ausgeschlossen ist, bleibt unverändert bestehen.

Zu § 14: Durch die Änderung in Absatz 1 wird bestimmt, dass die in Absatz 1 Nummer 1 geregelte Testpflicht für Richterinnen, Richter, Verfahrenspflegerinnen, Verfahrenspfleger, Betreuerinnen und Betreuer, die die Einrichtung zur Wahrnehmung ihres Amtes aufsuchen, nicht gilt, um insbesondere den in Eilfällen erforderlichen Rechtsschutz zu gewährleisten.

Zu §§ 14, 15, 16, 17, 18: Durch die jeweiligen Änderungen gilt für Beschäftigte der Einrichtungen während der Arbeitszeit die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 3. Hingegen gilt bei Tätigkeiten in der Nähe von vulnerablen Personen, wie bisher, die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3.

Zu § 21: Die Regelung des § 21 wird zur Umsetzung der aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts Empfehlungen zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition vom 2. Mai 2022 (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html, Stand: 2. Mai 2022) sowie vor dem Hintergrund der unter A. dargestellten aktuellen infektionsepidemiologischen Lage neu gefasst.

Nach Absatz 1 sind Personen, deren nicht von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommene Testung mittels Schnelltest ein positives Ergebnis in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus ergeben hat, verpflichtet,

sich unverzüglich einer Testung mittels PCR-Test oder einer durch Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommenen Testung mittels Schnelltest zu unterziehen.

Absatz 2 bestimmt die Pflicht zur Absonderung nach einem positiven Testergebnis im Sinne von Satz 1. Hiernach sind Personen, deren Testung mittels PCR-Test oder von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommene Testung mittels Schnelltest ein positives Ergebnis in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus ergeben hat (infizierte Personen), 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 Absonderung darf unterbrochen werden, wenn dies zum Schutz von Leben oder Gesundheit zwingend erforderlich ist. Die Pflicht zur Absonderung entfällt mit Ablauf des fünften auf die Testung nach Satz 1 folgenden Tages. Es wird jedoch empfohlen, auch nach dem Ablauf von fünf Tagen die Absonderung erst nach einem negativen Ergebnis einer Testung mittels Schnelltest zu beenden.

Darüber hinaus wird in Absatz 3 empfohlen, dass Kontaktpersonen im dort genannten Sinne ihre Kontakte insbesondere zu Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf reduzieren und sich an den fünf Tagen ab dem maßgeblichen Kontakt mit der infizierten Person täglich einer Testung mittels Schnelltest zu unterziehen.

Die Absätze 4 und 5 werden redaktionell und systematisch überarbeitet.

Zu § 21a: Die Regelung des § 21a wird zur Umsetzung der aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition vom 2. Mai 2022 (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantane/Absonderung.html, Stand: 2. Mai 2022) sowie vor dem Hintergrund der unter A. dargestellten aktuellen infektionsepidemiologischen Lage neu eingeführt.

Nach Absatz 1 dürfen Beschäftigte der Einrichtungen und Unternehmen nach §§ 12 bis 19 sowie sonstige Personen, die in diesen Einrichtungen und Unternehmen ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätig sind, nach Beendigung einer verpflichtenden Absonderung nach § 21 Absatz 2 ihre Tätigkeit in der Einrichtung oder dem Unternehmen nur dann wieder aufnehmen, wenn sie der Betreiberin oder dem Betreiber der Einrichtung oder des Unternehmens einen Nachweis über ein negatives Ergebnis einer Testung mittels PCR-Test oder einen Nachweis einer von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommenen Testung mittels Schnelltest vorlegen und zum Zeitpunkt der Testung seit mindestens 48 Stunden keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 13 aufgewiesen haben. Als negatives Ergebnis einer Testung mittels PCR-Test nach Satz 1 gilt jedes Ergebnis, das einen CT-Wert von über 30 ausweist. Die Testung nach Satz 1 darf bereits am letzten Tag der Absonderung nach § 21 Absatz 2 vorgenommen werden. Zu diesem Zwecke darf die Absonderung unterbrochen werden. Hierbei gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3.

Absatz 2 bestimmt für die in Absatz 1 genannten Personen besondere Pflichten für den Fall, dass sie selbst Kontaktpersonen von infizierten Personen im Sinne von Absatz 2 Satz 1 sind. Diese Personen dürfen an den fünf Tagen ab dem maßgeblichen Kontakt mit der infizierten Person ihre Tätigkeit in der betroffenen Einrichtung oder in dem betroffenen Unternehmen nur ausüben, wenn sie sich jeweils vor Arbeitsbeginn einer Testung mittels Schnelltest unterziehen und deren Ergebnis negativ ist. Dies gilt auch für geimpfte Personen nach § 2 Absatz 8 und genesene Personen nach § 2 Absatz 9.

In Absatz 3 wird klargestellt, dass die Gesundheitsämter im Einzelfall abweichende Anordnungen von den Vorgaben nach Absatz 1 treffen können.

Zu § 22: Die Bestimmungen zu den Pflichten während der Absonderung wurden vor dem Hintergrund der Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html, Stand: 2. Mai 2022) angepasst.

Zu § 22a: § 22a enthält zur Klarstellung eine Übergangsregelung. Hiernach gelten §§ 21 und 21a auch für solche Personen, die mit Ablauf des 4. Mai 2022 einer sich unmittelbar aus § 21 Absatz 1 Satz 1, Absatz 2 Satz 1 oder Absatz 3 Satz 1 in der am 4. Mai 2022 geltenden Fassung ergebenden Pflicht zur Absonderung unterlagen.

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

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), 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), zur HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO vom 31. März 2022 (HmbGVBl. S. 197) sowie zur Einundsiebzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 29. April 2022 (HmbGVBl. S. 272) verwiesen.