

HAMBURGISCHES GESETZ- UND VERORDNUNGSBLATT

TEIL I

HmbGVBl. Nr. 85		DONNERSTAG, DEN 30. DEZEMBER	2021
Tag	I n h a l t		Seite
30. 12. 2021	Sechzigste Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung ... 2126-15		965
Angaben unter dem Vorschriftentitel beziehen sich auf die Gliederungsnummern in der Sammlung der Gesetze und Verordnungen der Freien und Hansestadt Hamburg.			

Sechzigste Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung Vom 30. Dezember 2021

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 23. Dezember 2021 (HmbGVBl. S. 924), wird wie folgt geändert:

1. § 35 wird wie folgt geändert:
 - 1.1 In Absatz 2 erhalten die Sätze 2 und 3 folgende Fassung:
„Die Pflicht zur Absonderung entfällt, wenn die infizierte Person seit mindestens 48 Stunden keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 8 aufweist, frühestens jedoch am vierzehnten auf die Testung nach Satz 1 folgenden Tag oder, sofern die infizierte Person bereits vor dieser Testung typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 8 aufgewiesen hatte, am vierzehnten

auf den Beginn dieser Symptome folgenden Tag. Die Pflicht zur Absonderung entfällt ferner für geimpfte Personen nach § 2 Absatz 9 und genesene Personen nach § 2 Absatz 10, die seit der Testung nach Satz 1 sowie in engem zeitlichen Zusammenhang davor keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 8 aufgewiesen haben, wenn diese dem Gesundheitsamt einen Nachweis über ein negatives Testergebnis eines PCR-Tests oder eines durch Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung durchgeführten Schnelltests vorlegen, wobei die zugrundeliegende Testung im Falle eines PCR-Tests frühestens am fünften und im Falle eines Schnelltests frühestens am siebten auf die Testung nach Satz 1 folgenden Tag erfolgt sein darf.“

- 1.2 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- 1.2.1 In Satz 3 erhalten die Nummern 1 und 2 folgende Fassung:
- „1. in den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 am zehnten auf die Testung der infizierten Person nach Absatz 2 Satz 1 folgenden Tag oder, sofern die infizierte Person bereits vor dieser Testung typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 8 aufgewiesen hatte, am zehnten auf den Beginn dieser Symptome folgenden Tag,
2. in den Fällen des Satzes 1 Nummer 2 am zehnten auf den vom Gesundheitsamt mitgeteilten Tag des maßgeblichen Kontakts zu der infizierten Person folgenden Tag.“
- 1.2.2 Satz 4 erhält folgende Fassung:
- „Die Pflicht zur Absonderung entfällt ferner für Personen, die seit Beginn der Absonderung keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 8 aufgewiesen haben, wenn diese dem Gesundheitsamt einen Nachweis über ein negatives Testergebnis eines PCR-Tests oder eines durch Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung durchgeführten Schnelltests vorlegen; hierbei darf die zugrundeliegende Testung im Falle eines PCR-Tests frühestens am fünften Tag und im Falle eines Schnelltests frühestens am siebten Tag, der auf das nach Satz 1 Nummer 1 oder 2 maßgebliche Ereignis folgt, vorgenommen werden.“
- 1.3 In Absatz 4 werden die Wörter „für enge Kontaktpersonen“ gestrichen.
2. § 36 Absatz 2 Nummer 2 erhält folgende Fassung:
- „2. ein Tagebuch in verkörperter oder digitaler Form zu Symptomen, Körpertemperatur, allgemeinen Aktivitäten und Kontakten zu weiteren Personen zu führen.“

Hamburg, den 30. Dezember 2021.

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

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

A.

Anlass

Mit der Sechzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung werden redaktionelle Anpassungen der Regelungen zur Absonderungspflicht, die mit der Neunundfünfzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung eingeführt worden ist, vorgenommen.

Durch die weiterhin bestehenden Schutzmaßnahmen sowie die redaktionellen Klarstellungen wird der besorgniserregenden infektionsepidemiologischen Gesamtlage in der Freien und Hansestadt Hamburg begegnet, die durch eine erhebliche und weiter steigende Auslastung der intensivmedizinischen Versorgungskapazitäten, eine sehr hohe und weiterhin steigende Anzahl von Neuinfektionen, die Dominanz der besorgniserregenden Virusvariante B.1.617.2 (Delta), das Auftreten 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 in einigen Teilen des Bundesgebietes weiterhin eine besonders hohe Auslastung und Überlastung der medizinischen Versorgungskapazitäten sowie weiterhin außerordentlich hohe Neuinfektionszahlen zu beklagen sind. Dieser hohe Infektionsdruck in der Bevölkerung zieht zwangsläufig einen deutlichen Anstieg der schweren Krankheitsverläufe und der Todesfälle nach sich. Der bundesweite Wert der 7-Tage-Inzidenz erreichte im November die bisher höchsten Werte seit dem Beginn der Pandemie und ist weiterhin auf einem außerordentlich hohen Niveau (Verlauf der bundesweiten 7-Tage-Inzidenz: 29. November: 473,6; 30. November: 452,2; 1. Dezember: 442,9; 2. Dezember: 439,2; 3. Dezember: 442,1; 4. Dezember: 442,7; 5. Dezember: 439,2; 6. Dezember: 441,9; 7. Dezember: 432,2; 8. Dezember: 427; 9. Dezember: 422,3; 10. Dezember: 413,7; 11. Dezember: 402,9; 12. Dezember: 390,9; 13. Dezember: 389,2; 14. Dezember: 375,0; 15. Dezember: 353,0; 16. Dezember: 340,1; 17. Dezember: 331,8; 18. Dezember: 321,8; 19. Dezember: 315,4; 20. Dezember: 316,0; 21. Dezember: 306,4; 22. Dezember: 289,0; 23. Dezember: 280,3; 24. Dezember: 265,8; 25. Dezember: 242,9; 26. Dezember: 220,7; 27. Dezember: 222,7; 28. Dezember: 215,6; Hinweis: Während der Feiertage und zum Jahreswechsel ist bei der Interpretation der Fallzahlen zu beachten, dass mit einer geringeren Test- und Meldeaktivität zu rechnen ist, so dass die ausgewiesenen Daten nur ein unvollständiges Bild der epidemiologischen Lage).

Die Schutzmaßnahmen der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung sind an dem Schutz von Leben und Gesundheit der Bevölkerung und 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 sind die Beibehaltung und die weitere Ergänzung 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 vermittelt 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 Ordnungsgeber abzuwenden verpflichtet ist. Auch die weiterhin hohe und zunehmende Auslastung der intensivmedizinischen Kapazitäten, die Dominanz der besorgniserregenden Virusvariante B.1.617.2 (Delta) sowie das Auftreten der 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 Ordnungsgeber 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/Dez_2021/2021-12-28-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 Geimpften mit Grundimmunisierung (zweimalige Impfung) als hoch und für die Gruppe der Geimpften mit Auffrischimpfung (dreimalige Impfung) 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_2021-12-23.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 ist seit Anfang Dezember 2021 erneut 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 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: 29. November: 1,84; 30. November: 1,57; 1. Dezember: 1,46; 2. Dezember: 0,92; 3. Dezember: 1,67; 4. Dezember: 2,32; 5. Dezember: 2,97; 6. Dezember: 3,08; 7. Dezember: 2,75; 8. Dezember: 3,51; 9. Dezember: 2,70; 10. Dezember: 3,24; 11. Dezember: 3,51; 12. Dezember: 3,94; 13. Dezember: 3,78; 14. Dezember: 3,40; 15. Dezember: 3,83; 16. Dezember: 3,62; 17. Dezember: 3,83; 18. Dezember: 3,35; 19. Dezember: 3,72; 20. Dezember: 3,13; 21. Dezember: 2,43; 22. Dezember: 2,27; 23. Dezember: 2,38; 24. Dezember: 2,48; 25. Dezember: 2,43; 26. Dezember: 2,38; 27. Dezember: 2,70; 28. Dezember: 2,05 (Quelle: Robert Koch-Institut, <https://www.rki.de/covid-19-trends>, Stand: 28. Dezember 2021 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). Die 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz stieg in den Kalenderwochen 43 bis 46 insbesondere in der Altersgruppe der über 80-Jährigen stark und in der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen deutlich an.

Mit Stand vom 27. Dezember 2021 befinden sich in Hamburg 208 Personen wegen einer COVID-19-Erkrankung in einem Krankenhaus in Behandlung. 65 Personen befinden sich in intensivmedizinischer Behandlung, davon werden 37 invasiv beatmet. Unter Berücksichtigung der mit anderen Patientinnen und Patienten belegten Intensivbetten sind derzeit noch 69 Intensivbetten der insgesamt zur Verfügung stehenden 452 Intensivbetten frei (Stand: 28. Dezember 2021, Quelle: DIVI-Register).

Seit Oktober 2021 hat der prozentuale Anteil der Belegung der Intensivbetten mit COVID-19-Erkrankten zunächst kontinuierlich zugenommen und ist Anfang Dezember 2021 auf ca. 15% angestiegen. Zwar zeigt sich seit Mitte Dezember wieder eine leichte Abnahme; der Wert liegt aber nach wie vor auf einem hohen Niveau. Der jüngste Verlauf dieses Werts stellt sich wie folgt dar (alle Angaben in Prozent): 28. November: 12,68; 29. November: 13,0; 30. November: 12,77; 1. Dezember: 12,6; 2. Dezember: 12,55; 3. Dezember: 13,95; 4. Dezember: 14,71; 5. Dezember: 15,02; 6. Dezember: 15,25; 7. Dezember: 15,53; 8. Dezember: 14,83; 9. Dezember: 14,32; 10. Dezember: 14,29; 11. Dezember: 14,19; 12. Dezember: 14,63; 13. Dezember: 14,47; 14. Dezember: 13,8; 15. Dezember: 12,77; 16. Dezember: 12,92; 17. Dezember: 11,99; 18. Dezember: 11,75; 19. Dezember: 12,31; 20. Dezember: 12,42; 21. Dezember: 13,08; 22. Dezember: 14,47; 23. Dezember: 14,50; 24. Dezember: 14,00; 25. Dezember: 14,76; 26. Dezember: 14,81; 27. Dezember: 14,73 (Quelle: <https://www.rki.de/covid-19-trends>, Stand: 28. Dezember 2021). 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 ist seit Oktober stark angestiegen und liegt nunmehr auf dem höchsten Niveau seit dem Beginn der Pandemie: Zwischen dem 21. und 28. Dezember 2021 wurden insgesamt 6.280 Neuinfektionen in der Freien und Hansestadt Hamburg gemeldet. Dies entspricht 329,76 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (7-Tage-Inzidenz; Datenstand 28. Dezember 2021, 9:00 Uhr).

Seit dem 29. November 2021 ist die 7-Tage-Inzidenz weiter angestiegen: 29. November: 233,66; 30. November: 243,06; 1. Dezember: 248,31; 2. Dezember: 244,95; 3. Dezember: 238,49; 4. Dezember: 236,81; 5. Dezember: 237,55; 6. Dezem-

ber: 245,48; 7. Dezember: 244,22; 8. Dezember: 235,97; 9. Dezember: 243,33; 10. Dezember: 251,20; 11. Dezember: 249,00; 12. Dezember: 249,15 ; 13. Dezember: 259,76; 14. Dezember: 262,12; 15. Dezember: 283,70; 16. Dezember: 282,13 ; 17. Dezember: 300,67; 18. Dezember: 313,37; 19. Dezember: 314,37; 20. Dezember: 308,49; 21. Dezember: 344,04; 22. Dezember: 355,43; 23. Dezember: 360,95; 24. Dezember: 356,64; 25. Dezember: 348,29; 26. Dezember: 354,43; 27. Dezember: 345,88; 28. Dezember: 329,76 (Stand: 28. Dezember 2021, Hinweis: Während der Feiertage und zum Jahreswechsel ist bei der Interpretation der Fallzahlen zu beachten, dass mit einer geringeren Test- und Meldeaktivität zu rechnen ist, so dass die ausgewiesenen Daten nur ein unvollständiges Bild der epidemiologischen Lage ergeben). Diese Betrachtung wird auch durch den Verlauf des 7-Tage-R-Werts bestätigt, der zuletzt wieder auf einen Wert über 1 gestiegen ist: 29. November: k.A.; 30. November: 1,0; 1. Dezember: 0,92; 2. Dezember: 0,89; 3. Dezember: 0,89; 4. Dezember: 0,92; 5. Dezember: k.A.; 6. Dezember: k.A.; 7. Dezember: 0,97; 8. Dezember: 0,94; 9. Dezember: 0,94; 10. Dezember: 0,93; 11. Dezember: 0,97; 12. Dezember: k.A.; 13. Dezember: k.A.; 14. Dezember: 1,01; 15. Dezember: 1,02; 16. Dezember: 0,99 ; 17. Dezember: 1,02; 18. Dezember: 1,07; 19. Dezember: k.A. ; 20. Dezember: k.A. ; 21. Dezember: 1,08; 22. Dezember: 0,98; 23. Dezember: 0,98; 24. Dezember: 1,03; 25. Dezember: k.A. ; 26. Dezember: k.A. ; 27. Dezember: k.A.; 28. Dezember: 1,01 (Stand: 28. Dezember 2021). 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 der 50. Kalenderwoche zeigt, dass die Inzidenzen in fast allen Altersgruppen deutlich steigen. Die mit Abstand höchste 7-Tage-Inzidenz liegt weiterhin in der Altersgruppe der 6- bis 14-Jährigen mit 812 vor.

Das Infektionsgeschehen in der Freien und Hansestadt Hamburg ist aktuell noch durch die zuerst in Indien entdeckte Virusvariante B.1.617.2 (Delta) geprägt: Die Delta-Variante ist seit der Kalenderwoche 25 die dominierende Virusvariante in der Freien und Hansestadt Hamburg. In der Kalenderwoche 44 wurde der durch Sequenzierung ermittelte Anteil auf 100% bestimmt. Am 7. Dezember 2021 wurde in Hamburg erstmals die besorgniserregende Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) detektiert. Der Anteil von Infektionen mit dieser Virusvariante am Gesamtgeschehen nimmt seitdem stetig zu.

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 zu einem gewissen Maße durch ein Unterlaufen eines durch Impfung oder Genesung erworbenen Immunschutzes aus. Dies bedeutet, dass die neue Variante im Vergleich zu bisher 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 wird aktuell bereits eine nie dagewesene Verbreitungsgeschwindigkeit mit Verdopplungszeiten von etwa zwei bis drei Tagen beobachtet. Auch wenn in dieser frühen Phase der Omikronwelle die Krankheitsschwere nicht abschließend beurteilt werden kann, ist festzustellen, dass die Anzahl der Hospitalisierungen in Hotspots wie London bereits deutlich ansteigt (vgl. zum Vorstehenden: Erste Stellungnahme des Expertenrates der Bundesregierung zu COVID-19

Einordnung und Konsequenzen der Omikronwelle, 19.12.2021, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/1992410/7d068711b8c1cc02f4664eef56d974e0/2021-12-19-expertenrat-data.pdf?download=1>). Es ist daher dringend erforderlich, die zu erwartende Ausbreitung der Omikron-Variante mit entsprechenden Maßnahmen zu verlangsamen.

Beide Virusvarianten treffen auf eine Bevölkerung mit weiterhin nicht ausreichendem Impfschutz, wie aktuelle Daten nahelegen. Viele Menschen in Hamburg – insbesondere in den jüngeren Altersgruppen – haben noch keine oder nur die erste Impfdosis erhalten. Der Impfschutz ist nach der ersten Dosis aber zu gering und hält schon einer Infektion mit der Delta-Variante nicht verlässlich stand. Wer sich als Person mit unvollständigem Impfschema mit der Delta-Variante infiziert, kann lediglich mit einem geringen Impfschutz von etwa 33% rechnen. Sie oder er trägt das Virus auch mit höherer Wahrscheinlichkeit weiter, als dies bei der Alpha-Variante der Fall war. Daten zur Schwere der assoziierten Krankheitsverläufe weisen zudem darauf hin, dass Delta-Infizierte höhere Hospitalisierungsraten aufweisen könnten als Alpha-Infizierte. 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 neu auftretende besorgniserregende Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) 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 Expertennetzes der Bundesregierung zu COVID-19 Einordnung und Konsequenzen der Omikronwelle, 19.12.2021, a.a.O.).

79,1% der Hamburgerinnen und Hamburger haben bereits eine Erstimpfung erhalten, 76,7% eine Zweitimpfung und 30,8% haben eine Auffrischimpfung erhalten (Quelle: Digitales Impfmonitoring zur COVID-19-Impfung, Robert Koch-Institut; Stand: 28. Dezember 2021). 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 jedoch noch einige Wochen dauern. Bisher haben 59,7% der 12- bis 17-Jährigen in der Freien und Hansestadt Hamburg eine Erstimpfung erhalten, 54,5% dieser Altersgruppe sind vollständig geimpft und 4,2% haben eine Auffrischimpfung erhalten (Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html, Stand: 28. Dezember 2021). 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 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 Transmis-

sion) 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 der Dominanz der besorgniserregenden Virusvariante B.1.617.2 (Delta) und dem Auftreten von Infektionen mit der neuen 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. Im Falle eines erneuten exponentiellen Anstiegs der Neuinfektionszahlen kann das Gesundheitswesen auch trotz des bisherigen Anteils der Hamburger Bevölkerung mit einem vollständigen Impfstatus von 76,7% 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 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 §35: Bei den Änderungen in §35 handelt sich um redaktionelle Anpassungen und Klarstellungen.

In Absatz 2 Satz 2 wird klargestellt, dass die Pflicht zur Absonderung bei infizierten Personen, die bereits vor der positiven PCR-Testung typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus aufweisen, grundsätzlich frühestens 14 Tage nach Beginn dieser Symptome und nur sofern die betroffene Person seit mindestens 48 Stunden keine typischen Symptome einer Infektion mehr aufweist, entfällt.

Für geimpfte und genesene Personen wird in Absatz 2 Satz 3 klargestellt, dass bei Ihnen die Möglichkeit der Verkürzung der Absonderungspflicht nur dann besteht, wenn sie nicht nur

seit der Testung keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus aufweisen, sondern auch in den Tagen vor dieser Testung keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus aufgewiesen haben. Ferner wird nochmals deutlich gemacht, dass diese Personen mit einem negativen PCR-Test am fünften Tag bzw. mit einem negativen Antigen Schnelltest am siebten Tag nach der ursprünglichen positiven PCR Testung unter den genannten Voraussetzungen die Absonderung verkürzen können.

In Satz 3 Nummern 1 und 2 erfolgt die Klarstellung, dass für Haushaltsangehörige der infizierten Person am zehnten Tag entweder nach der positiven Testung der infizierten Person oder, wenn die infizierte Person bereits vor dieser Testung typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus aufgewiesen hat, nach Beginn dieser Symptome und für Personen, die das Gesundheitsamt als enge Kontaktpersonen festgestellt hat, am zehnten Tag nach dem vom Gesundheitsamt mitgeteilten maßgeblichen Tag des Kontaktes die Absonderungspflicht entfällt. In Satz 4 sind die Zeitpunkte; zu denen ein PCR Test oder Antigen Schnelltest durchgeführt werden kann, mit dem Ziel der Verkürzung der Absonderung denen angepasst worden, die für infizierte Personen gelten.

Zu § 36: In Absatz 2 Nummer 2 ist klarstellend ergänzt, dass ein Tagebuch digital oder in Papierform geführt werden kann.

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) verwiesen.

Darüber hinaus wird auf die Begründung der HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO vom 23. April 2021 (HmbGVBl. S. 205) sowie die Begründungen zur Vierzigsten bis Neunundfünfzigsten 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, 10. September 2021, 23. September 2021, 22. Oktober 2021, 19. November 2021, 26. November 2021, 3. Dezember 2021, 14. Dezember 2021, 16. Dezember 2021 und 23. Dezember 2021 (HmbGVBl. S. 295, 323, 349, 367, 412, 459, 471, 485, 543, 567, 573, 625, 649, 707, 763, 789, 813, 844, 852 und 924) verwiesen.