

HAMBURGISCHES GESETZ- UND VERORDNUNGSBLATT

TEIL I

HmbGVBl. Nr. 6	FREITAG, DEN 28. JANUAR	2022
Tag	Inhalt	Seite
28. 1. 2022	Vierundsechzigste Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung 2126-15	61

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

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

Vom 28. Januar 2022

Auf Grund von § 32 Satz 1 und § 36 Absatz 6 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert am 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162), in Verbindung mit dem Einzigsten 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 18. Januar 2022 (HmbGVBl. S. 43), wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - 1.1 Der Eintrag zu § 10e wird aufgehoben.
 - 1.2 In Teil 3 wird hinter dem Eintrag zu § 10k folgender Eintrag eingefügt:
„§ 10l Notwendige Verarbeitung bestimmter personenbezogener Daten“.
2. § 5 wird wie folgt geändert:
 - 2.1 Absatz 2 wird aufgehoben.
 - 2.2 Absatz 3 wird Absatz 2.
3. In § 10d Satz 5 wird die Textstelle „§ 6 Absatz 1 Nummern 1 und 3“ durch die Textstelle „§ 4 Absatz 2 Nummer 5 oder § 6 Absatz 1 Nummern 1 und 3“ ersetzt.
4. § 10e wird aufgehoben.
5. § 10j Absatz 4 wird aufgehoben.
6. § 10k erhält folgende Fassung:

„§ 10k

Angebote für den Publikumsverkehr ausschließlich für Geimpfte und Genesene mit Testnachweis
(Zwei-G-Plus-Zugangsmodell)

(1) Soweit in dieser Verordnung für Einrichtungen mit Publikumsverkehr, Gewerbebetriebe, Geschäftsräume, Gaststätten, Beherbergungsbetriebe, Veranstaltungen oder für sonstige Angebote mit Publikumsverkehr das Zwei-G-Plus-Zugangsmodell vorgeschrieben ist (obligatorisches Zwei-G-Plus-Zugangsmodell) oder dessen Einhaltung zur Bedingung für bestimmte Freistellungen von den Vorgaben dieser Verordnung gemacht wird (optionales Zwei-G-Plus-Zugangsmodell), gilt das Folgende:

1. die Vorgaben des Zwei-G-Zugangsmodells nach § 10j sind einzuhalten,
2. der Zugang zu dem Betrieb, der Einrichtung oder dem Veranstaltungsort beziehungsweise die Inanspruchnahme des Angebots ist nur solchen Kundinnen und Kunden, Nutzerinnen und Nutzern, Besucherinnen und Besuchern, Veranstaltungsteilnehmerinnen und Veranstaltungsteilnehmern oder Gästen gestattet, die einen negativen Coronavirus-

Testnachweis nach § 10h vorgelegt haben; § 10h Absatz 2 findet keine Anwendung.

Von der Pflicht zur Vorlage eines Testnachweises nach Satz 1 Nummer 2 sind geimpfte Personen nach § 2 Absatz 9 befreit, die einen Nachweis über eine Auffrischimpfung nach § 2 Absatz 6a oder einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 vorlegen; die dem Genesenennachweis zugrundeliegende Testung muss nach der Erlangung der vollständigen Schutzimpfung nach § 2 Nummer 3 SchAusnahmV erfolgt sein. § 10j Absatz 1 Satz 1 Nummern 2 und 4 gilt für die Nachweise nach Satz 1 Nummer 2 und Satz 2 entsprechend.

(2) Die Verpflichtungen nach Absatz 1 können auch dadurch erfüllt werden, dass mehrere Betreiberinnen, Betreiber, Veranstalterinnen, Veranstalter, Dienstleistungserbringerinnen oder Dienstleistungserbringer (Auftraggeberin oder Auftraggeber) eine Dienstleisterin oder einen Dienstleister beauftragen, für sie die Prüfungen nach Absatz 1 durchzuführen und Kundinnen, Kunden, Nutzerinnen, Nutzern, Besucherinnen, Besuchern, Veranstaltungsteilnehmerinnen oder Veranstaltungsteilnehmern, die die Voraussetzungen erfüllen, ein fälschungssicheres, personengebundenes, nicht übertragbares und nur an dem Tag der Prüfung gültiges Zutrittsberechtigungskennzeichen zur Verfügung zu stellen, das vor dem Betreten des Betriebs, der Einrichtung oder des Veranstaltungsortes beziehungsweise der Inanspruchnahme des Angebots als Nachweis der Zutrittsberechtigung vorzuzeigen und zu prüfen ist. Sofern die Pflicht zur Vorlage eines Testnachweises nicht nach Absatz 1 Satz 2 entfällt, darf das Zutrittsberechtigungskennzeichen nur ausgegeben werden, wenn die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung am Tag der Zurverfügungstellung des Zutrittsberechtigungskennzeichens erfolgt ist. Der Nachweis der Zutrittsberechtigung kann ausschließlich bei den von den Auftraggebenden benannten Stellen verwendet werden; die Verantwortung der Betreiberinnen, Betreiber, Veranstalterinnen, Veranstalter, Dienstleistungserbringerinnen und Dienstleistungserbringer für die Einhaltung der Vorgaben nach Absatz 1 bleibt unberührt.“

7. In Teil 3 wird hinter § 10k folgender § 10l eingefügt:

„§ 10l

Notwendige Verarbeitung bestimmter
personenbezogener Daten

Soweit es zur Erfüllung von Pflichten aufgrund dieser Verordnung erforderlich ist, sind die Verpflichteten berechtigt, personenbezogene Daten über das Vorliegen eines Coronavirus-Impfnachweises nach § 2 Absatz 5, eines Genesenennachweises nach § 2 Absatz 6, eines Nachweises über eine Auffrischimpfung nach § 2 Absatz 6a, eines negativen Coronavirus-Testnachweises nach § 10h oder eines ärztlichen Zeugnisses nach § 10j Absatz 2 oder über das Lebensalter zu verarbeiten. Die Bestimmungen des allgemeinen Datenschutzrechts bleiben unberührt. Zur Wahrung der Interessen der betroffenen Person sind technisch organisatorische Maßnahmen zu ergreifen, die sicherstellen, dass die Verarbeitung gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) (ABl. EU 2016 Nr. L 119 S. 1, L 314 S. 72, 2018 Nr. L 127 S. 2, 2021 Nr. L 74 S. 35)

erfolgt. Die für die Verarbeitung Verantwortlichen haben sicherzustellen, dass eine Kenntnisnahme der erfassten Daten durch Unbefugte ausgeschlossen ist. Die Verwendung der personenbezogenen Daten zu anderen als den in dieser Vorschrift genannten Zwecken ist untersagt. Die Daten sind unverzüglich irreversibel zu löschen, sobald diese nicht mehr für die Erfüllung der Pflichten erforderlich sind.“

8. In § 13 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 wird die Textstelle „sowie Weihnachts- und Wintermärkten“ gestrichen.
9. § 14 Absatz 2 Nummer 5 wird gestrichen.
10. § 14a wird wie folgt geändert:
- 10.1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 7 wird gestrichen.
- 10.2 In Absatz 3 wird das Komma am Ende der Nummer 8 durch einen Punkt ersetzt und die Nummer 9 gestrichen.
11. § 15 Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 wird gestrichen.
12. In § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 wird die Textstelle „§ 10k Satz 1 Nummer 2“ durch die Textstelle „§ 10k Absatz 1 Satz 1 Nummer 2“ ersetzt.
13. § 18a Absatz 1 Satz 2 erhält folgende Fassung:
„Für Verkaufsstellen und gastronomische Angebote gelten im Übrigen §§ 13 und 15 mit Ausnahme des § 15 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6.“
14. § 22 wird wie folgt geändert:
- 14.1 In Absatz 1 werden die Sätze 3 und 4 gestrichen.
- 14.2 Absatz 1a Satz 1 wird wie folgt geändert:
- 14.2.1 In Nummer 2 wird die Textstelle „Absatz 1 Sätze 6 bis 8“ durch die Textstelle „Absatz 1 Sätze 4 bis 6“ ersetzt.
- 14.2.2 In Nummer 3 wird die Textstelle „; Absatz 1 Sätze 3 und 4 gelten entsprechend“ gestrichen.
15. § 24 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- 15.1 Satz 1 erhält folgende Fassung:
„Kinder, die einer Absonderungspflicht unterliegen, dürfen nicht in Kindertagesstätten betreut werden.“
- 15.2 Es wird folgender Satz angefügt:
„Kinder, deren Pflicht zur Absonderung nach § 35 Absatz 3 Sätze 4 und 5 aufgrund einer vor dem siebten auf das nach § 35 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 maßgebliche Ereignis folgenden Tag erfolgten Testung entfällt, dürfen vor diesem Tag in der Kindertagesstätte nur betreut werden, wenn sie jeweils vor Beginn der Betreuung einem Schnelltest gemäß § 10d in der Kindertagesstätte oder durch einen Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung unterzogen wurden und dessen Ergebnis negativ ist.“
16. § 27 wird wie folgt geändert:
- 16.1 Absatz 1a erhält folgende Fassung:
„(1a) Besucherinnen und Besucher, die in die Bundesrepublik Deutschland eingereist sind und sich zu einem beliebigen Zeitpunkt in den letzten zehn Tagen vor der Einreise in einem zum Zeitpunkt der Einreise als Hochrisiko- oder Virusvariantengebiet nach § 2 Absatz 7 eingestuftes Gebiet aufgehalten haben, dürfen die in Absatz 1 genannten Einrichtungen
1. im Falle des Aufenthalts in einem zum Zeitpunkt der Einreise als Virusvariantengebiet eingestuften Gebiet für einen Zeitraum von 14 Tagen nach der Einreise und
 2. im Übrigen für einen Zeitraum von zehn Tagen nach der Einreise

nicht betreten. Das Betretungsverbot nach Satz 1 entfällt vorbehaltlich des Satzes 4 für Personen, die einen negativen Coronavirus-Testnachweis nach § 10h vorlegen; § 10h Absatz 2 findet keine Anwendung. Die dem Testnachweis nach Satz 2 zugrunde liegende Testung darf frühestens fünf Tage nach der Einreise erfolgt sein. Für das Betretungsverbot nach Satz 1 Nummer 1 gelten die Sätze 2 und 3 nur, wenn

1. das betroffene Virusvariantengebiet nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland als Hochrisikogebiet eingestuft wird, oder
2. die einreisende Person vollständig mit einem Impfstoff gegen das Coronavirus geimpft ist, für den das Robert Koch-Institut festgestellt und auf seiner Internetseite ausdrücklich bekannt gemacht hat, dass dieser Impfstoff gegen die Virusvariante hinreichend wirksam ist, derentwegen die Einstufung als Virusvariantengebiet erfolgt ist.

Das Betretungsverbot nach Satz 1 entfällt ferner, wenn das betroffene Gebiet nach der Einreise in die Bundesrepublik Deutschland nicht mehr als Hochrisikogebiet oder Virusvariantengebiet eingestuft wird.“

16.2 Absätze 2 und 2a erhalten folgende Fassung:

„(2) Für Besucherinnen und Besucher der in Absatz 1 genannten Einrichtungen gelten folgende Vorgaben:

1. Kinder unter zwölf Jahren müssen von einer volljährigen Person begleitet werden,
2. für die gesamte Besuchsdauer gilt eine Maskenpflicht nach § 8 mit folgenden Maßgaben:
 - a) Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, sind verpflichtet, eine FFP2-Maske oder eine sonstige Atemschutzmaske mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard zu tragen,
 - b) 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,
 - c) § 8 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 findet keine Anwendung,
3. die allgemeinen Hygienevorgaben nach § 5 sind einzuhalten,
4. die Kontaktdaten der Besucherinnen und Besucher sind nach § 7 zu erheben.

§ 28b IfSG bleibt unberührt. Die Einrichtungen können insbesondere zur Wahrung des Abstandsgebots die Besuchsmöglichkeit auf eine Besucherin bzw. einen Besucher zeitgleich je Patientin oder Patient und eine Besuchsdauer von je einer Stunde begrenzen; dies gilt nicht für Besuche durch eine Seelsorgerin oder einen Seelsorger sowie zur Begleitung Sterbender.

(2a) Abweichend von Absatz 2 können die in Absatz 1 genannten Einrichtungen stationsbezogen, insbesondere auf den Intensivstationen, den onkologisch-hämatologischen Stationen, den neonatologischen Stationen, den geriatrischen Stationen und Tageskliniken, den Transplantationsstationen, den kardiologischen Stationen, den herzchirurgischen Stationen, den frührehabilitativen Stationen, den COVID-19-Stationen, den Notaufnahmen sowie den Stationen mit Schwerbrandverletzten, weitere Einschränkungen für Besuche vorsehen; ein Ausschluss jeglicher Besuche ist nicht zulässig.“

17. In § 30 Absatz 3 Nummer 3 wird hinter den Wörtern „während der Arbeitszeit“ die Textstelle „unter Beachtung der arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere zu Tragezeitpausen“ eingefügt.

18. § 31 wird wie folgt geändert:

18.1 Absatz 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Das Schutzkonzept muss darüber hinaus Konkretisierungen

1. zur Umsetzung der Vorgaben zur Kontaktdatenerhebung nach § 7,
2. zur Dokumentation der besuchten Person und des Besuchszeitraums,
3. zur Einhaltung von Präventionsmaßnahmen bei der Betreuung der leistungsberechtigten Person im Hinblick auf die Minimierung der Anzahl der Betreuenden je zu betreuender Person,
4. zur Reduzierung des unmittelbaren Körperkontaktes zwischen Personen,
5. zur Einhaltung der aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst,
6. zur Durchführung von Gruppenangeboten und
7. zu Tragezeitpausen bei der Verwendung von FFP2-Masken oder sonstigen Atemschutzmasken mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard nach Maßgabe der arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen

enthalten.“

18.2 Absätze 7 und 8 erhalten folgende Fassung:

„(7) Besucherinnen und Besuchern dürfen die Einrichtungen nur betreten, wenn sie

1. einen negativen Coronavirus-Testnachweis nach § 10h vorlegen; § 10h Absatz 2 findet keine Anwendung,
2. nicht Kontaktperson nach § 35 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 2 sind und dies schriftlich bestätigen.

(8) Für die Besucherinnen und Besucher gilt vom Zeitpunkt des Betretens bis zum Zeitpunkt des Verlassens der Einrichtung die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske oder einer sonstigen Atemschutzmaske mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard; dies gilt nicht in den Außenbereichen der Einrichtung, soweit der Mindestabstand von 1,5 Metern, zum Beispiel beim Schieben eines Rollstuhls, sowie bei unmittelbarem Körperkontakt nicht eingehalten werden kann.“

18.3 Absatz 9 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Sämtliche Beschäftigte der Wohneinrichtungen haben sich,

1. sofern sie weder einen Coronavirus-Impfnachweis nach § 2 Absatz 5 noch einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 vorlegen oder
2. solange sie als Kontaktperson nach § 35 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 2 nur deshalb keiner Pflicht zur Absonderung unterliegen, weil sie die Voraussetzungen des § 35 Absatz 4 erfüllen,

an jedem Arbeitstag vor Arbeitsbeginn, und im Übrigen mindestens zweimal wöchentlich einer Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus mittels Schnelltest nach § 10d zu unterziehen; das

- Ergebnis ist der Trägerin oder dem Träger vorzulegen und von dieser oder diesem zu dokumentieren.“
19. § 31a wird wie folgt geändert:
- 19.1 In Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
 „Das Schutzkonzept nach Satz 1 muss darüber hinaus Vorgaben zu Tragezeitpausen bei der Verwendung von FFP2-Masken oder sonstigen Atemschutzmasken mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard nach Maßgabe der arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen enthalten.“
- 19.2 Absatz 5 Satz 1 erhält folgende Fassung:
 „Leistungsberechtigte von Werkstätten für behinderte Menschen und Tagesförderstätten haben sich,
 1. sofern sie weder einen Coronavirus-Impfnachweis nach § 2 Absatz 5 noch einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 vorlegen oder
 2. solange sie als Kontaktperson nach § 35 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 2 nur deshalb keiner Pflicht zur Absonderung unterliegen, weil sie die Voraussetzungen des § 35 Absatz 4 erfüllen,
 an jedem Tag der Anwesenheit in den Werkstätten oder Tagesförderstätten einer Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus mittels Schnelltest nach § 10d zu unterziehen; das Ergebnis ist der Trägerin oder dem Träger vorzulegen und von dieser oder diesem zu dokumentieren.“
- 19.3 Absatz 6 Satz 1 erhält folgende Fassung:
 „Sämtliche Beschäftigte der in Absatz 1 genannten Einrichtungen haben sich,
 1. sofern sie weder einen Coronavirus-Impfnachweis nach § 2 Absatz 5 noch einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 vorlegen oder
 2. solange sie als Kontaktperson nach § 35 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 2 nur deshalb keiner Pflicht zur Absonderung unterliegen, weil sie die Voraussetzungen des § 35 Absatz 4 erfüllen,
 an jedem Arbeitstag und im Übrigen mindestens zweimal wöchentlich einer Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus mittels Schnelltest nach § 10d zu unterziehen; das Ergebnis ist der Trägerin oder dem Träger vorzulegen und von dieser oder diesem zu dokumentieren.“
20. § 31b wird wie folgt geändert:
- 20.1 In Absatz 1 wird folgender Satz angefügt:
 „Das Schutzkonzept muss darüber hinaus Vorgaben zu Tragezeitpausen bei der Verwendung von FFP2-Masken oder sonstigen Atemschutzmasken mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard nach Maßgabe der arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen enthalten.“
- 20.2 Absatz 4 Satz 1 erhält folgende Fassung:
 „Sämtliche Beschäftigte der in Absatz 1 genannten Leistungserbringer haben sich
 1. sofern sie weder einen Coronavirus-Impfnachweis nach § 2 Absatz 5 noch einen Genesenennachweis nach § 2 Absatz 6 vorlegen oder
 2. solange sie als Kontaktperson nach § 35 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 2 nur deshalb keiner Pflicht zur Absonderung unterliegen, weil sie die Voraussetzungen des § 35 Absatz 4 erfüllen,
 an jedem Arbeitstag und im Übrigen mindestens zweimal wöchentlich einer Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus mittels Schnelltest nach § 10d zu unterziehen; das Ergebnis ist der Trägerin oder dem Träger vorzulegen und von dieser oder diesem zu dokumentieren.“
21. In § 32 Absatz 2 Nummer 3 wird hinter den Wörtern „während der Arbeitszeit“ die Textstelle „unter Beachtung der arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere zu Tragezeitpausen“ eingefügt.
22. § 35 wird wie folgt geändert:
- 22.1 Absatz 3 Satz 5 erhält folgende Fassung:
 „Für Schülerinnen und Schüler sowie in Kindertagesstätten betreute Kinder gilt Satz 4 mit der Maßgabe, dass die Testung bereits am fünften auf den vom Gesundheitsamt mitgeteilten Tag des maßgeblichen Kontakts zu der infizierten Person folgenden Tag und im Falle eines Schnelltests auch in der Schule oder in der Kindertagesstätte vorgenommen werden darf.“
- 22.2 Absatz 4 erhält folgende Fassung:
 „(4) Die Absonderungspflicht für Kontaktpersonen nach Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 2 gilt nicht für:
 1. geimpfte Personen nach § 2 Absatz 9, die über einen Nachweis über eine Auffrischimpfung nach § 2 Absatz 6a verfügen,
 2. geimpfte Personen nach § 2 Absatz 9, sofern die vollständige Schutzimpfung nach § 2 Nummer 3 SchAusnahmV nicht länger als 90 Tage zurückliegt,
 3. genesene Personen nach § 2 Absatz 10, die mindestens eine den Vorgaben nach § 2 Nummer 3 SchAusnahmV entsprechende Einzelimpfung erhalten haben,
 4. genesene Personen nach § 2 Absatz 10, sofern die dem Genesenennachweis nach § 2 Nummer 5 SchAusnahmV zugrundeliegende Testung nicht länger als 90 Tage zurückliegt.“
23. § 35a erhält folgende Fassung:
 „§ 35a
 Übergangsvorschrift zur Absonderungspflicht nach § 35
 § 35 Absatz 4 gilt auch für solche Personen, die mit Ablauf des 28. Januar 2022 einer sich unmittelbar aus § 35 Absatz 3 Satz 1 ergebenden Pflicht zur Absonderung unterlagen.“
24. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- 24.1 Nummern 109 und 110 erhalten folgende Fassung:
 109. entgegen § 16 Absatz 2 in Verbindung mit § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 10j Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 und § 10k an einer Kreuzfahrt nach dem Zwei-G-Plus-Zugangsmodell teilnimmt, ohne die erforderlichen Zugangsvoraussetzungen zu erfüllen,
 110. entgegen § 16 Absatz 2 in Verbindung mit § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und § 10j Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und § 10k bei Kreuzfahrten nach dem Zwei-G-Plus-Zugangsmodell nicht sicherstellt, dass ausschließlich Personen teilnehmen, die die erforderlichen Zugangsvoraussetzungen erfüllen,“
- 24.2 Nummern 122 und 123 erhalten folgende Fassung:
 „122. entgegen § 18 Absatz 3 Satz 2 in Verbindung mit § 10j Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 eine Einrichtung oder ein Angebot nach § 18 Absatz 3 Satz 1 nach dem Zwei-G-Zugangsmodell besucht,

- ohne die erforderlichen Zugangsvoraussetzungen zu erfüllen,
123. entgegen § 18 Absatz 3 Satz 2 in Verbindung mit § 10j Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 als Betreiberin oder Betreiber einer Einrichtung oder eines Angebots nach § 18 Absatz 3 Satz 1 nach dem Zwei-G-Zugangsmodell nicht sicherstellt, dass
- die Angebote ausschließlich von Personen wahrgenommen werden, die die erforderlichen Zugangsvoraussetzungen erfüllen,“.
- 24.3 Nummer 163 wird aufgehoben.
25. § 40 Absatz 2 erhält folgende Fassung:
„(2) Diese Verordnung tritt mit Ablauf des 26. Februar 2022 außer Kraft.“

Hamburg, den 28. Januar 2022.

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

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

A.

Anlass

Mit der Vierundsechzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung werden aufgrund der aktuellen infektionsepidemiologischen Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg die Geltungszeit der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung verlängert und systematische Anpassungen und Ergänzungen des Schutzkonzepts vorgenommen: Insbesondere wird die Möglichkeit zur Nutzung von Zutrittsberechtigungskennzeichen im Zwei-G-Plus-Zugangsmodell eingeführt, die Regelungen zur Verarbeitung personenbezogener Daten werden in einer Vorschrift zusammengefasst und die Regelungen zum Schutz vulnerabler Personen in bestimmten Einrichtungen werden ergänzt.

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 nach zwischenzeitlicher Abnahme über den Dezember seit der Jahreswende wieder stark an (Verlauf der bundesweiten 7-Tage-Inzidenz: 28. Dezember: 215,6; 29. Dezember: 205,5; 30. Dezember:

207,4; 31. Dezember: 214,9; 1. Januar: 220,3; 2. Januar: 222,7; 3. Januar: 232,4; 4. Januar: 239,9; 5. Januar: 258,6; 6. Januar: 285,9; 7. Januar: 303,4; 8. Januar: 335,9; 9. Januar: 362,7; 10. Januar: 375,7; 11. Januar: 387,9; 12. Januar: 407,5; 13. Januar: 427,7; 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); Hinweis: Bei der Interpretation der Fallzahlen ist zu beachten, dass während der Feiertage rund um den Jahreswechsel eine geringere Test- und Meldeaktivität vorgelegen haben dürfte, so dass die ausgewiesenen Daten insoweit nur ein unvollständiges Bild der epidemiologischen Lage wiedergeben.

Die Schutzmaßnahmen der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung sind 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 Ordnungsgebers über die Schutzmaßnahmen sind insbesondere die Anzahl der mit einer Coronavirus-Infektion neu in Krankenhäusern aufgenommenen Personen, die Auslastung der intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten, die unter infektionsepidemiologischen Aspekten differenzierte Anzahl der Neuinfektionen sowie die Anzahl der gegen das Coronavirus geimpften Personen berücksichtigt worden.

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte ist die Beibehaltung der bestehenden Schutzmaßnahmen dringend erforderlich, um eine effektive Eindämmung des Infektionsgeschehens zu gewährleisten und das Leben und die Gesundheit der Bevölkerung sowie die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems zu schützen. Dies gilt insbesondere, weil der Anteil der Bevölkerung, der über einen vollständigen Impfschutz verfügt, noch nicht hinreichend groß ist. Nur die vollständige Impfung und insbesondere die zusätzliche Auf-

frischimpfung 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 und zunehmende Auslastung der intensivmedizinischen Kapazitäten sowie die Dominanz der besorgniserregenden Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) gebieten besondere Vorsicht und die Beibehaltung eines hohen Schutzniveaus.

Aus diesen Gründen wird die sorgsame und kontinuierliche Evaluation des Schutzkonzepts und der einzelnen Schutzmaßnahmen auch mit dieser Verordnung konsequent fortgesetzt, um einen bestmöglichen Ausgleich zwischen dem dringend erforderlichen Schutzniveau und der grundrechtlich gebotenen Rücknahme beschränkender Schutzmaßnahmen zu gewährleisten. Dabei wird weiterhin auch die Zunahme des Anteils der Bevölkerung mit einem Impfschutz in die Bewertung der Lage und die Prüfung der Erforderlichkeit der Maßnahmen eingestellt werden. Je nach Entwicklung der epidemiologischen Lage wird der 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/Jan_2022/2022-01-26-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_2022-01-20.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 wiederholt durch ansteigende Werte der Anzahl der in Bezug auf die mit COVID-19 in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen je 100.000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen (7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz) gekennzeichnet. Zusätzlich ist noch mit einer hohen Anzahl von Nachübermittlungen und damit mit einer Erhöhung des tagesaktuell ermittelten Werts der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz zu rechnen, da die 7-Tage-Inzidenz 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: 28. Dezember: 2,05; 29. Dezember: 2,54; 30. Dezember: 2,86; 31. Dezember: 3,51; 1. Januar: 3,99; 2. Januar: 4,05; 3. Januar: 3,72; 4. Januar: 3,24; 5. Januar: 2,97; 6. Januar: 3,08; 7. Januar: 3,40; 8. Januar: 4,21; 9. Januar: 5,88; 10. Januar: 5,34; 11. Januar: 4,70; 12. Januar: 5,07; 13. Januar: 5,51; 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 (Quelle: Robert Koch-Institut, <https://www.rki.de/covid-19-trends>, Stand: 26. Januar 2022; Anmerkung: Die vom Robert Koch-Institut angegebenen Werte zu den einzelnen Tagen werden aufgrund eines Meldeverzugs regelmäßig um Nach-

meldungen ergänzt; hierdurch erhöhen sich nachträglich die zu den einzelnen Tagen angegebenen Werte).

Mit Stand vom 25. Januar 2022 befinden sich in Hamburg 552 Personen mit einer SARS-CoV-2-Infektion in Behandlung in einem Krankenhaus. 79 Personen befinden sich in intensivmedizinischer Behandlung, davon werden 44 invasiv beatmet. Unter Berücksichtigung der mit anderen Patientinnen und Patienten belegten Intensivbetten sind derzeit noch 69 Intensivbetten der insgesamt zur Verfügung stehenden 473 Intensivbetten frei (Stand: 26. Januar 2022, Quelle: DIVI-Register).

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

Die Anzahl der Neuinfektionen in der Freien und Hansestadt Hamburg steigt seit Oktober kontinuierlich stark an und liegt seit mehreren Wochen auf dem höchsten Niveau seit dem Beginn der Pandemie. Zwischen dem 19. und 26. Januar 2022 wurden insgesamt 39.065 Neuinfektionen in der Freien und Hansestadt Hamburg gemeldet. Dies entspricht 2051,25 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (7-Tage-Inzidenz; Datenstand 26. Januar 2022, 9:00 Uhr). Die Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz in den vergangenen vier Wochen stellt sich wie folgt dar: 28. Dezember: 329,76; 29. Dezember: 333,33; 30. Dezember: 360,42; 31. Dezember: 383,37; 1. Januar: 389,93; 2. Januar: 406,94; 3. Januar: 440,29; 4. Januar: 463,34; 5. Januar: 499,36; 6. Januar: 533,07; 7. Januar: 556,49; 8. Januar: 629,11; 9. Januar: 611,62; 10. Januar: 659,72; 11. Januar: 690,18; 12. Januar: 722,99; 13. Januar: 801,76; 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 (Stand: 26. Januar 2022).

Diese Betrachtung wird auch durch den Verlauf des 7-Tage-R-Werts bestätigt, der zuletzt wieder beständig über 1 gelegen hat: 28. Dezember: 1,01; 29. Dezember: 0,92; 30. Dezember: 0,91; 31. Dezember: 0,94; 1. Januar: k.A.; 2. Januar: k.A.; 3. Januar: k.A.; 4. Januar: 1,02; 5. Januar: 1,09; 6. Januar: 1,05; 7. Januar: 1,10; 8. Januar: 1,18; 9. Januar: k.A.; 10. Januar: k.A.; 11. Januar: 1,17; 12. Januar: 1,12; 13. Januar: 1,07; 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 (Stand: 26. Januar 2022). Der 7-Tage-R-Wert bildet das Infektionsgeschehen vor etwa einer Woche bis vor etwas mehr als zwei Wochen ab und ist daher für die Einschätzung der epidemiologischen Lage bedeutsam. Bei einem R-Wert über 1 steigt die tägliche Anzahl an Neuinfektionen.

Die unter infektionsepidemiologischen Aspekten differenzierte Betrachtung der Inzidenzen in zeigt, dass die Inzidenzen in allen Altersgruppen deutlich steigen. Die höchsten Werte zeigen sich hierbei bei den 6- bis 14-jährigen (7-Tage-Inzidenz von 2.309) und den 15- bis 19-jährigen (7-Tage-Inzidenz von 2.373).

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 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 Krankheitschwere erklärt sich größtenteils durch Impfungen und vorangegangene Infektionen eines Großteils der Bevölkerung, zu einem Teil aber auch durch eine Verminderung der krankmachenden Eigenschaften des Virus. Impfungen und insbesondere Boosterimpfungen schützen auch bei Omikron-Infektion vor schweren Krankheitsverläufen und Hospitalisierung (vgl. zum Vorstehenden: Zweite Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19, Ergänzende Erkenntnisse zur Omikron-Variante und notwendige Vorbereitungen des Gesundheitssystems auf die kommende Infektionswelle, 6. Januar 2022, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/1995094/0e24018c4ce234c5b9e40a83ce1b3892/2022-01-06-zweite-stellungnahme-expertenrat-data.pdf?download=1>).

Die starke Infektionsdynamik und die damit verbundene hohe Zahl von parallel auftretenden Erkrankungen droht jedoch den gegenüber der Delta-Variante gegebenen Vorteil der milderen Krankheitsverläufe quantitativ aufzuwiegen. So führen die zeitweise sehr hohen Fallzahlen in einzelnen europäischen Staaten und in den USA derzeit zu einem deutlichen Anstieg der Krankenhausaufnahmen. Aktuelle Statistiken aus verschiedenen europäischen Staaten zeigen zudem deutlich vermehrte Aufnahmen auf die Normalstationen, aber im Vergleich zu vorangegangenen Infektionswellen anteilig weniger Aufnahmen auf die Intensivstationen. Diese Entwicklung ist in der Freien und Hansestadt Hamburg bereits zu beobachten (siehe vorstehende Ausführungen). Trotz einer reduzierten Hospitalisierungsrate bei der Omikron-Variante ist bei sehr hohen Inzidenzwerten aufgrund des hohen zeitgleichen Auf-

kommens 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 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.).

80,9% der Hamburgerinnen und Hamburger haben bereits eine Erstimpfung, 79,0% eine Zweitimpfung und 49,3% haben eine Auffrischimpfung erhalten (Quelle: Digitales Impfmonitoring zur COVID-19-Impfung, Robert Koch-Institut; Stand: 26. Januar 2022). Impfungen werden sowohl durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Betriebsärztinnen und Betriebsärzte als auch durch mobile Impfteams an dezentralen Impfstellen, insbesondere in zwölf Krankenhäusern, und in Schulen durchgeführt. Bis in den jüngeren Altersgruppen, insbesondere der Altersgruppe unter 18 Jahren, eine hohe Impfquote erreicht ist, wird es noch einige Wochen dauern. Bisher haben 62,9% der 12- bis 17-Jährigen und 21,5% der 5- bis 11-Jährigen in der Freien und Hansestadt Hamburg eine Erstimpfung erhalten, 59,6% der 12- bis 17-Jährigen sind vollständig geimpft und 7,9% der 5- bis 11-Jährigen. Eine Auffrischimpfung haben 15,9% der 12- bis 17-Jährigen erhalten (Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html, Stand: 26. Januar 2022). Eine finale Version der Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung der Ständigen Impfkommission in Bezug auf Impfungen für Kinder unter zwölf Jahren wurde am 17. Dezember 2021 veröffentlicht (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/01_22.pdf).

Ein weiteres konsequentes Festhalten an den bestehenden Schutzmaßnahmen ist vor diesem Hintergrund dringend erforderlich. Insbesondere muss das Infektionsgeschehen weiter eingedämmt werden, da die Bürgerinnen und Bürger noch nicht hinreichend durch Impfungen geschützt sind. Die starke Viruszirkulation in der Bevölkerung (Community Transmission) mit Infektionen in privaten Haushalten und gastronomischen Betrieben, bei Veranstaltungen sowie in Kitas, Schulen und im beruflichen Umfeld erfordert weiterhin die konsequente Umsetzung kontaktreduzierender Maßnahmen und weiterer Schutzmaßnahmen sowie massive Anstrengungen zur Eindämmung von Ausbrüchen und Infektionsketten. Dies ist vor dem Hintergrund einer Dominanz der besorgniserregenden Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) von entscheidender Bedeutung, um die Zahl der Neuinfizierten wieder deutlich zu senken und schwere Krankheitsverläufe, intensivmedizinische Behandlungen und Todesfälle zu verhindern. Nur dadurch kann eine Überlastung des Gesundheitswesens vermieden werden. Ferner kann hierdurch mehr Zeit für die Produktion von Impfstoffen, die Durchführung von Impfungen sowie die Entwicklung von antiviralen Medikamenten gewonnen werden. Berichte über COVID-19-Langzeitfolgen mahnen ebenfalls zur Vorsicht. Bei einem exponentiellen Anstieg der Neuinfektionszahlen kann das Gesundheitswesen auch trotz des bisherigen Anteils der Hamburger Bevölkerung mit einem vollständigen Impfstatus von 79,0% 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 § 5: Die deklaratorische Regelung in Absatz 2 wird aus Klarstellungsgründen aufgehoben. Die allgemeinen Vorgaben des Arbeitsschutzes sind neben den Vorgaben der HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO wie bisher zu berücksichtigen.

Zu § 10d: Durch die Ergänzung in Satz 5 werden die in § 4 Absatz 2 Nummer 5 der Coronavirus-Testverordnung genannten Einrichtungen dazu berechtigt, PoC-NAT-Tests unter Beachtung der weiteren Voraussetzungen des § 10d durchzuführen.

Zu 10e: Die Vorschrift des § 10e kann vor dem Hintergrund der Regelung des § 28b IfSG aufgehoben werden. Entsprechend werden die Bezugnahmen auf § 10e in §§ 14, 14a und 15 gestrichen.

Zu § 10k: Durch den neu eingefügten Absatz 2 ist es im Rahmen des Zwei-G-Plus-Zugangsmodells nunmehr zulässig, vergleichbar zu der Regelung in § 10j Absatz 1, die Verpflichtungen nach § 10k Absatz 1 auch zentral durch eine Dienstleisterin oder einen Dienstleister zu erfüllen, die oder der nach Prüfung der Vorgaben zur Zutrittsberechtigung im Zwei-G-Plus-Zugangsmodell sogenannte Zutrittsberechtigungskennzeichen ausgibt. Dabei ist insbesondere sicherzustellen, dass – sofern die Vorlage eines Testnachweises erforderlich ist – das Zutrittsberechtigungskennzeichen nur ausgegeben wird, wenn die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung am Tag der Ausgabe des Zutrittsberechtigungskennzeichens erfolgt ist.

Zu § 10l: Mit der Regelung des § 10l wird eine einheitliche Grundlage für die Verarbeitung bestimmter personenbezogener Daten im allgemeinen Teil der HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO geschaffen. Konkret wird klargestellt, dass, soweit es zur Erfüllung von Pflichten aufgrund der HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO erforderlich ist, die Verpflichteten berechtigt sind, personenbezogene Daten über das Vorliegen eines Coronavirus-Impfnachweises nach § 2 Absatz 5, eines Genesenennachweises nach § 2 Absatz 6, eines Nachweises über eine Auffrischimpfung nach § 2 Absatz 6a, eines negativen Coronavirus-Testnachweises nach § 10h oder eines ärztlichen Zeugnisses nach § 10j Absatz 2 oder über das Lebensalter zu verarbeiten. Die bisherigen Regelungen des § 10j Absatz 4 sowie in § 22 Absatz 1 sind infolgedessen aufzuheben.

Zu § 18a: Durch die Änderung des Absatzes 1 Satz 2 sind, wie auch in den kulturellen Einrichtungen nach § 18 Absatz 1, nunmehr auch für gastronomische Angebote im Rahmen von Sportveranstaltungen vor Publikum Stehplätze zulässig.

Zu § 24:

Zu Absatz Satz 1: In § 35 Absätze 3 und 4 ist die Absonderungspflicht für Kontaktpersonen abschließend geregelt. Insofern bedarf es keiner zusätzlichen Regelung in § 24 mehr.

Zu Absatz 2 Satz 5: § 35 Absatz 3 regelt die Absonderungspflicht für Kontaktpersonen. Die Dauer der Absonderung beträgt dabei grundsätzlich zehn Tage; sie kann auf sieben Tage verkürzt werden, wenn dem Gesundheitsamt ein negativer Coronavirus-Testnachweis, der die dort genannten Voraussetzungen erfüllt, vorgelegt wird. Abweichend hiervon ist für Kinder, die in Kindertagesstätten betreut werden, eine Verkürzung der Absonderung auf fünf Tage möglich, vgl. § 35 Absatz 3 Satz 5. Sofern von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, ist es erforderlich, dass sich die Kinder am sechsten und siebten Tag einem zusätzlichen Schnelltest unterziehen, um das Risiko der Verbreitung des Coronavirus in Kindertagesstätten möglichst gering zu halten. Dieser Test kann sowohl in der Kindertagesstätte selbst als auch in einer anerkannten Teststelle durchgeführt werden; er muss zum jeweiligen Betreuungsbeginn vorliegen.

Zu § 27: Die Schutzmaßnahmen, die Besucherinnen und Besucher der Einrichtungen nach Absatz 1 einzuhalten haben, werden systematisch neu gefasst und vor dem Hintergrund der aktuellen epidemiologischen Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg (hierzu ausführlich unter A.) ausgeweitet. Insbesondere gilt für alle Besucherinnen und Besucher, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske oder einer sonstigen Atemschutzmaske mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard. Nach aktuellem Erkenntnisstand bieten FFP2- sowie mindes-

tens gleichwertige Masken einen deutlich höheren Schutz vor einer Infektion mit dem Coronavirus als die sogenannten OP-Masken. Für die Testpflicht aller Besucherinnen und Besucher, unabhängig von ihrem Impfstatus, wird zudem ausdrücklich auf die Vorschrift des § 28b IfSG Bezug genommen. Darüber hinaus können für die in Absatz 2a genannten Stationen weitergehende Besuchseinschränkungen erforderlich sein. Ein Ausschluss jeglicher Besuche ist hierbei jedoch nicht zulässig.

Zu §§ 30 und 32: Aus redaktionellen Gründen wird in §§ 30 und 32 klargestellt, dass bei den Regelungen zu Maskenpflichten für die Beschäftigten stets die allgemeinen arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere diejenigen zu Tragezeitpausen, zu berücksichtigen sind.

Zu §§ 31, 31a und 31b: Vor dem Hintergrund der Ausnahmen von der Absonderungspflicht nach § 35 Absatz 4 wird zum Schutz der vulnerablen Personengruppe in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe neu geregelt, dass Beschäftigte und Leistungsberechtigte, solange sie als Kontaktpersonen nach § 35 Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 und 2 nur deshalb keiner Pflicht zur Absonderung unterliegen, weil sie die Voraussetzungen des § 35 Absatz 4 erfüllen, sich einer täglichen Testung unterziehen müssen. Hierdurch soll das Risiko der Verbreitung des Coronavirus in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe möglichst gering gehalten werden. Des Weiteren wird aus redaktionellen Gründen klargestellt, dass bei den Regelungen zu Maskenpflichten stets die allgemeinen arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen zu berücksichtigen sind.

Zu § 35: Die Änderung in Absatz 3 dient der Klarstellung, dass die Testungen zur Verkürzung der Absonderung auch in der Schule oder Kindertagesstätte vorgenommen werden dürfen. Durch die Änderung des Absatzes 4 werden die Ausnahmen von der Absonderungspflicht an die unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html veröffentlichten Vorgaben des Robert Koch-Instituts angeglichen.

Zu § 35a: Mit der Übergangsvorschrift zu § 35 wird klargestellt, dass auch für solche Personen, die mit Ablauf des

28. Januar 2022 nach den bis zu diesem Zeitpunkt geltenden Vorschriften einer Pflicht zur Absonderung gemäß § 35 Absatz 3 Satz 1 unterlagen, nunmehr die angepasste Ausnahmegvorschrift des § 35 Absatz 4 in der ab dem 29. Januar 2022 geltenden Fassung gilt.

Zu § 39: Durch die Änderung von Absatz 1 werden redaktionelle Änderungen 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 26. Februar 2022 verlängert.

Im Übrigen wird auf die Begründungen zur Zweiundzwanzigsten bis Neununddreißigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 20. November 2020, 27. November 2020, 8. Dezember 2020, 14. Dezember 2020 und 22. Dezember 2020 (HmbGVBl. S. 581, 595, 637, 659 und 707) sowie vom 7. Januar 2021, 8. Januar 2021, 19. Januar 2021, 21. Januar 2021, 11. Februar 2021, 19. Februar 2021, 26. Februar 2021, 5. März 2021, 11. März 2021, 19. März 2021, 26. März 2021, 1. April 2021 und 16. April 2021 (HmbGVBl. S. 1, 10, 19, 25, 55, 70, 71, 107, 121, 137, 145, 161, 173 und 193), zur HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO vom 23. April 2021 (HmbGVBl. S. 205) sowie zur Vierzigsten bis Dreiundsechzigsten 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 und 18. Januar 2022 (HmbGVBl. S. 295, 323, 349, 367, 412, 459, 471, 485, 543, 567, 573, 625, 649, 707, 763, 789, 813, 844, 852, 924, 965, 3, 29 und 43) verwiesen.

