

HAMBURGISCHES GESETZ- UND VERORDNUNGSBLATT

TEIL I

HmbGVBl. Nr. 8	FREITAG, DEN 4. FEBRUAR	2022
Tag	Inhalt	Seite
4. 2. 2022	Fünfundsechzigste Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung 2126-15	79

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

Fünfundsechzigste Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung Vom 4. Februar 2022

Auf Grund von § 32 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 28. Januar 2022 (HmbGVBl. S. 61), wird wie folgt geändert:

1. § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird gestrichen.
2. § 10 Absatz 7 wird wie folgt geändert:
 - 2.1 Satz 3 wird gestrichen.
 - 2.2 Im neuen Satz 3 wird die Textstelle „Satz 5“ durch die Textstelle „Satz 4“ ersetzt.
 - 2.3 Der neue Satz 5 erhält folgende Fassung:
 1. die allgemeinen Hygienevorgaben nach § 5 mit Ausnahme von § 5 Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 sind einzuhalten,
 2. ein Schutzkonzept ist nach § 6 zu erstellen,
 3. (aufgehoben)
 4. in geschlossenen Räumen gilt für sämtliche anwesende Personen die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 8 mit der Maßgabe, dass die Masken während der Durchführung von Darbietungen, Ansprachen oder Vorträgen durch die vortragenden oder darbietenden Personen sowie

während des nach Satz 4 zulässigen Verzehr abgelegt werden dürfen;

für gastronomische Angebote gilt § 15.“

3. § 11 wird wie folgt geändert:
 - 3.1 Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.
 - 3.2 Absatz 3 Satz 1 Nummer 3 wird gestrichen.
 4. § 12 wird wie folgt geändert:
 - 4.1 Absatz 1 Sätze 8 und 9 werden gestrichen.
 - 4.2 Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:
 - 4.2.1 Hinter dem Wort „Personenbeförderungsgesetzes“ wird die Textstelle „in der Fassung vom 8. August 1990 (BGBl. I S. 1691), zuletzt geändert am 16. April 2021 (BGBl. I S. 822),“ eingefügt.
 - 4.2.2 Nummer 4 wird gestrichen.
 5. § 13a Satz 1 Nummer 4 wird gestrichen.
 6. § 14 wird wie folgt geändert:
 - 6.1 Absatz 1 Nummer 4 wird gestrichen.
 - 6.2 Absatz 2 Nummer 3 wird gestrichen.
 7. § 14a wird wie folgt geändert:
 - 7.1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird gestrichen.
 - 7.2 Absatz 2 Nummer 3 wird gestrichen.
 - 7.3 Absatz 3 Nummer 3 wird gestrichen.
 8. § 15 wird wie folgt geändert:

- 8.1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird gestrichen.
- 8.2 In Absatz 3 Satz 1 wird die Textstelle „Nummern 1 und 4“ durch die Textstelle „Nummer 1“ ersetzt.
9. § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird gestrichen.
10. § 17 wird wie folgt geändert:
- 10.1 Absatz 1 Nummer 4 wird gestrichen.
- 10.2 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- 10.2.1 Satz 1 Nummer 3 wird gestrichen.
- 10.2.2 In Satz 2 wird die Textstelle „Absatz 1 Satz 1 Nummern 2 bis 4“ durch die Textstelle „Absatz 1 Nummern 2 und 3“ ersetzt.
11. § 18 wird wie folgt geändert:
- 11.1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird gestrichen.
- 11.2 Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- 11.2.1 Satz 1 Nummer 4 wird gestrichen.
- 11.2.2 Satz 2 wird gestrichen.
- 11.3 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- 11.3.1 Satz 1 Nummer 3 wird gestrichen.
- 11.3.2 In Satz 2 wird die Textstelle „Absatz 1 Satz 1 Nummern 2 bis 4“ durch die Textstelle „Absatz 1 Satz 1 Nummern 2 und 3“ ersetzt.
12. § 18a wird wie folgt geändert:
- 12.1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird gestrichen.
- 12.2 Absatz 4 Satz 1 Nummer 3 wird gestrichen.
- 12.3 Absatz 5 wird wie folgt geändert:
- 12.3.1 Satz 2 Nummer 3 wird gestrichen.
- 12.3.2 Satz 3 Nummer 3 wird gestrichen.
13. § 18b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird gestrichen.
14. § 19 wird wie folgt geändert:
- 14.1 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird gestrichen.
- 14.2 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 wird gestrichen.
15. § 20 wird wie folgt geändert:
- 15.1 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- 15.1.1 In Satz 2 wird das Komma am Ende der Nummer 3 durch einen Punkt ersetzt und Nummer 4 gestrichen.
- 15.1.2 In Satz 4 wird die Textstelle „Satz 2 Nummern 2 bis 4“ durch die Textstelle „Satz 2 Nummern 2 und 3“ ersetzt.
- 15.2 Absatz 2 Satz 1 Nummer 4 wird gestrichen.
- 15.3 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
- 15.3.1 In Satz 2 wird das Komma am Ende der Nummer 3 durch einen Punkt ersetzt und Nummer 4 gestrichen.
- 15.3.2 Satz 3 Nummer 2 wird gestrichen.
- 15.3.3 In Satz 4 wird die Textstelle „Satz 2 Nummern 2 bis 4“ durch die Textstelle „Satz 2 Nummern 2 und 3“ ersetzt.
- 15.4 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- 15.4.1 Satz 1 Nummer 2 wird gestrichen.
- 15.4.2 Satz 2 wird wie folgt geändert:
- 15.4.2.1 Die Textstelle „Satz 1 Nummern 2 bis 4“ wird durch die Textstelle „Satz 1 Nummern 3 und 4“ ersetzt.
- 15.4.2.2 Das Komma am Ende der Nummer 2 wird durch einen Punkt ersetzt und Nummer 3 gestrichen.
16. § 21 Satz 1 Nummer 4 wird gestrichen.
17. § 22 wird wie folgt geändert:
- 17.1 Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen.
- 17.2 Absatz 1a Satz 1 Nummer 3 wird gestrichen.
- 17.3 Absatz 4 wird wie folgt geändert:
- 17.3.1 Satz 1 Nummer 3 wird gestrichen.
- 17.3.2 Satz 2 erhält folgende Fassung:
„Soweit Bibliotheken an Hochschulen nach Maßgabe des optionalen Zwei-G-Plus-Zugangmodells nach § 10k betrieben werden, gelten anstelle der Vorgaben nach Satz 1 die Vorgaben nach Absatz 1a Satz 1.“
18. § 25 Satz 3 erhält folgende Fassung:
„Die Trägerin oder der Träger hat ein Schutzkonzept nach Maßgabe von § 6 zu erstellen.“
19. In § 27 Absatz 2 Satz 1 wird das Komma am Ende der Nummer 3 durch einen Punkt ersetzt und Nummer 4 gestrichen.
20. § 28 Absatz 2 erhält folgende Fassung:
„(2) Einrichtungen der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe haben einrichtungsspezifische Schutzkonzepte nach Maßgabe des § 6 zu erstellen.“
21. § 31 wird wie folgt geändert:
- 21.1 Absatz 2 Nummer 1 wird gestrichen.
- 21.2 Absatz 8 erhält folgende Fassung:
„(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.“
22. § 31a Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen.
23. § 31b Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- 23.1 Satz 2 wird gestrichen.
- 23.2 Im neuen Satz 2 werden die Wörter „darüber hinaus“ gestrichen.
24. In § 32 Absatz 1 Nummer 5 wird das Komma am Ende von Buchstabe c durch einen Punkt ersetzt und Buchstabe d gestrichen.
25. § 33 Satz 1 Nummer 4 wird gestrichen.
26. § 39 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
- 26.1 In den Nummern 31 und 32 wird jeweils die Textstelle „Satz 4“ durch die Textstelle „Satz 3“ ersetzt.
- 26.2 In den Nummern 33 bis 34a wird jeweils die Textstelle „Satz 6“ durch die Textstelle „Satz 5“ ersetzt.
- 26.3 In Nummer 169 wird die Textstelle „§ 10 Absatz 7 Satz 6 Nummer 1“ durch die Textstelle „§ 10 Absatz 7 Satz 5 Nummer 1“ ersetzt.
- 26.4 In Nummer 170 wird die Textstelle „§ 10 Absatz 7 Satz 6 Nummer 2“ durch die Textstelle „§ 10 Absatz 7 Satz 5 Nummer 2“ ersetzt.
- 26.5 Das Komma am Ende von Nummer 170 wird durch einen Punkt ersetzt und die Nummern 171 und 172 werden aufgehoben.

Hamburg, den 4. Februar 2022.

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

Begründung

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

A. Anlass

Mit der Fünfundsechzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung wird eine Anpassung des Gesamtschutzkonzepts zur Eindämmung des Coronavirus vorgenommen: Die Pflicht zur Kontaktdatenerhebung wird mit Ausnahme der Kontaktdatenerhebung in Pflegeeinrichtungen vollständig aufgehoben. 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 Immunsierungsgrad 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: 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; 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; 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 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 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 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/Feb_2022/2022-02-02-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_2022-01-27.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 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: 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; 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 (Quelle: Robert Koch-Institut, <https://www.rki.de/covid-19-trends>, Stand: 2. 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 1. Februar 2022 befinden sich in Hamburg 526 Personen mit einer SARS-CoV-2-Infektion in Behandlung in einem Krankenhaus; 74 Personen befinden sich in intensivmedizinischer Behandlung, davon werden 35 invasiv beatmet. Unter Berücksichtigung der mit anderen Patientinnen und Patienten belegten Intensivbetten sind derzeit noch 67 Intensivbetten der insgesamt zur Verfügung stehenden 472 Intensivbetten frei (Stand: 2. 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): 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; 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 (Quelle: <https://www.rki.de/covid-19-trends>, Stand: 2. 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 ist seit Oktober kontinuierlich stark angestiegen 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: 3. Januar: 440,29; 4. Januar: 463,34; 05. 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; 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 (Stand: 2. Februar 2022).

Diese Betrachtung wird auch durch den Verlauf des 7-Tage-R-Werts bestätigt, der zuletzt wieder beständig über 1 gelegen hat: 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; 27. Januar: 1,21; 28. Januar: 1,06; 29. Januar: 1,11; 30. Januar: k.A.; 31. Januar: k.A.; 01. Februar: k.A.; 2. Februar: k.A. (Stand: 2. 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 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 4.820 in KW 3/2022) und den 15- bis 19-jährigen (7-Tage-Inzidenz von 3.623 in KW 3/2022).

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 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 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 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.).

81,2 % der Hamburgerinnen und Hamburger haben bereits eine Erstimpfung, 79,6 % eine Zweitimpfung und 51,6 % haben eine Auffrischimpfung erhalten (Quelle: Digitales Impfmonitoring zur COVID-19-Impfung, Robert Koch-Institut; Stand: 2. 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 63,3 % der 12- bis 17-Jährigen und 23,8 % der 5- bis 11-Jährigen in der Freien und Hansestadt Hamburg eine Erstimpfung erhalten, 60,2 % der 12- bis 17-Jährigen sind vollständig geimpft und 10,7 % der 5- bis 11-Jährigen. Eine Auffrischimpfung haben 19,0 % der 12- bis 17-Jährigen erhalten (Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html, Stand: 2. 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 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 79,6 % 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

Mit dieser Verordnung wird die Pflicht zur Kontaktdatenerhebung in sämtlichen Einrichtungen, Betrieben und Veranstaltungen, mit Ausnahme der Pflegeeinrichtungen, vollständig aufgehoben. Wie bereits unter A. erläutert, nimmt der Ordnungsgeber je nach Entwicklung der epidemiologischen Lage nicht mehr erforderliche Schutzmaßnahmen umgehend zurück. Die Erhebung personenbezogener Kontaktdaten in Einrichtungen und Betrieben sowie bei Veranstaltungen ist im Gesamtschutzkonzept des Ordnungsgebers zur Eindämmung des Coronavirus derzeit nicht mehr erforderlich. Insbesondere vor dem Hintergrund des flächendeckend eingeführten Zwei-G-Plus-Zugangsmodells und den damit verbundenen Zutrittskontrollen existiert bereits ein sehr hohes Schutzniveau. Dieses wird ergänzt durch individuelle Schutzkonzepte und Hygienemaßnahmen. Eine personenbezogene Kontaktdatenerfassung ist als zusätzliche Schutzmaßnahme deshalb nicht mehr erforderlich.

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

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 Vierundsechzigsten 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 und 28. Januar 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 und 61) verwiesen.