HAMBURGISCHES GESETZ- UND VERORDNUNGSBLATT

TEIL I

HmbGVBl. Nr. 10 **FREITAG, DEN 11. FEBRUAR** **2022**

Tag	Inhalt	Seite
11. 2. 2022	Sechsundsechzigste Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung 2126-15	91

Angaben unter dem Vorschriftentitel beziehen sich auf die Gliederungsnummern in der Sammlung der Gesetze und Verordnungen der Freien und Hansestadt Hamburg.

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

Vom 11. Februar 2022

Auf Grund von § 32 Satz 1 und § 36 Absatz 6 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert am 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162), in Verbindung mit dem Einzigen Paragraphen der Weiterübertragungsverordnung-Infektionsschutzgesetz vom 8. Januar 2021 (HmbGVBl. S. 9) wird verordnet:

Die Hamburgische SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 23. April 2021 (HmbGVBl. S. 205), zuletzt geändert am 4. Februar 2022 (HmbGVBl. S. 79), wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht werden die Einträge zu Teil 6 und § 26 aufgehoben.
2. In § 9 Absatz 2 wird hinter Satz 1 folgender Satz eingefügt:

   „Es dürfen höchstens folgende höhere Teilnehmerzahlen nach Satz 1 genehmigt werden:

   1. in geschlossenen Räumen 2000 zuzüglich der Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die auf 30 vom Hundert der weiteren verfügbaren Sitz- oder Stehplätze platziert werden kann, insgesamt jedoch höchstens 4000,
   2. im Freien 2000 zuzüglich der Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die auf 50 vom Hundert der weiteren verfügbaren Sitz- oder Stehplätze platziert werden kann, insgesamt jedoch höchstens 10000.“
3. In § 10a Absatz 2a wird folgender Satz angefügt:

   „In den Bereichen nach Satz 2 Nummern 6 bis 9, 11 bis 14 und 16 gilt bei der Durchführung von Anhörungen und individuellen Beratungsgesprächen die Maskenpflicht nach Absatz 2 mit folgenden Maßgaben:

   1. Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, sind verpflichtet, eine FFP2-Maske oder eine sonstige Atemschutzmaske mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard zu tragen,
   2. Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet und das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind verpflichtet, eine medizinische Maske im Sinne des § 8 Absatz 1a Sätze 2 und 3 zu tragen.“
4. § 13 Absatz 1 erhält folgende Fassung:

   „(1) In Verkaufsstellen des Einzelhandels, in Ladenlokalen von Dienstleistungs- oder Handwerksbetrieben, bei öffentlichen Pfandversteigerungen und sonstigen Versteigerungen, bei Wanderlagern sowie auf Märkten im Sinne der Gewerbeordnung gelten vorbehaltlich des Absatzes 2 die folgenden Vorgaben:

   1. (aufgehoben)
   2. die allgemeinen Hygienevorgaben nach § 5 mit Ausnahme von § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 sind einzuhalten,
   3. ein Schutzkonzept ist nach § 6 zu erstellen,

4. in geschlossenen Räumen gilt eine Maskenpflicht nach § 8 mit folgenden Maßgaben:

   a) Kundinnen und Kunden, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, sind verpflichtet, eine FFP2-Maske oder eine sonstige Atemschutzmaske mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard zu tragen,

   b) Kundinnen und Kunden, die das sechste Lebensjahr vollendet und das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie Inhaberinnen, Inhaber und Beschäftigte sind verpflichtet, eine medizinische Maske im Sinne des § 8 Absatz 1a Sätze 2 und 3 zu tragen.

Für gastronomische Angebote gilt § 15. § 9 findet keine Anwendung."

5. In § 18a Absatz 3 wird hinter Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Es dürfen höchstens folgende höhere Zuschauerzahlen nach Satz 1 genehmigt werden:

1. in geschlossenen Räumen 2000 zuzüglich der Anzahl von Zuschauerinnen und Zuschauern, die auf 30 vom Hundert der weiteren verfügbaren Sitz- oder Stehplätze platziert werden kann, insgesamt jedoch höchstens 4000,
2. im Freien 2000 zuzüglich der Anzahl von Zuschauerinnen und Zuschauern, die auf 50 vom Hundert der weiteren verfügbaren Sitz- oder Stehplätze platziert werden kann, insgesamt jedoch höchstens 10000."

6. In § 24 Absatz 2 Satz 6 wird die Textstelle „§ 35 Absatz 3 Sätze 4 und 5" durch die Textstelle „§ 35 Absatz 3 Sätze 5 und 6" ersetzt.

7. Teil 6 wird aufgehoben.

8. In § 30 Absatz 1 Nummer 5 wird das Wort „Gesundheitsämter" durch das Wort „Bezirksämter" ersetzt.

9. In § 35 erhalten die Absätze 2 und 3 folgende Fassung:

„(2) Personen, deren Testung mittels PCR-Test ein positives Ergebnis in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus ergeben hat (infizierte Personen), sind verpflichtet, sich unverzüglich in ihrer Haupt- oder Nebenwohnung oder in einer anderen eine Absonderung ermöglichenden Unterkunft abzusondern; es ist ihnen untersagt, Besuch von Personen zu empfangen, die nicht ihrem Haushalt angehören. Die Pflicht zur Absonderung entfällt

1. für Personen, die dem Gesundheitsamt einen Nachweis über ein negatives Ergebnis eines PCR-Tests oder eines durch Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung durchgeführten Schnelltests vorlegen, wenn die zugrundeliegende Testung frühestens am siebten auf die Testung nach Satz 1 folgenden Tag erfolgt ist und die Personen zum Zeitpunkt dieser Testung seit mindestens 48 Stunden keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 8 aufgewiesen hatten,
2. ohne Vorlage eines Testnachweises nach Nummer 1 mit Ablauf des zehnten auf die Testung nach Satz 1 folgenden Tages.

Sofern die infizierte Person bereits vor der Testung nach Satz 1 typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 8 aufgewiesen hatte, ist für den Zeitpunkt der Testung zur Beendigung der Pflicht zur Absonderung nach Satz 2 Nummer 1 nicht der Zeitpunkt der Testung nach Satz 1, sondern der Zeitpunkt des Beginns dieser Symptome maßgeblich. Einem negativen Ergebnis eines PCR-Tests nach Satz 2 Nummer 1 steht das Ergebnis eines PCR-Tests gleich, das einen cycle-threshold-Wert (CT-Wert) von über 30 ausweist.

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

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

In den Fällen von Satz 1 Nummer 1 beginnt die Pflicht zur Absonderung im Zeitpunkt des Beginns der Pflicht zur Absonderung der infizierten Person. 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. Die Pflicht zur Absonderung entfällt

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

Die Pflicht zur Absonderung entfällt ferner für Personen, die dem Gesundheitsamt einen Nachweis über ein negatives Ergebnis eines PCR-Tests oder eines durch Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung durchgeführten Schnelltests vorlegen; hierbei darf die zugrundeliegende Testung frühestens am siebten auf das nach Satz 1 Nummer 1 oder 2 maßgebliche Ereignis folgenden Tag erfolgt sein. Für Schülerinnen und Schüler sowie in Kindertagesstätten betreute Kinder gilt Satz 5 mit der Maßgabe, dass die Testung bereits am fünften auf den vom Gesundheitsamt mitgeteilten Tag des maßgeblichen Kontakts zu der infizierten Person folgenden Tag und im Falle eines Schnelltests auch in der Schule oder in der Kindertagesstätte vorgenommen werden darf."

10. § 35a erhält folgende Fassung:

„§ 35a

Übergangsvorschrift zur Absonderungspflicht nach § 35

§ 35 Absatz 2 Satz 2 sowie Absatz 3 Satz 4 gilt auch für solche Personen, die mit Ablauf des 11. Februar 2022 einer sich unmittelbar aus § 35 Absatz 2 Satz 1 oder Absatz 3 Satz 1 ergebenden Pflicht zur Absonderung unterlagen."

11. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

11.1 In Nummer 31 wird die Textstelle „Satz 3" durch die Textstelle „Satz 4" ersetzt.

11.2 Nummer 36a wird durch folgende Nummern 36a und 36b ersetzt:

„36a. entgegen § 10a Absatz 2a Satz 6 in Verbindung mit § 10a Absatz 2 die Pflicht zum Tragen der vorgeschriebenen Atemschutzmaske nicht befolgt,

36b. entgegen einer Anordnung nach § 10a Absatz 3 Satz 1 ein Gerichtsgebäude betritt, ohne über einen negativen Coronavirus-Testnachweis nach § 10h zu verfügen,".

11.3 Nummern 56 und 56a werden aufgehoben.

11.4 Nummer 56b erhält folgende Fassung:

„56b. entgegen § 13 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 Buchstaben a und b in Verkaufsstellen des Einzelhandels, in Ladenlokalen von Dienstleistungs- oder Handwerksbetrieben, bei öffentlichen Pfandversteigerungen oder sonstigen Versteigerungen, bei Wanderlagern oder auf Märkten im Sinne der Gewerbeordnung die Pflicht zum Tragen der jeweils vorgeschriebenen Maske nicht befolgt,“.

12. § 40 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Diese Verordnung tritt mit Ablauf des 12. März 2022 außer Kraft.“

Hamburg, den 11. Februar 2022.

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

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

A. Anlass

Mit der Sechsundsechzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung wird unter Berücksichtigung der aktuellen infektionsepidemiologischen Gesamtlage eine Anpassung des Schutzkonzepts der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vorgenommen: Im sogenannten nicht-essentiellen Einzelhandel wird das Zwei-G-Zugangsmodell aufgehoben und anstelle dessen eine FFP2-Maskenpflicht für die Kundinnen und Kunden ab 14 Jahren eingeführt. Des Weiteren werden die Genehmigungsvorgaben für Großveranstaltungen zur Umsetzung des Beschlusses der Chefinnen und Chefs der Staats- und Senatskanzleien der Länder vom 2. Februar 2022 angepasst sowie die in § 35 geregelten Absonderungspflichten für infizierte Personen und enge Kontaktpersonen an die aktuellen Veröffentlichungen des Robert Koch-Instituts angeglichen. Im Übrigen werden die Schutzmaßnahmen unverändert aufrechterhalten.

Durch die Schutzmaßnahmen der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung wird der besorgniserregenden infektionsepidemiologischen Gesamtlage in der Freien und Hansestadt Hamburg in Bezug auf die Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 begegnet, die durch eine erhebliche Auslastung der intensivmedizinischen Versorgungskapazitäten, eine sehr hohe und weiterhin steigende Anzahl von Neuinfektionen, die Dominanz der besorgniserregenden Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) sowie durch einen hohen, aber noch nicht hinreichenden Immunisierungsgrad der Bevölkerung durch Impfungen geprägt ist. Es kommt hinzu, dass weiterhin außerordentlich hohe Neuinfektionszahlen sowie in einigen Teilen des Bundesgebietes weiterhin eine besonders hohe Auslastung der medizinischen Versorgungskapazitäten zu beklagen sind. Dieser hohe Infektionsdruck in der Bevölkerung zieht bei weiterer Steigerung zwangsläufig einen entsprechenden Anstieg der schweren Krankheitsverläufe und der Todesfälle nach sich. Der bundesweite Wert der 7-Tage-Inzidenz der gemeldeten Neuinfektionen steigt seit Beginn des Jahres stark an (Verlauf der bundesweiten 7-Tage-Inzidenz: 11. Januar: 387,9; 12. Januar: 407,5; 13. Januar: 427,7; 14. Januar: 470,6; 15. Januar: 497,1; 16. Januar: 515,7; 17 Januar: 528,2; 18. Januar: 553,2; 19. Januar: 584,4; 20. Januar: 638,8; 21. Januar: 706,3; 22. Januar: 772,7; 23. Januar: 806,8; 24. Januar: 840,3; 25. Januar: 894,3; 26. Januar: 940,6; 27. Januar: 1017,4; 28. Januar: 1073,0; 29. Januar: 1127,7; 30. Januar: 1156,8; 31. Januar: 1176,8; 1. Februar: 1.206,2; 2. Februar: 1227,5; 3. Februar: 1283,2; 4. Februar: 1349,5; 5. Februar: 1388,0; 6. Februar: 1400,8; 7. Februar: 1426,0; 8. Februar: 1441,0; 9. Februar: 1450,8; 10. Februar: 1465,4; Quelle: Robert Koch-Institut).

Die Schutzmaßnahmen der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung sind am Schutz von Leben und Gesundheit der Bevölkerung sowie der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems ausgerichtet und vor dem Hintergrund der aktuellen infektionsepidemiologischen Lage zur Erreichung dieser Ziele weiter dringend erforderlich. Bei der Bewertung der infektionsepidemiologischen Lage und der hierauf gestützten Entscheidung des Verordnungsgebers

über die Schutzmaßnahmen sind insbesondere die Anzahl der mit einer Coronavirus-Infektion neu in Krankenhäusern aufgenommenen Personen, die Auslastung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten, die unter infektionsepidemiologischen Aspekten differenzierte Anzahl der Neuinfektionen sowie die Anzahl der gegen das Coronavirus geimpften Personen berücksichtigt worden.

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

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

Wegen der aktuellen epidemiologischen Lage wird auf die täglichen Lageberichte des Robert Koch-Instituts (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Feb_2022/2022-02-09-de.pdf?__blob=publicationFile) sowie die Veröffentlichungen der Freien und Hansestadt Hamburg (https://www.hamburg.de/coronavirus) verwiesen. Das Robert Koch-Institut schätzt die Gefährdung für die Gruppe der Ungeimpften als sehr hoch, für die Gruppen der Genesenen und der Geimpften mit Grundimmunisierung (vollständige Impfung) als hoch und 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_2022-02-03.pdf?__blob= publicationFile). Für die Freie und Hansestadt Hamburg stellt sich die epidemiologische Lage aktuell wie folgt dar:

Die Lage im Gesundheitssystem der Freien und Hansestadt Hamburg war zuletzt durch kontinuierlich hohe Werte der 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. Zusätzlich ist noch mit einer hohen Anzahl von Nachübermittlungen und damit mit einer Erhöhung des tagesaktuell ermittelten Werts der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz zu rechnen, da die 7-Tage-Inzidenz der gemeldeten Neuinfektionen weiterhin auf einem sehr hohen Niveau liegt. Der Verlauf der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz in der Freien und Hansestadt Hamburg innerhalb der letzten Wochen stellt sich nach den Berechnungen des Robert Koch-Instituts wie folgt dar: 10. Januar: 5,34; 11. Januar: 4,70; 12. Januar: 5,07; 13. Januar: 5,51; 14. Januar: 6,05; 15. Januar: 4,80; 16. Januar: 5,88; 17. Januar: 5,78; 18. Januar: 4,32; 19. Januar: 4,91; 20. Januar: 4,91; 21. Januar: 4,64; 22. Januar: 5,67; 23. Januar: 6,69; 24. Januar: 6,42; 25. Januar: 5,18; 26. Januar: 3,94; 27. Januar: 6,96; 28. Januar: 6,86; 29. Januar: 6,26; 30. Januar: 8,15; 31. Januar: 6,91; 1. Februar: 5,45; 2. Februar: 4,97; 3. Februar: 5,72; 4. Februar: 5,78; 5. Februar: 5,56; 6. Februar: 6,42; 7. Februar: 5,83; 8. Februar: 3,72; 9. Februar: 3,67 (Quelle: Robert Koch-Institut, https://www.rki.de/covid-19-trends, Stand: 9. Februar 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 7. Februar 2022 befinden sich in Hamburg 511 Personen mit einer SARS-CoV-2-Infektion in Behandlung in einem Krankenhaus; 66 Personen befinden sich in intensivmedizinischer Behandlung, davon werden 38 invasiv beatmet. Unter Berücksichtigung der mit anderen Patientinnen und Patienten belegten Intensivbetten sind derzeit noch 67 Intensivbetten der insgesamt zur Verfügung stehenden 479 Intensivbetten frei (Stand: 10. Februar 2022, Quelle: DIVI-Register).

In den vergangenen vier Wochen hat der prozentuale Anteil der Belegung der Intensivbetten mit COVID-19-Erkrankten wiederholt bei – teils deutlich – über 15 % gelegen. Der jüngste Verlauf dieses Werts stellt sich wie folgt dar (alle Angaben in Prozent): 9. Januar: 17,72; 10. Januar: 18,52; 11. Januar: 18,3; 12. Januar: 16,98; 13. Januar: 15,9; 14. Januar: 14,56; 15. Januar: 14,77; 16. Januar: 15,54; 17 Januar: 14,19; 18. Januar: 12,96; 19. Januar: 13,35; 20. Januar: 13,16; 21. Januar: 15,14; 22. Januar: 16,38; 23. Januar: 17,11; 24. Januar: 16,16; 25. Januar: 16,56; 26. Januar: ; 27. Januar: 14,88; 28. Januar: 16,00; 29. Januar: 16,49; 30. Januar: 17,17; 31. Januar: 16,77; 1. Februar: 15,61; 2. Februar: 15,47; 3. Februar: 15,55; 4. Februar: 16,28; 5. Februar: 16,81; 6. Februar: 15,99; 7. Februar: 16,00; 8. Februar: 15,48 (Quelle: https://www.rki.de/covid-19-trends, Stand: 9. Februar 2022). Zu berücksichtigen ist hierbei, dass sich die Daten des Robert Koch-Instituts auf die in der Freien und Hansestadt Hamburg gelegenen Krankenhäuser beziehen und damit auch Aufnahmen von Personen mit Wohnsitz außerhalb der Freien und Hansestadt Hamburg erfassen.

Die Anzahl der Neuinfektionen in der Freien und Hansestadt Hamburg war seit Oktober bis Ende Januar kontinuierlich stark angestiegen und liegt seit mehreren Wochen auf dem höchs-

ten Niveau seit dem Beginn der Pandemie. Seit Anfang Februar deuten sich eine erste Stabilisierung sowie ein leichter Abwärtstrend an; die Anzahl der Neuinfektionen liegt aber nach wie vor auf einem sehr hohen Niveau. Zwischen dem 3. und 10. Februar 2022 wurden insgesamt 31.580 Neuinfektionen in der Freien und Hansestadt Hamburg gemeldet. Dies entspricht 1.658,23 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (7-Tage-Inzidenz; Datenstand 10. Februar 2022, 9:00 Uhr). Die Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz in den vergangenen vier Wochen stellt sich wie folgt dar: 11. Januar: 690,18; 12. Januar: 722,99; 13. Januar: 801,76; 14. Januar: 897,85; 15. Januar: 932,45; 16. Januar: 942,53; 17 Januar: 1055,79; 18. Januar: 1180,61; 19. Januar: 1337,14; 20. Januar: 1476,28; 21. Januar: 1617,58; 22. Januar: 1767,18; 23. Januar: 1852,56; 24. Januar: 1881,86; 25. Januar: 1999,38; 26. Januar: 2051,25; 27. Januar: 2124,77; 28. Januar: 2173,71; 29. Januar: 2196,97; 30. Januar: 2186,52; 31. Januar: 2104,76; 1. Februar: 2038,92; 2. Februar: 2076,62; 3. Februar: 2036,87; 4. Februar: 1952,17; 5. Februar: 1910,90; 6. Februar: 1860,86; 7. Februar: 1867,79; 8. Februar: 1859,13; 9. Februar: 1758,47; 10. Februar: 1658,23 (Stand: 10. Februar 2022).

Diese Betrachtung wird auch durch den Verlauf des 7-Tage-R-Werts bestätigt, der im Januar beständig über 1 gelegen hat, allerdings seit Anfang Februar erstmals wieder unter 1 liegt: 11. Januar: 1,17; 12. Januar: 1,12; 13. Januar: 1,07; 14. Januar: 1,08; 15. Januar: 1,17; 16. Januar: k.A.; 17 Januar: k.A.; 18. Januar: 1,19; 19. Januar: 1,21; 20. Januar: 1,19; 21. Januar: 1,18; 22. Januar 1,23; 23. Januar: k.A.; 24. Januar: k.A.; 25. Januar: 1,26; 26. Januar: 1,21; 27. Januar: 1,21; 28. Januar: 1,06; 29. Januar: 1,11 ; 30. Januar: k.A.; 31. Januar: k.A.; 1. Februar: k.A.; 2. Februar: k.A.; 3. Februar: 0,89; 4. Februar: 0,89; 5. Februar: 0,88; 6. Februar: k.A.; 7. Februar: k.A.; 8. Februar: 0,86; 9. Februar: 0,86; 10. Februar: 0,85 (Stand: 10. Februar 2022). Der 7-Tage-R-Wert bildet das Infektionsgeschehen vor etwa einer Woche bis vor etwas mehr als zwei Wochen ab und ist daher für die Einschätzung der epidemiologischen Lage bedeutsam. Bei einem R-Wert über 1 steigt die tägliche Anzahl an Neuinfektionen.

Die unter infektionsepidemiologischen Aspekten differenzierte Betrachtung der Inzidenzen zeigt, dass die immer noch sehr hohen Inzidenzen in vielen Altersgruppen weiterhin steigen bzw. sich erstmals wieder stabilisieren. In den Altersgruppen der 15- bis 39-jährigen zeigt sich in der Kalenderwoche 4 eine leichte Abnahme der Werte. Der höchste Wert zeigt sich nach wie vor bei den 6- bis 14-Jährigen (7-Tage-Inzidenz von 5.640 in KW 4/2022).

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

Die Omikron-Variante bringt nach dem aktuellen Erkenntnisstand eine neue Dimension in das Pandemiegeschehen. Diese Virusvariante zeichnet sich nach bisherigen Erkenntnissen durch eine stark gesteigerte Übertragbarkeit und in einem gewissen Maße durch ein Unterlaufen eines durch Impfung oder Genesung erworbenen Immunschutzes aus. Dies bedeutet, dass

die neue Variante im Vergleich zu zuvor vorherrschenden Virusvarianten mehrere ungünstige Eigenschaften vereint. Sie infiziert in kürzester Zeit deutlich mehr Menschen und bezieht auch Genesene und Geimpfte stärker in das Infektionsgeschehen ein. Dies kann zu einer explosionsartigen Verbreitung führen: In Dänemark, Norwegen, den Niederlanden und Großbritannien wurde eine nie dagewesene Verbreitungsgeschwindigkeit mit Verdopplungszeiten von etwa zwei bis drei Tagen beobachtet.

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

Die starke Infektionsdynamik und die damit verbundene hohe Zahl von parallel auftretenden Erkrankungen droht jedoch den gegenüber der Delta-Variante gegebenen Vorteil der milderen Krankheitsverläufe quantitativ aufzuwiegen. So führen die zeitweise sehr hohen Fallzahlen in einzelnen europäischen Staaten und in den USA derzeit zu einem deutlichen Anstieg der Krankenhausaufnahmen. Aktuelle Statistiken aus verschiedenen europäischen Staaten zeigen zudem deutlich vermehrte Aufnahmen auf die Normalstationen, aber im Vergleich zu vorangegangen Infektionswellen anteilig weniger Aufnahmen auf die Intensivstationen. Diese Entwicklung war auch in der Freien und Hansestadt Hamburg zu beobachten (siehe vorstehende Ausführungen). Trotz einer reduzierten Hospitalisierungsrate bei der Omikron-Variante ist bei sehr hohen Inzidenzwerten aufgrund des hohen zeitgleichen Aufkommens infizierter Personen mit einer erheblichen Belastung und auch Überlastung der Krankenhäuser und der ambulanten Versorgungsstrukturen (Praxen, Ambulanzen, Tageskliniken) und dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu rechnen. Da auch Geimpfte wieder stärker in das Infektionsgeschehen miteinbezogen werden, entsteht ein weiteres wesentliches Problem durch Personalausfälle aufgrund von Ansteckungen innerhalb der Belegschaften von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Versorgungsstrukturen. Diese Personalausfälle werden ärztliches und pflegerisches, aber auch nicht-medizinisches Personal betreffen. Ein hohes Patientenaufkommen kombiniert mit akutem Personalmangel kann innerhalb von kurzer Zeit die allgemeine medizinische Versorgung in der Freien und Hansestadt Hamburg sowie in ganz Deutschland gefährden. Es ist daher weiterhin dringend erforderlich, die Ausbreitung der Omikron-Variante mit entsprechenden Maßnahmen zu verlangsamen (vgl. zum Vorstehenden: Zweite Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19, Ergänzende Erkenntnisse zur

Omikron-Variante und notwendige Vorbereitungen des Gesundheitssystems auf die kommende Infektionswelle, 6. Januar 2022, a.a.O.).

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

81,4 % der Hamburgerinnen und Hamburger haben bereits eine Erstimpfung, 80,2 % eine Zweitimpfung und 53,6 % haben eine Auffrischimpfung erhalten (Quelle: Digitales Impfmonitoring zur COVID-19-Impfung, Robert Koch-Institut; Stand: 10. Februar 2022). Impfungen werden sowohl durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Betriebsärztinnen und Betriebsärzte als auch durch mobile Impfteams an dezentralen Impfstellen, insbesondere in zwölf Krankenhäusern, und in Schulen durchgeführt. Bis in den jüngeren Altersgruppen, insbesondere der Altersgruppe unter 18 Jahren, eine hohe Impfquote erreicht ist, wird es noch einige Wochen dauern. Bisher haben 63,8 % der 12- bis 17-Jährigen und 25,1 % der 5- bis 11-Jährigen in der Freien und Hansestadt Hamburg eine Erstimpfung erhalten, 61,3 % der 12- bis 17-Jährigen sind vollständig geimpft und 15,0 % der 5- bis 11-Jährigen. Eine Auffrischimpfung haben 21,4 % der 12- bis 17-Jährigen erhalten (Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html, Stand: 10. Februar 2022). Eine finale Version der Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission in Bezug auf Impfungen für Kinder unter zwölf Jahren wurde am 17. Dezember 2021 veröffentlicht (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/01_22.pdf).

Ein weiteres konsequentes Festhalten an den bestehenden Schutzmaßnahmen ist vor diesem Hintergrund dringend erforderlich. Insbesondere muss das Infektionsgeschehen weiter eingedämmt werden, da die Bürgerinnen und Bürger noch nicht hinreichend durch Impfungen geschützt sind. Die starke Viruszirkulation in der Bevölkerung (Community Transmission) mit Infektionen in privaten Haushalten und gastronomischen Betrieben, bei Veranstaltungen sowie in Kitas, Schulen und im beruflichen Umfeld erfordert weiterhin die konsequente Umsetzung kontaktreduzierender Maßnahmen und weiterer Schutzmaßnahmen sowie massive Anstrengungen zur Eindämmung von Ausbrüchen und Infektionsketten. Dies ist vor dem Hintergrund einer Dominanz der besorgniserregenden Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) von entscheiden-

der Bedeutung, um die Zahl der Neuinfizierten weiter deutlich zu senken und schwere Krankheitsverläufe, intensivmedizinische Behandlungen und Todesfälle zu verhindern. Nur dadurch kann eine Überlastung des Gesundheitswesens vermieden werden. Ferner kann hierdurch mehr Zeit für die Produktion von Impfstoffen, die Durchführung von Impfungen sowie die Entwicklung von antiviralen Medikamenten gewonnen werden. Berichte über COVID-19-Langzeitfolgen mahnen ebenfalls zur Vorsicht. Bei einem exponentiellen Anstieg der Neuinfektionszahlen kann das Gesundheitswesen auch trotz des bisherigen Anteils der Hamburger Bevölkerung mit einem vollständigen Impfstatus von 80,2 % zudem schnell wieder an seine Belastungsgrenzen stoßen, wie dies in anderen Ländern bereits geschieht.

Ein zusätzlicher wichtiger Grund für die Erforderlichkeit einer weiteren Eindämmung des Infektionsgeschehens besteht darin, während der laufenden Impfkampagne in Deutschland das Auftreten weiterer sogenannter Escape-Virusvarianten zu vermeiden. Trifft eine hohe Zahl neu geimpfter Personen mit noch unvollständiger Immunität auf eine hohe Zahl von Infizierten, begünstigt dies die Entstehung von Virusvarianten, gegen die die bisher verfügbaren Impfstoffe eine geringere Wirksamkeit aufweisen könnten. Die Impfstoffe können zwar grundsätzlich an solche Virusvarianten angepasst werden. Dies erfordert jedoch einen mehrmonatigen Vorlauf und eine vollständige Nachimpfung der Bevölkerung, die wiederum eine fristgerechte Produktion dieser angepassten Impfstoffe für die gesamte Bevölkerung voraussetzt.

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

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

B. Erläuterungen zu den einzelnen Regelungen

Zu §§ 9 und 18a: Durch die Änderungen in §§ 9 und 18a werden die Genehmigungsvorgaben für allgemeine Veranstaltungen (§ 9) und Sportveranstaltungen (§ 18a) angepasst. Über den Verweis in § 18 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 auf § 9 Absatz 2 ist die Änderung auch für die in § 18 Absatz 1 genannten kulturellen Einrichtungen maßgeblich. Es dürfen nunmehr auch bei der Erteilung von Ausnahmegenehmigungen in geschlossenen Räumen höchstens 2.000 zuzüglich der Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die auf 30 % der weiteren verfügbaren Sitz- oder Stehplätze platziert werden kann, insgesamt jedoch höchstens 4.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmerinnen zugelassen werden. Im Freien dürfen auch im Fall der Erteilung von Ausnahmegenehmigungen nunmehr höchstens 2.000 zuzüglich der Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die auf 50 % der weiteren verfügbaren Sitz- oder Stehplätze platziert werden kann, insgesamt jedoch höchstens 10.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zugelassen werden. Durch die Änderungen werden zugleich die Vorgaben aus dem Beschluss

der Chefinnen und Chefs der Staats- und Senatskanzleien der Länder vom 2. Februar 2022 umgesetzt.

Zu § 10a: Durch die Änderung in Absatz 2a gilt für die Durchführung von Anhörungen und individuellen Beratungsgesprächen in den Bereichen nach Satz 2 Nummern 6 bis 9, 11 bis 14 und 16 künftig für Personen ab 14 Jahren die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske oder einer sonstigen Atemschutzmaske mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard.

Zu § 13: Mit dieser Verordnung wird das Zwei-G-Zugangsmodell für die in § 13 Absatz 1 genannten Betriebe, Einrichtungen und Angebote aufgehoben. Anstelle dessen wird für Kundinnen und Kunden ab 14 Jahren die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske oder einer sonstigen Atemschutzmaske mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard eingeführt. Wie bereits unter A. erläutert, nimmt der Verordnungsgeber je nach Entwicklung der epidemiologischen Lage nicht mehr erforderliche Schutzmaßnahmen umgehend zurück. Das Zwei-G-Zugangsmodell im nicht-essentiellen Einzelhandel ist vor dem Hintergrund der unter A. dargestellten aktuellen epidemiologischen Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg im Gesamtschutzkonzept des Verordnungsgebers zur Eindämmung des Coronavirus nicht mehr erforderlich. Vielmehr kann mit der Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske oder einer sonstigen Atemschutzmaske mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard ein hinreichend hohes Schutzniveau aufrechterhalten werden. Dieses wird ergänzt durch individuelle Schutzkonzepte und Hygienemaßnahmen der Einrichtungen und Betriebe. Die Vorgaben für Betriebe, Einrichtungen und Angebote der essentiellen Versorgungsbedarfe einschließlich ihrer Verkaufsstellen nach § 13 Absatz 2 bleiben unverändert bestehen.

Zu § 26: Die Vorschrift kann vor dem Hintergrund der Regelung des § 28b IfSG entfallen.

Zu § 30: Bei der Änderung handelt es sich um eine redaktionelle Klarstellung, dass nicht nur die Beschäftigten der Gesundheitsämter, sondern sämtliche Beschäftige der Bezirksämter von der Regelung umfasst sind.

Zu § 35: Durch die Änderung des Absatzes 2 werden die Vorgaben der Testung zur Beendigung der Isolierung an die unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Corona-virus/Quarantaene/Absonderung.html veröffentlichten Vorgaben des Robert Koch-Instituts angeglichen. Nunmehr können auch beruflich tätige Personen in Einrichtungen zur Versorgung und zum Schutz vulnerabler Personen (Einrichtungen nach §§ 27, 30 bis 33 und 34a) zur vorzeitigen Beendigung der Isolierung das Testergebnis eines durch Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung durchgeführten Schnelltests vorlegen. Durch die Änderung in Absatz 3 wird klargestellt, dass die Pflicht zur Absonderung von Personen, die mit einer infizierten Person in einem gemeinsamen Haushalt leben (Absatz 3 Satz 1 Nummer 1), parallel zur Pflicht zur Absonderung der infizierten Person beginnt.

Zu § 35a: Mit der Übergangsvorschrift zu § 35 wird klargestellt, dass auch für solche Personen, die mit Ablauf des 11. Februar 2022 nach den bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften einer Pflicht zur Absonderung gemäß § 35 Absatz 2 Satz 1 oder Absatz 3 Satz 1 unterlagen,

nunmehr die angepassten Vorschriften des § 35 Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 4 in der ab dem 12. Februar 2022 geltenden Fassung gelten.

Zu § 39: Durch die Änderung von § 39 Absatz 1 werden zudem redaktionelle Anpassungen der Ordnungswidrigkeitstatbestände vorgenommen.

Zu § 40: Vor dem Hintergrund der unter A. dargestellten aktuellen epidemiologischen Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg ist es dringend erforderlich, an den bestehenden Schutzmaßnahmen festzuhalten, um dem Infektionsgeschehen weiterhin konsequent entgegenzuwirken. Aus diesem Grund werden die Schutzmaßnahmen der HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO bis zum 12. März 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 Fünfundsechzigsten 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 und 4. Februar 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 und 79) verwiesen.

Herausgegeben von der Behörde für Justiz und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg.
Druck, Verlag und Ausgabestelle Lütcke & Wulff, Rondenbarg 8, 22525 Hamburg, — Telefon: 23 51 29-0 — Telefax: 23 51 29 77.
Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Bezugspreis für Teil I und II zusammen jährlich 75,– Euro. Einzelstücke je angefangene vier Seiten 0,26 Euro (Preise einschließlich Mehrwertsteuer).