

**Vierundsiebzigste Verordnung**  
**zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung**  
 Vom 21. Juni 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), zuletzt geändert am 25. Mai 2022 (HmbGVBl. S. 333), wird wie folgt geändert:

1. § 2 Absatz 7 erhält folgende Fassung:
 

„(7) Ein Testnachweis im Sinne dieser Verordnung ist ein Testnachweis nach § 22a Absatz 3 IfSG sowie ein Nachweis hinsichtlich des Nichtvorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn die zugrundeliegende Testung mittels PCR-Test erfolgt ist und maximal 48 Stunden zurückliegt.“
2. § 12 wird wie folgt geändert:
  - 2.1 In Absatz 1 Satz 2 wird hinter der Textstelle „Richter,“ die Textstelle „Rechtspflegerinnen, Rechtspfleger,“ eingefügt.
  - 2.2 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 darf abgenommen werden, sofern ein persönlicher Kontakt zu Patientinnen und Patienten ausgeschlossen ist,“.
3. § 14 wird wie folgt geändert:
  - 3.1 In Absatz 1 Nummer 1 wird hinter der Textstelle „Richter,“ die Textstelle „Rechtspflegerinnen, Rechtspfleger,“ eingefügt.
  - 3.2 Absatz 3 erhält folgende Fassung:
 

„(3) Für Betreiberinnen und Betreiber von Wohneinrichtungen nach § 2 Absatz 4 HmbWBG und Kurzzeitpflegeeinrichtungen nach § 2 Absatz 5 HmbWBG gelten folgende Vorgaben:

    1. den Bewohnerinnen und Bewohnern der Einrichtungen sind medizinische Masken nach § 3 Absatz 1 Satz 2 zur Verfügung zu stellen,
    2. vor der Aufnahme einer pflegebedürftigen Person, die weder über einen Impfnachweis nach § 2 Absatz 5 noch über einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 verfügt, ist eine Bescheinigung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes darüber einzuholen, dass die pflegebedürftige Person innerhalb von 48 Stunden vor der geplanten Aufnahme einer Testung mittels PCR-Test unterzogen wurde, deren Ergebnis negativ ist oder einen cycle-threshold-Wert (CT-Wert) von über 30 ausweist; sofern glaubhaft gemacht wird, dass vor der Aufnahme keine Möglichkeit zur rechtzeitigen Durchführung einer Testung mittels PCR-Test bestand, genügt eine Testung mittels Schnelltest am Tag der Aufnahme durch die aufnehmende Einrichtung,

3. sofern Bewohnerinnen und Bewohner, die weder über einen Impfnachweis nach § 2 Absatz 5 noch über einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 verfügen, nach einem stationären Krankenhausaufenthalt in die Einrichtung zurückkehren oder nach einem stationären Krankenhausaufenthalt neu in die Einrichtung aufgenommen werden sollen, ist vor der Rückkehr oder Neuaufnahme eine Bescheinigung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes des Krankenhauses darüber, dass die Bewohnerin oder der Bewohner innerhalb von 48 Stunden vor der geplanten Rückkehr einer Testung mittels PCR-Test unterzogen wurde, sowie über das Ergebnis dieser Testung einzuholen.“
4. § 21 erhält folgende Fassung:
- „§ 21
- Absonderungspflicht für infizierte Personen
- (1) Personen, deren nicht von einem 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 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. Satz 1 gilt nicht für Bewohnerinnen und Bewohner von Wohneinrichtungen nach § 2 Absatz 4 HmbWBG, deren Testung durch die Wohneinrichtung vorgenommen worden ist, sofern die Wohneinrichtung positive Ergebnisse von Testungen ihrer Bewohnerinnen und Bewohner mittels Schnelltest über das hierfür vorgesehene digitale Meldesystem an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt; in diesem Fall gilt Absatz 2 entsprechend.
- (2) Personen, deren Testung mittels PCR-Test oder deren 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 zum Zwecke einer Testung nach Absatz 3 Satz 3 oder Absatz 4 Satz 1 sowie dann unterbrochen werden, wenn dies zum Schutz von Leben oder Gesundheit zwingend erforderlich ist.
- (3) Die Pflicht zur Absonderung entfällt vorbehaltlich des Absatzes 4 mit Ablauf des fünften auf die Testung nach Absatz 2 Satz 1 folgenden Tages. Es wird empfohlen, auch nach diesem Zeitpunkt die Absonderung erst dann zu beenden, wenn eine Testung mittels Schnelltest oder PCR-Test ein negatives Ergebnis in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus ergeben hat. Ist die Testung nach Absatz 2 Satz 1 mittels Schnelltest erfolgt, entfällt die Pflicht zur Absonderung bereits vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt, sobald ein negatives Ergebnis einer nach dieser Testung vorgenommenen Testung mittels PCR-Test vorliegt.
- (4) Für Patientinnen und Patienten von Krankenhäusern im Sinne von § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 IfSG sowie für Bewohnerinnen und Bewohner von Wohneinrichtungen nach § 2 Absatz 4 HmbWBG entfällt die Pflicht zur Absonderung erst dann, wenn diese seit mindestens 48 Stunden keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 13 aufweisen und einen Testnachweis nach § 2 Absatz 7 vorlegen, dessen zugrundeliegende Testung nach Ablauf des fünften auf die Testung nach Absatz 2 Satz 1 folgenden Tages erfolgt ist. Absatz 3 Satz 3 gilt entsprechend.
- (5) 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.
- (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 durch die gemeinsam mit ihnen in einem Haushalt lebenden Kinder in einer dem Entwicklungsstand entsprechenden sowie das Kindeswohl wahren Weise zu gewährleisten.
- (7) Die Absätze 1 bis 4 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.“
5. § 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 2 Nummer 1, § 17 Absatz 1 oder § 18 Absatz 1 die Pflicht zum Tragen der vorgeschriebenen Maske nicht befolgt,
  2. entgegen § 21 Absatz 1 Satz 1 sich nicht unverzüglich einer Testung mittels PCR-Test oder einer Testung mittels Schnelltest durch Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung unterzieht,
  3. entgegen § 21 Absatz 2 Satz 1 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 2 Besuch empfängt.“
6. In § 26 Absatz 2 wird die Textstelle „22. Juni“ durch die Textstelle „20. Juli“ ersetzt.

Hamburg, den 21. Juni 2022.

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

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

**A. Anlass**

Mit der Vierundsiebzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung werden überwiegend systematische Anpassungen der Vorgaben für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Einrichtungen mit vulnerablen Personen vorgenommen. Ferner wird die Vorschrift für die Pflicht zur Absonderung von infizierten Personen redaktionell überarbeitet und inhaltlich in Bezug auf die Absonderungsdauer vulnerabler Personen in bestimmten Einrichtungen angepasst. Im Übrigen wird die Geltungsdauer der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung verlängert.

Die an die aktuelle infektionsepidemiologische Lage angepassten Schutzmaßnahmen der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung sind am Schutz von Leben und Gesundheit, insbesondere in Einrichtungen des Gesundheitswesens und 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 Verordnungsgebers 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/Jun\\_2022/2022-06-20-de.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Jun_2022/2022-06-20-de.pdf)) sowie die Veröffentlichungen der Freien und Hansestadt Hamburg (<https://www.hamburg.de/coronavirus>) verwiesen. Das Robert Koch-Institut schätzt die derzeitige Gefährdung durch COVID-19 für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland insgesamt als hoch ein. Diese Einschätzung kann sich kurzfristig durch neue

Erkenntnisse ändern ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht\\_2022-06-16.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-06-16.pdf)).

Die aktuelle infektionsepidemiologische Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg ist durch eine zuletzt ansteigende, aber weiterhin noch geringe bis moderate Auslastung der medizinischen Versorgungskapazitäten, einen zuletzt kontinuierlichen Anstieg der Anzahl von Neuinfektionen, die Dominanz der Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) sowie einen hohen Immuniierungsgrad der Bevölkerung durch Impfungen geprägt. Im Einzelnen:

Die Lage im Gesundheitssystem der Freien und Hansestadt Hamburg war bis Ende Mai 2022 durch eine kontinuierlich abnehmende Anzahl der innerhalb der jeweils vergangenen sieben Tage mit COVID-19 in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen je 100.000 Einwohner (7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz) gekennzeichnet. Seit Ende Mai ist jedoch wieder ein moderater Anstieg dieses Wertes zu verzeichnen. 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: 21. Mai: 1,35; 22. Mai: 1,19; 23. Mai: 1,03; 24. Mai: 1,3; 25. Mai: 1,19; 26. Mai: 1,03; 27. Mai: 0,86; 28. Mai: 0,86; 29. Mai: 0,7; 30. Mai: 0,59; 31. Mai: 0,81; 1. Juni: 1,4; 2. Juni: 1,3; 3. Juni: 1,46; 4. Juni: 1,3; 5. Juni: 1,3; 6. Juni: 0,92; 7. Juni: 0,43; 8. Juni: 0,81; 9. Juni: 0,92; 10. Juni: k.A.; 11. Juni: 1,46; 12. Juni: 1,46; 13. Juni: 1,4; 14. Juni: 2,05; 15. Juni: 1,84; 16. Juni: 1,73; 17. Juni: 1,89; 18. Juni: 1,84; 19. Juni: 1,78; 20. Juni: 1,46 (Quelle: Robert Koch-Institut, <https://www.rki.de/covid-19-trends>, Stand: 20. Juni 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 20. Juni 2022 befanden sich in Hamburg 267 Personen mit einer SARS-CoV-2-Infektion in Behandlung in einem Krankenhaus. Davon befanden sich 220 Personen in Behandlung auf Normalstationen und 22 Personen in intensivmedizinischer Behandlung. Die Anzahl von COVID-19-Patientinnen und Patienten auf den Normalstationen und in intensivmedizinischer Behandlung ist in den letzten Wochen moderat angestiegen. Unter Berücksichtigung der mit anderen Patientinnen und Patienten belegten Intensivbetten waren noch 85 Intensivbetten für Erwachsene frei.

Bei dem jüngsten Verlauf der 7-Tage-Inzidenz in Hamburg war zwischen Anfang April und Ende Mai ein kontinuierlicher Rückgang zu beobachten, allerdings steigt die 7-Tage-Inzidenz seit Anfang Juni wieder deutlich an (vgl. Robert Koch-Institut, <https://www.rki.de/covid-19-trends>). Zwischen dem 14. Juni und dem 21. Juni wurden in der Freien und Hansestadt Hamburg insgesamt 11.760 Neuinfektionen gemeldet. Dies entspricht einer 7-Tage-Inzidenz von 662,56 Neuinfektionen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Stand: 21. Juni 2022, 9:00 Uhr). Die Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz in den vergangenen Wochen stellt sich im Einzelnen wie folgt dar: 24. Mai: 379,32; 25. Mai: 353,80; 26. Mai: 338,05; 27. Mai: k.A.; 28. Mai: 266,59; 29. Mai: k.A.; 30. Mai: k.A.; 31. Mai: 286,28; 1. Juni: 313,84; 2. Juni: 320,88; 3. Juni: 376,59; 4. Juni: 383,73; 5. Juni: k.A.; 6. Juni: k.A.; 7. Juni: k.A.; 8. Juni: 337,89; 9. Juni:

399,07; 10. Juni: 446,64; 11. Juni: k.A.; 12. Juni: k.A.; 13. Juni: k.A.; 14. Juni: 484,6; 15. Juni: 620,55; 16. Juni: 604,06; 17. Juni: 614,16; 18. Juni: 617,50; 19. Juni: k.A.; 20. Juni: k.A.; 21. Juni: 662,56 (Stand: 21. Juni 2022).

Diese 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. Während der 7-Tage-R-Wert im April und im Mai zumeist unter 1 lag, befindet sich der R-Wert seit Anfang Juni überwiegend über 1: 19. Mai: 0,86; 20. Mai: 0,89; 21. Mai: 0,88; 22. Mai: k.A.; 23. Mai: k.A.; 24. Mai: 0,66; 25. Mai: 0,79; 26. Mai: 0,82; 27. Mai: k.A.; 28. Mai: 0,80; 29. Mai: k.A.; 30. Mai: k.A.; 31. Mai: 0,66; 1. Juni: 0,85; 2. Juni: 1,01; 3. Juni: 1,10; 4. Juni: 1,20; 5. Juni: k.A.; 6. Juni: k.A.; 7. Juni: k.A.; 8. Juni: 0,74; 9. Juni: 1,08; 10. Juni: 1,05; 11. Juni: 1,20; 12. Juni: k.A.; 13. Juni: k.A.; 14. Juni: 1,12; 15. Juni: 1,49; 16. Juni: 1,84; 17. Juni: 1,24; 18. Juni: 1,19; 19. Juni: k.A.; 20. Juni: k.A.; 21. Juni: 0,88 (Stand: 21. Juni 2022).

Das Infektionsgeschehen in der Freien und Hansestadt Hamburg ist gegenwärtig durch die Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) geprägt. Der Anteil von Infektionen mit dieser Virusvariante an den Neuinfektionen liegt 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 in der Freien und Hansestadt Hamburg derzeit im Wesentlichen die Untervariante BA.2 sowie BA.4/BA.5. Seit KW 23 ist die Sublinie BA.2 mit einem Anteil von 40,3 % nicht mehr dominierend in Hamburg. Mehr als die Hälfte der Fälle entfällt mittlerweile auf die Sublinien BA.4/BA.5. Aktuell ist davon auszugehen, dass diese beiden Sublinien durch eine im Vergleich zu Untervariante BA.2 nochmals gesteigerte Übertragbarkeit gekennzeichnet sind, die Pathogenität des Virus jedoch nicht zugenommen hat.

Epidemiologische Analysen zeigen einen mildereren 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 ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19, Ergänzende Erkenntnisse zur Omikron-Variante und notwendige Vorbereitungen des Ge-

sundheitssysteme auf die kommende Infektionswelle, 6. Januar 2022, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/1995094/0e24018c4ce234c5b9e40a83ce1b3892/2022-01-06-zweite-stellungnahme-expertenrat-data.pdf>).

Den Ausführungen des ExpertInnenrates 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 bleibt 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 ExpertInnenrates 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 Anteil der Bevölkerung der Freien und Hansestadt Hamburg, der über einen Impfschutz verfügt, ist im bundesweiten Vergleich besonders hoch. 86,4 % der Hamburgerinnen und Hamburger haben eine Erstimpfung, 83,9 % eine Zweitimpfung und 61,8 % eine Auffrischimpfung erhalten (Quelle: Digitales Impfmonitoring zur COVID-19-Impfung, Robert Koch-Institut; Stand: 21. Juni 2022). In den jüngeren Altersgruppen haben bisher 78,2 % der 12- bis 17-Jährigen und 29,6 % der 5- bis 11-Jährigen eine Erstimpfung sowie 71,9 % der 12- bis 17-Jährigen und 24,1 % der 5- bis 11-Jährigen eine Zweitimpfung erhalten. Von den über 60-Jährigen sind 97,4 % grundimmunisiert, 81,5 % haben eine erste Auffrischimpfung und 25,7 % auch bereits eine zweite Auffrischimpfung erhalten (Quelle: Robert Koch-Institut, [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: 21. Juni 2022).

Im Vergleich zu vorhergehenden Infektionswellen kommt es zwar durch die besonderen Eigenschaften der Omikron-Variante zu einer nicht unerheblichen Anzahl 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 zu schützen und hierdurch schwere Krankheitsverläufe, intensivmedizinische Behandlungen und Todesfälle zu verhindern. Dass der Schutz vulnerabler Personengruppen besondere Priorität hat, hat zuletzt auch noch einmal der Expertenrat der Bundesregierung in seiner 10. Stellungnahme zu COVID-19 ausdrücklich bekräftigt (vgl. zum Vorstehenden: Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19, Zur Notwendigkeit des Infektionsschutzes für pflegebedürftige Menschen in Pflegeeinrichtungen, 24. Mai 2022, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2044366/6c102f8bc3d30995e3a1bbe5cf4bf320/2022-05-27-10-stellungnahme-infektionsschutz-pflege-data.pdf>).

Aus den vorstehenden Gründen ist es erforderlich, die an die aktuelle infektionsepidemiologische Lage angepassten Basisschutzmaßnahmen beizubehalten, um insbesondere in Einrichtungen des Gesundheitswesens und in Einrichtungen mit vulnerablen Personen Leben und Gesundheit 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 § 2:** Mit der Änderung in Absatz 7 wird klargestellt, dass auch PCR-Tests Testnachweise im Sinne dieser Verordnung sind. PCR-Tests sind ab dem Zeitpunkt der Testung 48 Stunden gültig.

**Zu § 12:** Um insbesondere den in Eilfällen erforderlichen Rechtsschutz zu gewährleisten, wird durch die Änderung in Absatz 1 Satz 2 bestimmt, dass die dort geregelte Ausnahme von der Testpflicht nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 künftig auch für Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger, die die Einrichtung zur Wahrnehmung ihres Amtes aufsuchen, gilt. Eine Testung wird jedoch weiterhin empfohlen. Durch die Ergänzung in Absatz 2 Nummer 1 wird ermöglicht, dass Beschäftigte ihre Masken abnehmen dürfen, soweit ein persönlicher Kontakt zu Patientinnen und Patienten ausgeschlossen ist. Mit dieser Regelung wird einerseits der erforderliche Schutz der Patientinnen und Patienten im unmittelbaren Kontakt mit den Beschäftigten sichergestellt und andererseits den Belangen der Beschäftigten hinreichend Rechnung getragen, insbesondere soweit diese primär in Verwaltungsbereichen der Krankenhäuser tätig sind, in denen regelmäßig kein Kontakt zu Patientinnen und Patienten besteht. Die arbeitsschutzrechtlichen Vorgaben sind darüber hinaus stets zu beachten. Soweit hiernach beispielsweise für die Beschäftigten eine verpflichtende FFP2-Maskenpflicht für das gesamte Krankenhaus vorgeschrieben ist, gilt diese arbeitsschutzrechtliche Regelung, auch wenn diese Verordnung keine solche Maskenpflicht vorschreibt.

**Zu § 14:** Um insbesondere den in Eilfällen erforderlichen Rechtsschutz zu gewährleisten, wird durch die Änderung in Absatz 1 Nummer 1 bestimmt, dass die Ausnahme von der dort geregelten Testpflicht auch für Rechtspflegerinnen und Rechtspfleger, die die Einrichtung zur Wahrnehmung ihres Amtes aufsuchen. Eine Testung wird jedoch weiterhin empfohlen. Durch die Änderung in Absatz 3 entfällt die Testangebotspflicht für die geringe Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohner, die noch keine drei Einzelimpfungen erhalten haben.

**Zu § 21:** Die neue Gliederung des § 21 erfolgt aus redaktionellen Gründen. Die Regelungen zur Absonderung bleiben im Wesentlichen unverändert.

In Absatz 1 Satz 2 wird klargestellt, dass Bewohnerinnen und Bewohner von Wohneinrichtungen nach § 2 Absatz 4 HmbWBG, die durch ihre Wohneinrichtung positiv getestet wurden, nur dann davon ausgenommen sind, dieses Ergebnis gemäß Absatz 1 Satz 1 bestätigen zu lassen, wenn die Wohneinrichtung entsprechende Testergebnisse auch tatsächlich über das hierfür vorgesehene digitale Meldesystem an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt. In diesen Fällen gelten die Vorgaben zur Absonderung nach Absatz 2 entsprechend. Werden solche Ergebnisse nicht über das vorgesehene digitale Meldesystem übermittelt, besteht weiterhin die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1, eine Testung mittels PCR-Test oder eine Testung mittels Schnelltest bei einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorzunehmen.

In dem neuen Absatz 3 Satz 3 wird bestimmt, dass die Pflicht zur Absonderung dann, wenn die Testung nach Absatz 2 Satz 1 mittels Schnelltest erfolgt ist, vorzeitig entfällt, sobald ein negatives Ergebnis einer nach dem Schnelltest vorgenommenen PCR-Testung vorliegt. Diese Regelung ist erforderlich, um in dem besonderen Einzelfall, in dem eine PCR-Testung nicht das positive Ergebnis der Schnelltestung bestätigt, eindeutig zu bestimmen, dass sich die Pflicht zur Absonderung nach dem Ergebnis der PCR-Testung richtet, da es sich bei dieser Testung um die derzeit verlässlichste Methode handelt, eine Infektion mit dem Coronavirus nachzuweisen.

In dem neuen Absatz 4 wird, abweichend von Absatz 2, die Absonderungspflicht für Patientinnen und Patienten von Krankenhäusern im Sinne von § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 IfSG sowie für Bewohnerinnen und Bewohner von Wohneinrichtungen nach § 2 Absatz 4 HmbWBG gesondert geregelt. Die Pflicht zur Absonderung entfällt demnach erst dann, wenn die betroffene Person seit mindestens 48 Stunden keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 13 aufweist und einen Testnachweis nach § 2 Absatz 7 vorlegt, dessen zugrundeliegende Testung nach Ablauf des fünften auf die Testung nach Absatz 2 Satz 1 folgenden Tages erfolgt ist. Das Ende der Absonderungspflicht wird für diesen Personenkreis somit verpflichtend an die Symptomfreiheit und einen negativen Test geknüpft, um Ausbruchsgeschehen in Einrichtungen mit vulnerablen Personen zu vermeiden.

**Zu § 25:** Die Vorschrift enthält die erforderlichen Anpassungen der 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 20. Juli 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), 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 bis Dreiundsiebzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 29. April 2022, 4. Mai 2022 und 25. Mai 2022 (HmbGVBl. S. 272, 285 und 233) verwiesen.