

# HAMBURGISCHES GESETZ- UND VERORDNUNGSBLATT

## TEIL I

HmbGVBl. Nr. 51	DONNERSTAG, DEN 29. SEPTEMBER	2022
Tag	Inhalt	Seite
28. 9. 2022	Verordnung zur Eindämmung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 in der Freien und Hansestadt Hamburg (Hamburgische SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung – HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO) ..... 2126-15	493

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

**Verordnung**  
zur Eindämmung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2  
in der Freien und Hansestadt Hamburg  
(Hamburgische SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung –  
HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO)

Vom 28. September 2022

Auf Grund von § 32 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), zuletzt geändert am 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454, 1462), in Verbindung mit dem Einzigen Paragraphen der Weiterübertragungsverordnung-Infektionsschutzgesetz vom 8. Januar 2021 (HmbGVBl. S. 9) sowie § 28b Absatz 1 Satz 9 IfSG in Verbindung mit dem Einzigen Paragraphen der Zweiten Weiterübertragungsverordnung-Infektionsschutzgesetz vom 27. September 2022 (HmbGVBl. S. 491) wird verordnet:

### Inhaltsübersicht

Teil 1	Gesundheitswesens, Alten- und Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe
<b>Allgemeine Vorschriften</b>	
§ 1 Zweck der Verordnung	
§ 2 Begriffsbestimmungen	§ 8 Pflichten während der Absonderung
Teil 2	Teil 4
<b>Besondere Vorschriften</b>	<b>Verarbeitung bestimmter personenbezogener Daten, Einschränkung von Grundrechten, Ordnungswidrigkeiten, Inkrafttreten und Außerkrafttreten</b>
§ 3 Maskenpflicht	
§ 4 Öffentlicher Personennahverkehr	
§ 5 Ausnahmen von der Testnachweispflicht	§ 9 Notwendige Verarbeitung bestimmter personenbezogener Daten
Teil 3	
<b>Absonderung von infizierten Personen</b>	§ 10 Einschränkung von Grundrechten
§ 6 Absonderungspflicht für infizierte Personen	§ 11 Ordnungswidrigkeiten
§ 7 Wiederaufnahme der Beschäftigung nach Beendigung der Absonderung für Beschäftigte in Einrichtungen des	§ 12 Inkrafttreten und Außerkrafttreten

## Teil 1

**Allgemeine Vorschriften**

## § 1

## Zweck der Verordnung

Diese Verordnung hat den Zweck, die Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus) und der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) in der Freien und Hansestadt Hamburg zu verhindern, um hierdurch die Gesundheit und das Leben der Bürgerinnen und Bürger zu schützen und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen Kritischen Infrastrukturen zu gewährleisten.

## § 2

## Begriffsbestimmungen

(1) Ein Testnachweis im Sinne dieser Verordnung ist ein Testnachweis nach § 22a Absatz 3 IfSG sowie ein Nachweis hinsichtlich des Nichtvorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn die zugrundeliegende Testung mittels PCR-Test erfolgt ist und maximal 48 Stunden zurückliegt.

(2) Eine Testung mittels PCR-Test ist eine Testung auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus, die auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht.

(3) Eine Testung mittels Schnelltest ist eine Testung auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus in Form eines PoC-Antigen-Tests. Die Tests müssen auf Grund ihrer CE-Kennzeichnung oder auf Grund einer gemäß § 11 Absatz 1 des Medizinproduktegesetzes in der Fassung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3147), zuletzt geändert am 19. Juni 2020 (BGBl. I S. 1328, 1354), erteilten Sonderzulassung verkehrsfähig sein. Ferner muss es sich um PoC-Antigen-Tests handeln, die in der vom Gesundheitssicherheitsausschuss der Europäischen Union beschlossenen Gemeinsamen Liste von Corona-Antigen-Schnelltests, die auf der Internetseite des Paul-Ehrlich-Instituts unter [https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-inhalt.html?cms\\_pos=8](https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-inhalt.html?cms_pos=8) abrufbar ist, verzeichnet sind.

(4) Haushalt im Sinne dieser Verordnung ist jede Art von Wohnung, in der eine Person allein oder gemeinsam mit anderen Personen lebt. Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner, Partnerinnen und Partner einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft sowie Verlobte gelten unabhängig vom Bestehen einer gemeinsamen Wohnung stets als Angehörige desselben Haushalts. Obdach- und Wohnungslose, die sich zu einer Schutz- und Unterstützungsgemeinschaft zusammengeschlossen haben und gemeinsam in einem Zelt- oder Schlaflager leben und schlafen, gelten als Angehörige desselben Haushalts.

(5) Öffentlicher Personennahverkehr im Sinne dieser Verordnung sind alle Formen der geschäftsmäßigen Beförderung von Personen zu Land und zu Wasser, die überwiegend dazu bestimmt sind, die Verkehrsnachfrage im Stadt-, Vorort- oder Regionalverkehr zu befriedigen.

(6) Typische Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus im Sinne dieser Verordnung sind insbesondere Symptome nach § 2 Nummer 1 zweiter Halbsatz der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung vom 8. Mai 2021 (BANz. AT 08.05.2021 V1), zuletzt geändert am 18. März 2022 (BGBl. I S. 478), in der jeweils geltenden Fassung sowie Halsschmerzen.

## Teil 2

**Besondere Vorschriften**

## § 3

## Maskenpflicht

(1) Soweit in dieser Verordnung die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske vorgeschrieben ist, sind Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben, verpflichtet, eine medizinische Maske zu tragen. Als medizinische Maske gilt eine medizinische Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) sowie eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) ohne Ausatemventil.

(2) Soweit in dieser Verordnung die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske vorgesehen ist, sind

1. Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, verpflichtet, eine FFP2-Maske oder eine sonstige Atemschutzmaske mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard ohne Ausatemventil zu tragen, und
2. Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet und das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, verpflichtet, eine medizinische Maske zu tragen.

(3) Eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder eine medizinische Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) muss nicht getragen werden von

1. Kindern, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
2. Personen, die ärztlich bescheinigt auf Grund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, einer ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankung oder einer Behinderung keine Atemschutzmaske oder medizinische Gesichtsmaske tragen können, und
3. gehörlosen und schwerhörigen Menschen und Personen, die mit ihnen kommunizieren, sowie ihren Begleitpersonen.

## § 4

## Öffentlicher Personennahverkehr

(1) In Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs nach § 2 Absatz 5 gilt für die Fahrgäste die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 3; dies gilt nicht in offenen Bereichen der Verkehrsmittel. Wird eine Beförderung nach Satz 1 mit Personenkraftwagen durchgeführt, gilt für das Fahrpersonal, sobald und solange sich mindestens ein Fahrgast im Fahrzeug befindet, die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske nach § 3.

(2) Die Betreiberinnen und Betreiber von Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs haben deren Nutzerinnen und Nutzer durch schriftliche, akustische oder bildliche Hinweise sowie durch mündliche Ermahnungen bei Nichtbeachtung im Einzelfall zur Einhaltung der vorgenannten Pflichten aufzufordern. Sie sind im Übrigen berechtigt, im Fall der Nichtbefolgung die Beförderung abzulehnen.

## § 5

## Ausnahmen von der Testnachweispflicht

Die Testnachweispflicht gemäß § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 IfSG gilt nicht für Richterinnen, Richter, Rechtspflegerinnen, Rechtspfleger, Verfahrenspflegerinnen, Verfahrenspfleger, Betreuerinnen und Betreuer, die die in § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 IfSG genannten Einrichtungen zur Wahrnehmung ihres Amtes aufsuchen.

## Teil 3

**Absonderung von infizierten Personen**

## § 6

## Absonderungspflicht für infizierte Personen

(1) Personen, deren nicht von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vom 21. September 2021 (BANz. AT 21.09.2021 V1), zuletzt geändert am 16. September 2022 (BGBl. I S. 1454, 1471), in der jeweils geltenden Fassung vorgenommene Testung mittels Schnelltest ein positives Ergebnis in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus ergeben hat, sind verpflichtet, sich unverzüglich einer Testung mittels PCR-Test oder einer durch Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommenen Testung mittels Schnelltest zu unterziehen. Satz 1 gilt nicht für Bewohnerinnen und Bewohner von Wohneinrichtungen nach § 2 Absatz 4 des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetzes (HmbWBG) vom 15. Dezember 2009 (HmbGVBl. S. 494), zuletzt geändert am 4. Oktober 2018 (HmbGVBl. S. 336), deren Testung durch die Wohneinrichtung vorgenommen worden ist, sofern die Wohneinrichtung positive Ergebnisse von Testungen ihrer Bewohnerinnen und Bewohner mittels Schnelltest über das hierfür vorgesehene digitale Meldesystem an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt; in diesem Fall gilt Absatz 2 entsprechend.

(2) Personen, deren Testung mittels PCR-Test oder deren von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommene Testung mittels Schnelltest ein positives Ergebnis in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus ergeben hat (infizierte Personen), sind verpflichtet, sich unverzüglich in ihrer Haupt- oder Nebenwohnung oder in einer anderen, eine Absonderung ermöglichenden Unterkunft abzusondern. Es ist ihnen untersagt, Besuch von Personen zu empfangen, die nicht ihrem Haushalt angehören. Die Absonderung darf zum Zwecke einer Testung nach Absatz 3 Satz 3 oder Absatz 4 Satz 1 sowie dann unterbrochen werden, wenn dies zum Schutz von Leben oder Gesundheit zwingend erforderlich ist.

(3) Die Pflicht zur Absonderung entfällt vorbehaltlich des Absatzes 4 mit Ablauf des fünften auf die Testung nach Absatz 2 Satz 1 folgenden Tages. Es wird empfohlen, auch nach diesem Zeitpunkt die Absonderung erst dann zu beenden, wenn eine Testung mittels Schnelltest oder PCR-Test ein negatives Ergebnis in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus ergeben hat. Ist die Testung nach Absatz 2 Satz 1 mittels Schnelltest erfolgt, entfällt die Pflicht zur Absonderung bereits vor dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt, sobald ein negatives Ergebnis einer nach dieser Testung vorgenommenen Testung mittels PCR-Test vorliegt.

(4) Für Patientinnen und Patienten von Krankenhäusern im Sinne von § 23 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 IfSG sowie für Bewohnerinnen und Bewohner von Wohneinrichtungen nach § 2 Absatz 4 HmbWBG entfällt die Pflicht zur Absonderung erst dann, wenn diese seit mindestens 48 Stunden keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 6 aufweisen und einen Testnachweis nach § 2 Absatz 1 vorlegen, dessen zugrundeliegende Testung nach Ablauf des fünften auf die Testung nach Absatz 2 Satz 1 folgenden Tages erfolgt ist. Absatz 3 Satz 3 gilt entsprechend.

(5) Personen,

1. die mit einer infizierten Person in einem gemeinsamen Haushalt leben,

2. denen das Gesundheitsamt mitgeteilt hat, dass sie als enge Kontaktperson einer infizierten Person gelten, wird empfohlen, Kontakte zu Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf zu reduzieren und sich an den fünf Tagen ab dem maßgeblichen Kontakt mit der infizierten Person täglich einer Testung mittels Schnelltest zu unterziehen.

(6) Sorgeberechtigte Personen oder Pflegepersonen im Sinne von § 1688 Absatz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind verpflichtet, die Einhaltung der Pflichten nach den Absätzen 1 bis 3 durch die gemeinsam mit ihnen in einem Haushalt lebenden Kinder in einer dem Entwicklungsstand entsprechenden sowie das Kindeswohl wahrenen Weise zu gewährleisten.

(7) Die Absätze 1 bis 4 gelten nicht, soweit das Gesundheitsamt im Einzelfall abweichende Anordnungen trifft. Anordnungen nach Satz 1 kommen insbesondere in Betracht in Bezug auf besorgniserregende Virusvarianten. Anordnungen nach Satz 1 kommen ferner in Betracht zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit Kritischer Infrastruktur sowie für Schülerinnen und Schüler und für in Kindertagesstätten betreute Kinder.

(8) Personen, die als Gefangene oder Untergebrachte in eine Einrichtung des Justizvollzugs aufgenommen werden, bei denen der Verdacht einer Infektion mit dem Coronavirus besteht oder eine solche nachgewiesen ist, sind von den übrigen Gefangenen und Untergebrachten im Sinne des § 30 Absatz 1 Satz 2 IfSG abzusondern.

## § 7

## Wiederaufnahme der Beschäftigung nach Beendigung der Absonderung für Beschäftigte in Einrichtungen des Gesundheitswesens,

## Alten- und Pflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe

(1) Beschäftigte der Einrichtungen und Unternehmen nach § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummern 3 bis 5 IfSG sowie sonstige Personen, die in diesen Einrichtungen und Unternehmen ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätig sind, die einer Absonderungspflicht nach § 6 Absatz 2 unterlegen haben, dürfen ihre Tätigkeit in der Einrichtung oder dem Unternehmen nur dann wieder aufnehmen, wenn sie der Betreiberin oder dem Betreiber der Einrichtung oder des Unternehmens einen Nachweis über ein negatives Ergebnis einer Testung mittels PCR-Test oder einen Nachweis einer von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommenen Testung mittels Schnelltest vorlegen und zum Zeitpunkt der Testung seit mindestens 48 Stunden keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 6 aufgewiesen haben. Als negatives Ergebnis einer Testung mittels PCR-Test nach Satz 1 gilt jedes Ergebnis, das einen cycle-threshold-Wert (CT-Wert) von über 30 ausweist. Die Testung nach Satz 1 darf bereits am letzten Tag der Absonderung nach § 6 Absatz 2 vorgenommen werden; zu diesem Zwecke darf die Absonderung unterbrochen werden; hierbei gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3.

(2) Personen nach Absatz 1 Satz 1,

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

dürfen an den fünf Tagen ab dem maßgeblichen Kontakt mit der infizierten Person ihre Tätigkeit in der betroffenen Einrichtung oder in dem betroffenen Unternehmen nur ausüben, wenn sie sich jeweils vor Arbeitsbeginn einer Testung mittels

Schnelltest unterziehen und deren Ergebnis negativ ist; dies gilt auch für Personen, die über einen Impfnachweis nach § 22a Absatz 1 IfSG oder einen Genesenennachweis nach § 22a Absatz 2 IfSG verfügen. In den Fällen von Satz 1 Nummer 2 ist das Gesundheitsamt verpflichtet, der betroffenen Person mitzuteilen, wann der maßgebliche Kontakt zu der infizierten Person stattgefunden hat.

(3) Absatz 1 gilt nicht, soweit das Gesundheitsamt im Einzelfall abweichende Anordnungen trifft. Anordnungen nach Satz 1 kommen insbesondere in Betracht in Bezug auf besorgniserregende Virusvarianten. Anordnungen nach Satz 1 kommen ferner in Betracht zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit Kritischer Infrastruktur.

#### § 8

##### Pflichten während der Absonderung

(1) Personen, für die eine Absonderungspflicht nach § 6 Absatz 2 gilt, unterliegen der Beobachtung durch das Gesundheitsamt gemäß § 29 IfSG. Sie haben alle erforderlichen Untersuchungen durch die Beauftragten des Gesundheitsamtes zu dulden und auf Verlangen des Gesundheitsamtes das erforderliche Untersuchungsmaterial bereitzustellen. Ferner sind sie verpflichtet, den Beauftragten des Gesundheitsamtes zum Zwecke der Befragung oder der Untersuchung den Zutritt zu ihrer Wohnung zu gestatten und ihnen auf Verlangen über alle ihren Gesundheitszustand betreffenden Umstände Auskunft zu geben.

(2) Personen, für die eine Absonderungspflicht nach § 6 Absatz 2 gilt, wird darüber hinaus empfohlen, eine räumliche Trennung von anderen Haushaltsangehörigen sowie geeignete Hygienemaßnahmen einzuhalten.

#### Teil 4

##### **Verarbeitung bestimmter personenbezogener Daten, Einschränkung von Grundrechten, Ordnungswidrigkeiten, Inkrafttreten und Außerkrafttreten**

#### § 9

##### 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 Impfnachweises nach § 22a Absatz 1 IfSG, eines Genesenennachweises nach § 22a Absatz 2 IfSG, eines Testnachweises nach § 2 Absatz 1 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.

#### § 10

##### Einschränkung von Grundrechten

Durch diese Verordnung werden die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes), der Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes), der Freizügigkeit (Artikel 11 Absatz 1 des Grundgesetzes) und der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

#### § 11

##### Ordnungswidrigkeiten

(1) Nach § 73 Absatz 1a Nummer 24 IfSG handelt ordnungswidrig, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 4 Absatz 1 die Pflicht zum Tragen der vorgeschriebenen Maske nicht befolgt,
2. entgegen § 6 Absatz 1 Satz 1 sich nicht unverzüglich einer Testung mittels PCR-Test oder einer Testung mittels Schnelltest durch Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung unterzieht,
3. entgegen § 6 Absatz 2 Satz 1 sich nach dem Vorliegen eines positiven Testergebnisses nicht unverzüglich in die Haupt- oder Nebenwohnung oder in einer anderen, eine Absonderung ermöglichenden Unterkunft absondert,
4. entgegen § 6 Absatz 2 Satz 2 Besuch empfängt.

(2) Die Behörde für Inneres und Sport erlässt einen Bußgeldkatalog zur Ahndung von Ordnungswidrigkeiten im Anwendungsbereich dieser Verordnung. Die im Bußgeldkatalog bestimmten Beträge sind Regelsätze. Sie gehen von gewöhnlichen Tatumständen aus.

#### § 12

##### Inkrafttreten und Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Oktober 2022 in Kraft und mit Ablauf des 29. Oktober 2022 außer Kraft.

Hamburg, den 28. September 2022.

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

**Begründung der  
Verordnung zur Eindämmung der Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2  
in der Freien und Hansestadt Hamburg**

**vom 28. September 2022**

**A. Zweck und Ziele der Verordnung**

Die Verordnung hat den Zweck, die Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (im Folgenden: Coronavirus) sowie der Coronavirus-Krankheit-2019 (im Folgenden: COVID-19) in der Freien und Hansestadt Hamburg zu verhindern, um hierdurch die Gesundheit und das Leben der Bürgerinnen und Bürger zu schützen und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen Kritischen Infrastrukturen zu gewährleisten (vgl. § 1 HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO, § 28b Absatz 6 IfSG).

**B. Das Coronavirus SARS-CoV-2 und die Krankheit COVID-19**

Die Coronavirus SARS-CoV-2-Pandemie hält weltweit und deutschlandweit an. Am 11. März 2020 wurde die Ausbreitung des Coronavirus von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Pandemie erklärt. Das Coronavirus ist hochinfektiös und hat sich in kurzer Zeit weltweit und im Bundesgebiet verbreitet. Das Virus löst die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) aus, die zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen gehört. Mit Stand vom 26. September 2022 sind weltweit über 615 Millionen Fälle einer Infektion mit dem Coronavirus gemeldet worden. Über 6,5 Millionen Menschen sind weltweit an den Folgen einer COVID-19-Erkrankung gestorben. Während des bisherigen Verlaufs der Pandemie im Bundesgebiet haben sich nachweislich 32.952.050 Menschen infiziert. 149.458 Menschen haben in Deutschland in Folge oder unter Beteiligung einer Infektion mit dem Coronavirus ihr Leben verloren (Stand: 26. September 2022). In der Freien und Hansestadt Hamburg haben sich bislang 724.372 Bürgerinnen und Bürger nachweislich mit dem Coronavirus angesteckt und es sind 3.055 Tote zu beklagen (Stand: 26. September 2022). Die epidemiologische Situation entwickelt sich weltweit und im Bundesgebiet weiterhin dynamisch. Trotz der verfügbaren Impfstoffe, die einen hochwirksamen Schutz gegen die Gefahren der Infektion mit dem Coronavirus bieten, sind weiterhin hohe Zahlen von täglichen Neuinfektionen festzustellen, die aktuell auf die Dominanz der besonders ansteckenden Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) zurückzuführen sind.

Der bisherige Pandemieverlauf zeigt, dass sich das Coronavirus ohne wirksame Eindämmungsmaßnahmen in kürzester Zeit exponentiell verbreitet, zahlreiche Erkrankungsfälle auslöst und sich ständig verändert. Wie weltweit zu beobachten war und ist, führt die ungehinderte Verbreitung des Coronavirus insbesondere in unzureichend immunisierten Populationen zu einer Überlastung der Einrichtungen des Gesundheitswesens, mit der Folge, dass nicht alle Personen, die eine medizinische Behandlung benötigen, eine solche erhalten können. Fehlende Behandlungsmöglichkeiten führen zu vermeidbaren Todesfällen einer Vielzahl von Menschen. Durch Schutzimpfungen und wirksame Eindämmungsmaßnahmen kann die Verbreitung des Coronavirus indessen so begrenzt werden, dass in ausreichendem Maße medizinische Behandlungsmöglichkeiten für alle behandlungsbedürftigen Erkrankten gewährleistet werden können.

Vor allem durch einen hohen Immunisierungsgrad der Bevölkerung kann zudem die Anzahl schwerer Erkrankungsverläufe stark gesenkt werden, wodurch Todesfälle ganz erheblich reduziert und die Kapazitäten des Gesundheitssystems vor einer Überlastung bewahrt werden können.

### 1. Erreger

SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2) ist ein neues Beta-Coronavirus, das Anfang 2020 als Auslöser von COVID-19 identifiziert wurde. Zu den Beta-Coronaviren gehören u.a. auch SARS-CoV, MERS-CoV (Middle East respiratory syndrome coronavirus) sowie die als „Erkältungsviren“ zirkulierenden humanen Coronaviren (HCoV) HKU1 und OC43. Coronaviren sind unter Säugetieren und Vögeln weit verbreitet. Sie verursachen beim Menschen vorwiegend milde Erkältungskrankheiten, können aber mitunter schwere Lungenentzündungen hervorrufen. SARS-CoV-2 verwendet das Enzym ACE-2 als Rezeptor, um in die Wirtszellen zu gelangen. Eine hohe ACE-2-Dichte besteht im Atemwegstrakt sowie im Darm, in Gefäßzellen, in der Niere, im Herzmuskel und in anderen Organen.<sup>1</sup>

Seit Beginn der Zirkulation von SARS-CoV-2 erwerben die Viren eine zunehmende Anzahl von polymorphen Nukleotidpositionen, die zu Aminosäure-Austauschen führen. Anhand derer werden die Viren in Varianten (auch: Kladen bzw. Linien) unterteilt. Diese Veränderungen des Erregergenoms können mit Veränderungen der Erregereigenschaften, bspw. mit einer höheren Übertragbarkeit, einer veränderten Immunantwort oder einem schwereren Krankheitsverlauf in Zusammenhang stehen. Wird dies für eine Virusvariante beobachtet oder nachgewiesen, erfolgt eine Einstufung als besorgniserregende Variante (engl. *variant of concern*; VOC). Varianten, die potentiell einflussnehmende Aminosäure-Austausche aufweisen wie sie auch bei VOCs vorkommen, für welche aber Eigenschaften wie eine höhere Übertragbarkeit oder eine veränderte Immunantwort nicht ausreichend nachgewiesen wurden, können als *variant of interest* (VOI) eingestuft werden und stehen unter besonderer Beobachtung.<sup>2</sup>

Am 26. November 2021 erklärte die WHO die neuartige SARS-CoV-2 Variante der Pangolin-Linie B.1.1.529 zur besorgniserregenden Virusvariante mit der Bezeichnung Omikron. Die Omikron-Variante wurde erstmals in Südafrika nachgewiesen und herrscht inzwischen weltweit vor. Phylogenetische Untersuchungen zeigen, dass Omikron sehr stark von anderen SARS-CoV-2-Varianten divergiert. Im Vergleich zum ursprünglichen SARS-CoV-2 Virus bestehen rund 50 Aminosäureänderungen, deren Mehrzahl im Spike-Protein lokalisiert ist. Für mehrere dieser Aminosäureänderungen [Spike: K417N, S477N, E484A, N501Y, D614G, H655Y, P681H] ist eine phänotypische Auswirkung beschrieben (z.B. Immunevasion) (Andreano et al., 2021; Greaney et al., 2021; Starr et al., 2020; Weisblum et al., 2020; Zahradnik et al., 2021). Die Bedeutung anderer Aminosäureänderungen ist noch unklar. Der Omikronvariante werden mittlerweile zahlreiche Sublinien zugerechnet (z.B. BA.1, BA.2, BA.2.12.1, BA.3, BA.4, BA.5), deren geographische Verteilung variiert. In Europa war initial die Sublinie BA.1 für die Mehrzahl der Omikroninfektionen

<sup>1</sup> Zum Vorstehenden: Robert Koch-Institut, Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19 (Stand 26.11.2021), [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Steckbrief.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html).

<sup>2</sup> Robert Koch-Institut, Epidemiologischer Steckbrief, a.a.O.

verantwortlich, sie wurde jedoch rasch von der übertragbareren Sublinie BA.2 verdrängt, die für einige Zeit die vorherrschende Variante war (Buda et al., 2022; Lyngse et al., 2022; Wolter et al., 2022a).<sup>3</sup>

## 2. Übertragungswege

Der Hauptübertragungsweg für SARS-CoV-2 ist die respiratorische Aufnahme virushaltiger Partikel, die beim Atmen, Husten, Sprechen, Singen und Niesen entstehen. Je nach Größe bzw. physikalischen Eigenschaften solcher Partikel unterscheidet man zwischen den größeren Tröpfchen und kleineren Aerosolen, wobei der Übergang zwischen beiden Formen fließend ist. Während insbesondere größere respiratorische Partikel schnell zu Boden sinken, können Aerosole auch über längere Zeit in der Luft schweben und sich in geschlossenen Räumen verteilen. Ob und wie schnell die Tröpfchen und Aerosole absinken oder in der Luft schweben bleiben, ist neben der Größe der Partikel von einer Vielzahl weiterer Faktoren, u. a. der Luftbewegung, der Temperatur, der Luftfeuchtigkeit und der Belüftung des Raumes, abhängig.

Beim Atmen und Sprechen, aber noch stärker beim Schreien und Singen, werden Aerosole ausgeschieden; beim Husten und Niesen entstehen zusätzlich deutlich vermehrt größere Partikel. Neben einer steigenden Lautstärke können auch individuelle Unterschiede zu einer verstärkten Freisetzung beitragen. Grundsätzlich ist die Wahrscheinlichkeit einer Exposition gegenüber infektiösen Partikeln jeglicher Größe im Umkreis von 1-2 m um eine infektiöse Person herum erhöht. Das Tragen einer Maske kann das Risiko einer Übertragung durch Partikel jeglicher Größe im unmittelbaren Umfeld um eine infizierte Person reduzieren.

Beim Aufenthalt in geschlossenen Räumen kann sich die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung durch Aerosole auch über eine Distanz von mehr als 1,5 m erhöhen, insbesondere wenn der Raum klein und schlecht belüftet ist. Längere Aufenthaltszeiten und besonders tiefes oder häufiges Einatmen durch die exponierten Personen erhöhen die Inhalationsdosis. Durch die Anreicherung und Verteilung der Aerosole im Raum ist das Einhalten eines Mindestabstandes von 1,5 m zur Infektionsprävention ggf. nicht mehr ausreichend. Auch wenn das Tragen enganliegender Masken und eine Frischluftzufuhr das Risiko senken können, kann es bei (stunden-)langen Aufenthalten in einem Raum, wie z.B. in Büroräumen, mit infektiösen Aerosolen u.U. dennoch zu relevanten Inhalationsdosen kommen. Ein extremes Beispiel ist das gemeinsame Singen in geschlossenen Räumen über einen längeren Zeitraum, wo es z. T. zu hohen Infektionsraten gekommen ist, die sonst nur selten beobachtet werden. Auch schwere körperliche Arbeit bei mangelnder Lüftung hat, bspw. in fleischverarbeitenden Betrieben, zu hohen Infektionsraten geführt. Ein effektiver Luftaustausch kann die Aerosolkonzentration in geschlossenen Räumen vermindern. Übertragungen im Außenbereich kommen hingegen insgesamt selten vor und haben einen geringen Anteil am gesamten Übertragungsgeschehen. Bei Wahrung eines Mindestabstandes von 1,5 m ist die Übertragungswahrscheinlichkeit im Außenbereich aufgrund der Luftbewegung sehr gering.<sup>4</sup>

Eine Übertragung durch kontaminierte Oberflächen ist insbesondere in der unmittelbaren Umgebung einer infektiösen Person nicht auszuschließen, da unter Laborbedingungen festgestellt wurde, dass vermehrungsfähige SARS-CoV-2-Viren auf Flächen einige Zeit infektiös bleiben können. Im

<sup>3</sup> Zum Vorstehenden: Robert Koch-Institut, SARS-CoV-2: Virologische Basisdaten sowie Virusvarianten (Stand 15.07.2022);

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Virologische\\_Basisdaten.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virologische_Basisdaten.html).

<sup>4</sup> Robert Koch-Institut, Epidemiologischer Steckbrief, a.a.O.

medizinischen Sektor sind alle potenziellen Übertragungswege von Bedeutung und müssen durch entsprechende Maßnahmen verhindert werden.

### **3. Übertragung durch asymptomatische, präsymptomatische und symptomatische Infizierte**

Im Falle einer Übertragung des Coronavirus durch eine infizierte Person wird generell unterschieden, ob die infizierte Person zum Zeitpunkt der Übertragung bereits erkrankt (symptomatisch) war, noch keine Krankheitszeichen (Symptome) entwickelt hatte (präsymptomatisches Stadium) oder auch später nie Symptome entwickelt hat (asymptomatische Infektion). Eine große Bedeutung haben Übertragungen durch infizierte Personen, die bereits symptomatisch sind. Die Symptome einer COVID-19-Erkrankung sind vielfältig und variieren in der Ausprägung. Auf eine Phase mit leichten Symptomen kann später eine Phase mit schweren Symptomen und starkem Krankheitsgefühl folgen. Typische Symptome wie Fieber oder Husten können aber auch vollständig ausbleiben. Da jedoch im Zeitraum von etwa einem bis zwei Tagen vor dem Auftreten von Symptomen eine hohe Infektiosität besteht, steckt sich ein relevanter Anteil von Personen innerhalb dieses Zeitraums bei bereits infektiösen, aber noch nicht symptomatischen Personen an. Wie groß dieser Anteil ist, kann nicht genau beziffert werden, da in vielen der Studien der „Symptombeginn“ nicht oder nicht ausreichend definiert wurde. Die Dauer von der Ansteckung (Infektion) bis zum Beginn der eigenen Ansteckungsfähigkeit (Infektiosität) ist genauso variabel wie die Inkubationszeit. Aus Einzelbeobachtungen lässt sich jedoch schließen, dass auch sehr kurze Intervalle bis zum Beginn der Ansteckungsfähigkeit möglich sind, d. h. eine Ansteckung anderer Personen am Tag nach der eigenen Infektion, möglicherweise sogar am selben Tag. Schließlich gibt es vermutlich auch Ansteckungen durch Personen, die zwar infiziert und infektiös waren, aber gar nicht erkrankten (asymptomatische Übertragung). Diese Ansteckungen spielen vermutlich jedoch eine untergeordnete Rolle.<sup>5</sup>

Zur Verminderung des Übertragungsrisikos sind in allen drei Konstellationen die schnelle Isolierung positiv getesteter Personen sowie die Identifikation und empfehlungsgerechte frühzeitige Quarantäne enger Kontaktpersonen wirksam. Die Einhaltung eines Abstands zu anderen Personen und von Hygieneregeln, das Tragen von Masken sowie Lüften (sog. „AHA+L-Regel“) sind Maßnahmen, die insbesondere auch die Übertragung im Falle einer (noch) nicht erkannten eigenen Ansteckung verhindern.<sup>6</sup>

Auch bei geimpften Personen kann es zu Ansteckungen kommen und geimpfte infizierte Personen können das Virus auch prinzipiell auf andere Personen übertragen, beides jedoch in geringerem Ausmaß als bei nicht geimpften Personen. Sowohl hinsichtlich einer Ansteckung als auch hinsichtlich einer Übertragung spielen hierbei viele Faktoren eine Rolle, vor allem der Zeitraum seit der Impfung, das Lebensalter und der verwendete Impfstoff. Bei starker Verbreitung des Coronavirus in der Bevölkerung und einem entsprechend hohem Infektionsdruck bleibt daher für alle, auch für geimpfte Personen die konsequente Anwendung der empfohlenen Infektionsschutzmaßnahmen, insb. der „AHA+L-Regel“, der Kontaktreduktion, einer allgemeinen Vorsicht und ggf. einer Testung auf das

---

<sup>5</sup> Robert Koch-Institut, Epidemiologischer Steckbrief, a.a.O.

<sup>6</sup> Robert Koch-Institut, Epidemiologischer Steckbrief, a.a.O.



Vorliegen einer Infektion wichtig, wenn das Ansteckungsrisiko, insb. bei Kontakt mit vulnerablen Personen, verringert werden soll.<sup>7</sup>

Die Omikronvariante bzw. ihre Sublinien weisen einen epidemiologischen Übertragungsvorteil gegenüber den zuvor zirkulierenden Varianten auf: Studien zur Transmission der Omikronvariante in englischen Haushalten zeigten, dass 19 % (23/121) der Omikron-Indexfälle mit Folgefällen im selben Haushalt assoziiert waren, während dies nur für 8,3 % (6.058/72.761) der Delta-Indexfälle der Fall war. Hieraus wurde ein erhöhtes Übertragungsrisiko gegenüber der Deltavariante abgeleitet, welches einer bereinigten Odds Ratio von 3,2 (95%CI 2,0-5,0,  $p < 0,001$ ) entspricht (Pulliam, van Schalkwyk et al. 2021, UK Health Security Agency 2021); dementsprechend schätzte man die effektive Reproduktionszahl  $R_E$  (Omikron) 3,2-mal höher als  $R_E$  (Delta) (Ito et al., 2021; Nishiura et al., 2021). Die  $R_E$  der Sublinie BA.2 ist 1,4-mal höher als  $R_E$  (BA.1) (Yamasoba et al., 2022). Hinweise auf einen relevanten Beitrag der Immunevasion zum Übertragungsvorteil der Omikronvariante ergaben sich aus einer dänischen Studie. Diese beschrieb höhere Ansteckungsraten unter Haushaltskontakten von Omikron-Infizierten als unter Haushaltskontakten von Delta-Infizierten, wobei sich die geringste Erhöhung der Ansteckungsraten unter ungeimpften und die stärkste Erhöhung der Ansteckungsraten unter dreifach geimpften Haushaltskontakten fand (Lyngse, Mortensen et al. 2021). Modellierungsdaten deuten darauf hin, dass zur raschen Verbreitung der Omikronvariante neben ihren immunevasiven Eigenschaften auch eine Erhöhung der intrinsischen Transmissibilität beitragen könnte, z.B. aufgrund einer geringeren minimal erforderlichen Infektionsdosis (Pearson, Silal et al. 2021).

Für die Sublinien BA.4 und BA.5 zeigte sich zunächst in Südafrika ein deutlicher Übertragungsvorteil (Tegally et al., 2022), der vermutlich auf Immunevasion (insbesondere gegenüber der durch BA.1-Infektion bedingten Immunität) zurückzuführen ist (Khan et al., 2022). Mittlerweile hat sich BA.4/BA.5 auch in vielen Ländern außerhalb Südafrikas durchgesetzt. Die Ausbreitungsdynamik variiert hierbei von Region zu Region, was die zunehmende Komplexität der weltweiten "immunity landscape" reflektiert: Beispielsweise ist während bzw. unmittelbar nach einer ausgeprägten BA.2-Welle ein hoher Populationsschutz gegen die BA.2-antigen verwandten Sublinien BA.4/BA.5 anzunehmen, so dass diese sich entsprechend langsamer ausbreiten. Im Gegensatz dazu führte z.B. in Südafrika, einem Land in dem nur wenige BA.2 Infektionen erfolgt waren, die rasche Ausbreitung von BA.4/BA.5 zu einem recht steilen Fallzahlenanstieg. Der Verlauf von Wellen mit neuen Varianten ist also auch abhängig davon, welche Varianten die vorausgegangenen Wellen bestimmt haben.<sup>8</sup>

#### 4. Symptome und Krankheitsverlauf

Die Erkrankung an COVID-19 infolge einer Infektion mit dem Coronavirus präsentiert sich mit einem breiten aber unspezifischen Symptomspektrum (siehe Abschnitt 5 „Manifestationen, Komplikationen und Langzeitfolgen“), sodass die virologische Diagnostik die tragende Säule im Rahmen der Erkennung der Infektion, des Meldewesens und der Steuerung von Maßnahmen ist. Zu den im deutschen Meldesystem am häufigsten erfassten Symptomen zählen Husten, Fieber, Schnupfen sowie Geruchs- und Geschmacksverlust. Der Krankheitsverlauf variiert stark in Symptomatik und

<sup>7</sup> Robert Koch-Institut, Epidemiologischer Steckbrief, a.a.O.

<sup>8</sup> Robert Koch-Institut, Virologische Basisdaten, a.a.O.

Schwere; es können symptomlose Infektionen bis hin zu schweren Lungenentzündungen, die zu Lungenversagen und Tod führen können, auftreten.

### **5. Manifestationen und Komplikationen**

COVID-19 kann sich in vielfältiger Weise und nicht nur in der Lunge, sondern auch in anderen Organsystemen manifestieren. Die Manifestationsorte sind u. a. von der Dichte der ACE-2-Rezeptoren in den Geweben abhängig, die dem Virus den Eintritt in die Zelle ermöglichen. Neben direkten zytopathischen (zellverändernden) Effekten werden überschießende Immunreaktionen sowie Durchblutungsstörungen in Folge einer Hyperkoagulabilität (gesteigerte Blutgerinnung) beobachtet.

Das Coronavirus verursacht sehr häufig Atemwegsinfektionen. Meist in der zweiten Krankheitswoche kann sich eine Lungenentzündung entwickeln, die in ein beatmungspflichtiges akutes Atemnotsyndrom (engl. Acute Respiratory Distress Syndrome; ARDS) fortschreiten kann, das u.U. eine Sauerstoffaufsättigung des Blutes außerhalb des Körpers (engl. Extracorporeal membrane oxygenation; ECMO) erforderlich macht.<sup>9</sup>

Zu den neurologischen Symptomen zählen u.a. Kopfschmerzen, Riech- und Geschmacksstörungen, Schwindel und Verwirrtheit und andere Beeinträchtigungen. Auch neuropsychiatrische Symptome bzw. Krankheitsbilder wie etwa (Meningo-)Enzephalopathien (Schädigung des Hirns und der Hirnhaut), Schlaganfälle sowie Fälle des Guillain-Barré- und Miller-Fisher-Syndroms sind beschrieben.

Eine Infektion mit dem Coronavirus kann ferner mit gastrointestinalen (den Magen-Darm-Trakt betreffenden) Symptomen wie Übelkeit, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen und Durchfällen sowie mit Leberfunktionsstörungen einhergehen.

Eine Betroffenheit des Herzens ließ sich bei einem Teil der an COVID-19 Erkrankten, darunter auch Kinder und Erkrankte mit mildem oder moderatem Verlauf, anhand erhöhter Herzenzyme bzw. Troponin nachweisen. Insbesondere bei schweren Infektionen der Atemwege erleidet eine Reihe von Patientinnen und Patienten Herz-Kreislauf-Erkrankungen, einschließlich Herzmuskelschädigungen und -entzündungen, akutem Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen und venösen thromboembolischen Ereignissen. Die pathologisch erhöhte Blutgerinnung geht bei schweren COVID-19-Verläufen mit einem erhöhten Risiko für Thromboembolien, u. a. in den unteren Extremitäten, sowie Lungenarterien- und zerebrovaskulären Embolien und möglichen Folgeschäden einher.

Insbesondere bei schwer erkrankten beatmungspflichtigen COVID-19-Patientinnen und -Patienten wird das Auftreten von akutem, u.U. dialysepflichtigem, Nierenversagen beobachtet.

Ferner ist eine relativ große Bandbreite an dermatologischen Manifestationen beschrieben, die jedoch insgesamt selten sind (0,2-1,2 %). Dazu zählen juckende, masern-ähnliche Ausschläge, Papeln, Rötungen und ein Nesselsucht-ähnliches Erscheinungsbild sowie Hautbläschen und Frostbeulen-ähnliche Hautläsionen. In seltenen Fällen sind schwere Durchblutungsstörungen in den Akren (Fingern und Zehen) bis hin zum Gangrän beschrieben. Das Auftreten dieser

---

<sup>9</sup> Robert Koch-Institut, Epidemiologischer Steckbrief, a.a.O.

Hautmanifestationen wird sowohl am Anfang des Krankheitsverlaufs (noch vor anderen bekannten Symptomen) als auch im späteren Krankheitsverlauf beobachtet.<sup>10</sup>

Einige Patientinnen und Patienten mit schwerem Krankheitsverlauf entwickeln 8-15 Tage nach Erkrankungsbeginn eine Verschlechterung im Sinne eines Hyperinflammationssyndroms (schwere Entzündungsreaktionen), in dessen Folge es zu einem Multiorganversagen kommen kann, das mit einer hohen Sterblichkeit assoziiert ist.<sup>11</sup>

Insbesondere schwer erkrankte COVID-19-Patientinnen und -Patienten können Infektionen mit weiteren Erregern erleiden. Zu den nachgewiesenen Erregern zählen u. a. *Mycoplasma pneumoniae*, *Candida albicans* und *Aspergillus* spp. Zudem wurden in einigen Fällen Superinfektionen mit multiresistenten Bakterien (z. B. resistente Varianten von *Klebsiella pneumoniae* oder *Acinetobacter baumannii*) festgestellt.<sup>12</sup>

Klinisch gibt es Hinweise darauf, dass Omikroninfektionen häufiger mit Halsschmerzen und seltener mit Geschmacks-/ Geruchsverlust einhergehen könnten als Deltainfektionen (UK Health Security Agency 2022). Es gibt auch bildgebende Hinweise, dass die Infektion mit der Omikronvariante den Naso- und Oropharynx-Raum sowie Tonsillen und zervikale Lymphknoten stärker betreffen könnte als Infektionen mit anderen Varianten, welche die Lungen stärker involvierten (Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging (SNMMI) 2022). Erste Daten zum klinischen Schweregrad der Infektion mit der Omikronvariante aus mehreren, aber nicht allen (Smith et al., 2022) Ländern wiesen darauf hin, dass es im Vergleich zur vermutlich virulenteren Deltavariante (Fisman and Tuite, 2021; Public Health England, 2021c; Sheikh et al., 2021) signifikant seltener zu Hospitalisierungen und zu schweren Krankheitsverläufen kommt (Iuliano et al., 2022; Nyberg et al., 2022; UK Health Security Agency, 2021a; Wang et al., 2022; Wolter et al., 2022a); wichtig ist, dass bei Kindern keine Reduktion (Nyberg, Ferguson et al. 2022) bzw. eine Erhöhung des Hospitalisierungsrisikos (Wolter, Jassat et al. 2022) im Vergleich zu Delta beobachtet werden. Desweiteren beziehen sich diese Studien nicht auf die Omikron-Sublinien BA.4/BA.5, die möglicherweise eine höhere Pathogenität aufweisen könnten als die früheren Sublinien BA.1/BA.2 (Kimura et al., 2022).

Bei der Abschätzung der variantenspezifischen, intrinsischen Krankheitsschwere sind viele epidemiologische Störfaktoren, wie z. B. die „immunity landscape“ in einer bestimmten Population zu berücksichtigen. Man geht davon aus, dass die intrinsische Virulenz der Omikronvariante unter erwachsenen immungesunden Patienten niedriger ist als die der Deltavariante, dass aber die erhöhte Immunität der Omikron-infizierten Personen wesentlich zur beobachteten geringeren Krankheitsschwere beiträgt (Bhattacharyya and Hanage, 2022). Die BA.2 Subvariante ist laut ersten klinisch-epidemiologischen Studien aus Südafrika und dem Vereinigten Königreich nicht mit stark erhöhter Krankheitsschwere verbunden (Wolter, Jassat et al. 2022). In welchem Maß Infektionen mit der Omikronvariante zu Langzeitfolgen führen, ist bislang unklar.<sup>13</sup>

## 6. Langzeitfolgen

<sup>10</sup> Robert Koch-Institut, Epidemiologischer Steckbrief, a.a.O.

<sup>11</sup> Robert Koch-Institut, Epidemiologischer Steckbrief, a.a.O.

<sup>12</sup> Robert Koch-Institut, Epidemiologischer Steckbrief, a.a.O.

<sup>13</sup> Robert Koch-Institut, Virologische Basisdaten, a.a.O.

Seit den ersten Hinweisen Mitte 2020 werden mögliche längerfristige gesundheitliche Folgen einer Infektion mit dem Coronavirus intensiv erforscht. Bislang lässt sich kein einheitliches Krankheitsbild abgrenzen und die zugrunde liegenden Mechanismen sind noch nicht klar. Es werden sehr unterschiedliche Symptome berichtet, die über Wochen und Monate fortbestehen, phasenweise wieder auftreten oder auch neu hinzukommen können. Zu den häufig genannten Beschwerden (allein oder in Kombination) zählen Müdigkeit, Erschöpfung und eingeschränkte Belastbarkeit, Kurzatmigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Schlafstörungen, Muskelschwäche und -schmerzen sowie psychische Probleme wie depressive Symptome und Ängstlichkeit. Auch eine Verschlechterung der Lungenfunktion sowie Leber- und Nierenfunktionseinschränkungen, Herzmuskelentzündungen und das Neuauftreten eines Diabetes mellitus werden beobachtet. Die Datenlage zu Kindern und Jugendlichen ist noch eingeschränkt.

Die ersten Leitlinienempfehlungen des britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) zu Diagnostik und Therapie bezeichnen Krankheitssymptome, die über mehr als vier Wochen nach der Infektion mit dem Coronavirus bzw. dem Beginn der COVID-19-Erkrankung hinaus bestehen, als „Long COVID“. Als „Post-COVID-Syndrom“ werden gesundheitliche Beschwerden definiert, die länger als zwölf Wochen nach Infektion bestehen oder nach mehr als zwölf Wochen neu auftreten und nicht anderweitig erklärbar sind. Die deutsche „S1-Leitlinie Post-COVID/Long-COVID“ berücksichtigt zudem ungeklärte Verschlechterungen von vorbestehenden Gesundheitsproblemen und bietet eine erste diagnostisch-therapeutische Orientierung. Ergänzend dazu gibt es eine Patientenleitlinie mit Informationen für Betroffene, Angehörige und pflegende Personen.

Die vorläufige Arbeitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert den „Post-COVID-19-Zustand“ als gesundheitliche Beschwerden, die länger (in der Regel drei Monate) nach einer Infektion mit dem Coronavirus fortbestehen oder neu auftreten, über längere Zeit (mindestens zwei Monate) andauern oder wiederkehrend auftreten und nicht anderweitig erklärbar sind. Für besonders alltagsrelevant hält die WHO Erschöpfung und eingeschränkte Belastbarkeit, Kurzatmigkeit in Ruhe und Einschränkungen von Konzentrations- und Merkfähigkeit („Brain Fog“). Aufgrund der begrenzten Datenlage ist unklar, ob diese Definition auf Kinder und Jugendliche übertragbar ist.<sup>14</sup>

Die bisherige Studienlage erlaubt keine verlässliche Einschätzung, wie häufig es zu Long-COVID bzw. Post-COVID kommt, zumal sich die Studien hinsichtlich der untersuchten Gruppen, erfassten Symptome und Gesundheitsprobleme und Nachbeobachtungszeiträume unterscheiden. Von stationär behandelten erkrankten Erwachsenen hatten bis zu 76 % noch sechs Monate nach Entlassung ein oder mehrere Symptome. Von den stationär behandelten Kindern und Jugendlichen hatten etwa ein Viertel, insbesondere ältere Kinder und Jugendliche, noch längerfristig mindestens ein Symptom und rund 10 % mehrere Symptome. Bevölkerungsbezogene oder Stichprobenuntersuchungen, die auch leichtere Krankheitsverläufe einbeziehen, schätzen ein geringeres Vorkommen von Langzeitsymptomen nach zwölf oder mehr Wochen zwischen rund 2 % und über 20 % bei Erwachsenen und zwischen etwa 2-12 % bei Kindern und Jugendlichen, wobei die Anteile für ältere Kinder und Jugendliche und für Jungen höher ausfallen. Grundsätzlich wird für alle Altersgruppen ein Rückgang der Symptombelastung über die Zeit beobachtet. Allerdings besteht z.T. eine Arbeitsunfähigkeit über Wochen bis Monate und Krankenversichertendaten zeigen eine häufigere Inanspruchnahme von Leistungen wegen körperlicher und psychischer Neuerkrankungen,

---

<sup>14</sup> Robert Koch-Institut, Epidemiologischer Steckbrief, a.a.O.

einen vermehrten Medikationsbedarf und eine höhere Sterblichkeit. Verschiedenste Aktivitäten und Forschungsprojekte zu chronischen Langzeitfolgen zielen ab auf Verbesserungen bei der Erfassung und Erforschung sowie bei der Versorgung und bei Unterstützungsangeboten für Betroffene.<sup>15</sup>

### **7. Dauer der Ansteckungsfähigkeit (Kontagiosität)**

Der genaue Zeitraum, in dem infizierte Personen ansteckend (kontagiös) sind, ist nicht klar definiert. Als sicher gilt, dass die Ansteckungsfähigkeit in der Zeit kurz vor und nach Symptombeginn am größten ist und dass ein erheblicher Teil von Übertragungen bereits vor dem Auftreten erster klinischer Symptome erfolgt. Zudem ist gesichert, dass bei normalem Immunstatus die Ansteckungsfähigkeit im Laufe der Erkrankung abnimmt, und dass schwer erkrankte Personen mitunter länger infektiöses Virus ausscheiden als Patientinnen und Patienten mit leichter bis moderater Erkrankung. Nach derzeitigem Kenntnisstand geht bei leichter bis moderater Erkrankung die Ansteckungsfähigkeit innerhalb von zehn Tagen nach Symptombeginn deutlich zurück. Bei schweren Krankheitsverläufen und bei Vorliegen einer Immunschwäche können Patientinnen und Patienten auch noch erheblich länger als zehn Tage nach Symptombeginn ansteckend sein. Anders als das replikationsfähige Virus selbst ist die RNA von SARS-CoV-2 bei vielen Erkrankten noch Wochen nach Symptombeginn mittels PCR-Untersuchung nachweisbar. Diese positiven PCR-Ergebnisse sind jedoch nicht mit Ansteckungsfähigkeit gleichzusetzen. Die Angaben zur Ansteckungsfähigkeit variieren. Eine Ursache hierfür ist die uneinheitliche (oder fehlende) Definition des Symptombeginns; außerdem wird eine unspezifische Initialsymptomatik nicht von allen Patientinnen und Patienten als Krankheitsbeginn erkannt und mitgeteilt.<sup>16</sup>

### **8. Angaben zu hospitalisierten COVID-19-Erkrankten und Letalität**

In einer Analyse der Daten aus dem deutschen Meldesystem (bis Februar 2021) wurden kumulativ ca. 10 % der in Deutschland übermittelten Fälle hospitalisiert. In Auswertungen der Daten der ersten und zweiten COVID-19-Welle in Deutschland wurde dieser Anteil auf insgesamt 33 % geschätzt. Hierbei gab es jedoch deutliche altersspezifische Unterschiede: während jüngere Altersgruppen unter 15 Jahren nur sehr selten intensivmedizinisch behandelt werden, lag der Anteil bei hospitalisierten COVID-19-Fällen ab 35 Jahren bei mindestens 27 %, und am häufigsten wurden Patienten und Patientinnen in der Altersgruppe 60 bis 79 Jahre intensivmedizinisch behandelt (41 %). In einer Analyse der Daten der ersten und zweiten COVID-19-Welle in Deutschland (bis Februar 2021) wurden insgesamt 20 % der hospitalisierten COVID-19-Fälle beatmet. Im Median waren diese Patientinnen und Patienten 73 Jahre alt. In einer Analyse von Versichertendaten (bis September 2020) wurden 15 % der hospitalisierten COVID-19-Fälle beatmet und waren im Median 70 Jahre alt.<sup>17</sup>

Untersuchungen zur aktuellen Omikron-Variante zeigen, dass die Hospitalisierungsrate, der Anteil der Fälle bei denen eine Intensivbehandlung notwendig ist und die Aufenthaltsdauer bei Infektionen mit Omikron im Vergleich zu Infektionen mit der Delta-Variante verringert ist (CDC 2022). Durch die hohen Fallzahlen liegt die vom RKI berechnete adjustierte 7-Tage-Inzidenz in Deutschland im März jedoch konstant bei über 10 hospitalisierten und mit SARS-CoV-2 infizierten Personen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Epidemiologische Studien weisen zudem darauf hin, dass für

<sup>15</sup> Robert Koch-Institut, Epidemiologischer Steckbrief, a.a.O.

<sup>16</sup> Robert Koch-Institut, Epidemiologischer Steckbrief, a.a.O.

<sup>17</sup> Robert Koch-Institut, Epidemiologischer Steckbrief, a.a.O.

geimpfte Personen mit einer Omikroninfektion ein geringeres Hospitalisierungsrisiko als für geimpfte Personen mit einer Deltainfektion besteht (Ferguson, Ghani et al. 2021, Tseng, Ackerson et al. 2022, Wolter, Jassat et al. 2022). Eine dreimalige Impfung verringerte das Hospitalisierungsrisiko einer Omikroninfektion (Collie, Champion et al. 2021, UK Health Security Agency 2021, Tseng, Ackerson et al. 2022). Hinsichtlich der Herausforderungen für das Gesundheitssystem muss dabei auch die Zahl der Infizierten berücksichtigt werden.<sup>18</sup>

Insgesamt sind unter Dominanz der Vorgängervarianten der Omikron-Variante 1,8 % aller Personen, für die bestätigte SARS-CoV-2-Infektionen in Deutschland übermittelt wurden, im Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung verstorben (Stand: 23.11.2021). Seit zunehmendem Auftreten der schlussendlich dominanten Omikron-Variante, hat die Fallsterblichkeit in Deutschland jedoch deutlich abgenommen. Im Zeitraum vom 1. Dezember 2021 bis zum 30. März 2022 verstarben ca. 0,2 % der in diesem Zeitraum bestätigten Fälle von SARS-CoV-2-Infektionen. Durch die hohe Anzahl täglicher Neuinfektionen lag die dem Robert Koch-Institut gemeldete Anzahl Verstorbener bundesweit im März jedoch weiterhin auf einem hohen Niveau.

## 9. Immunität

Eine Infektion mit dem Coronavirus bewirkt die Bildung verschiedener Antikörper, die im Median in der zweiten Woche nach Symptombeginn nachweisbar sind. Auch neutralisierende Antikörper sind in der Regel am Ende der zweiten Woche nach Symptombeginn nachweisbar. Zwar können neutralisierende Antikörper über mehrere Monate nach einer Infektion nachgewiesen werden, jedoch nimmt der Titer der neutralisierenden wie auch der Gesamt-IgG-Antikörper, insbesondere bei Personen mit milder oder asymptomatischer Infektion, mit der Zeit wieder ab. Es ist unklar, zu welchem Grad die Antikörper-Titer mit einem Schutz vor einer Reinfektion oder schweren Erkrankung korrelieren. Die B-Gedächtniszell-Antwort entwickelt sich während der ersten sechs Monate nach Infektion. Bei schweren COVID-19-Verläufen mit Todesfolge wurde eine Hemmung des B-Zell-Reifungsprozesses beschrieben. Es ist noch unklar, ob eine solche Störung auch bei mildereren Verläufen auftritt. Möglicherweise trägt eine Antigenpersistenz zur Entwicklung der B-Zell-Antwort bei, die bei Reinfektion vor einer erneuten Erkrankung schützt. Aktuell werden zahlreiche potentielle immunologische Biomarker zur Detektion einer Infektion mit dem Coronavirus bzw. bezüglich ihrer Eignung für eine Prognoseabschätzung untersucht. Darüber hinaus existieren Hinweise, dass sowohl beim Menschen als auch im Tiermodell eine geschlechtsspezifische Immunantwort die Schwere der Erkrankung beeinflusst. Auch wenn die bisherigen Studienergebnisse keine protektive Immunität beweisen, legt der Nachweis potenter neutralisierender Antikörper einen Schutz vor schweren Krankheitsverläufen mit erhöhter Überlebenswahrscheinlichkeit nahe. Diese Antikörper schützen zumindest partiell vor Reinfektionen mit aktuell zirkulierenden SARS-CoV-2-Stämmen.

Omikron besitzt immunevasive Eigenschaften, die bei nur zweifach Geimpften sowie bei ungeimpften Genesenen stärker zum Tragen kommen als bei dreifach Geimpften (Schmidt, Muecksch et al. 2021, Wilhelm, Widera et al. 2021). Die Schutzwirkung der Impfung gegen Infektion bzw. Transmission ist im Vergleich zu früheren Varianten reduziert, wobei immungesunde Geimpfte einen guten Schutz vor schwerer Erkrankung aufweisen, insbesondere nach dreifacher Impfung. Die neuen Omikron-Sublinien BA.2.12.1 und BA.4/BA.5 weisen gegenüber der durch Omikron-BA.1 induzierten

---

<sup>18</sup> Robert Koch-Institut, Virologische Basisdaten, a.a.O.

Immunantwort einen Escape auf. Dies ist ein Indiz für die fortlaufende Anpassung des Virus an den durch Populationsimmunität bedingten Selektionsdruck.<sup>19</sup>

## 10. Impfung

Seit dem 26. Dezember 2020 wird in Deutschland gegen COVID-19 geimpft ([www.rki.de/covid-19-impfen](http://www.rki.de/covid-19-impfen)). Eine systematische Aufarbeitung und Bewertung der Daten zur Wirksamkeit und Sicherheit der in Deutschland verfügbaren Impfstoffe sowie der Effektschätzer für schwere COVID-19-Verläufe in den priorisierten Risikogruppen ist in den Wissenschaftlichen Begründungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut (STIKO) zu finden. Für weitergehende Informationen wird im Übrigen auf fortlaufend aktualisierten Informationen des Robert Koch-Instituts verwiesen (<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/COVID-19.html>).

### C. Folgen einer ungehinderten Verbreitung des Coronavirus

Die vorliegenden wissenschaftlichen Daten sowie der bisherige Pandemieverlauf in zahlreichen Mitgliedstaaten der EU sowie weltweit zeigen, dass sich das Coronavirus ohne Schutzmaßnahmen, die seine Verbreitung wirksam eindämmen, aufgrund seiner vorherrschenden Übertragungswege in kürzester Zeit exponentiell insbesondere in unzureichend immunisierten Teilen der Bevölkerung verbreitet und zahlreiche Erkrankungsfälle auslöst. Dies wird auch dadurch befördert, dass Personen – wie unter B. dargelegt – bereits dann das Coronavirus auf andere Personen übertragen können, wenn bei ihnen (noch) keine Krankheitssymptome aufgetreten sind. Zudem ist das Krankheitsbild klinisch von anderen Atemwegserkrankungen oftmals nicht zu unterscheiden und auch asymptomatisch verlaufende Krankheitsfälle sind bekannt.

Der bisherige Pandemieverlauf der vergangenen zweieinhalb Jahre hat zudem gezeigt, dass eine ungehinderte Verbreitung des Coronavirus aufgrund des unter B. dargelegten Anteils der erkrankten Personen, die auf eine medizinische Behandlung und insbesondere auf eine stationäre Behandlung im Krankenhaus angewiesen sind, zu einer Überlastung der Einrichtungen des Gesundheitswesens führt, mit der Folge, dass nicht alle erkrankten Personen ausreichend versorgt werden können. Auch der Anteil des infizierten und daher entweder aufgrund eigener Erkrankung oder der erforderlichen Isolation ausfallenden Personals hat hier einen sehr großen Einfluss. Fehlende Behandlungsmöglichkeiten können zu vermeidbaren Todesfällen führen. Demgegenüber zeigen die Erfahrungen des bisherigen Pandemieverlaufs in Deutschland und in anderen Staaten, dass durch wirksame Schutzmaßnahmen die Verbreitung des Coronavirus in der Bevölkerung so eingedämmt werden kann, dass in ausreichendem Maße Behandlungsmöglichkeiten für alle Erkrankten, die solcher bedürfen, gewährleistet werden können.

Die Belastung des Gesundheitssystems hängt maßgeblich von der regionalen Verbreitung des Coronavirus, den hauptsächlich betroffenen Bevölkerungsgruppen, den vorhandenen Behandlungskapazitäten sowie den eingeleiteten kollektiven und individuellen Gegenmaßnahmen (z.B. Isolation, Quarantäne, Kontaktreduktion, „AHA-L-Regeln“ und Tragen von Masken) ab. Die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland wird weiterhin durch das Robert Koch-Institut als hoch eingeschätzt (siehe hierzu im Folgenden unter D.). Eine erhebliche Infektionswelle kann zu einem Zustand führen, in dem das öffentliche Gesundheitswesen sowie die

---

<sup>19</sup> Robert Koch-Institut, Virologische Basisdaten, a.a.O.

Einrichtungen der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung örtlich so stark belastet werden, dass deren Funktionalität nicht verlässlich in jedem Einzelfall aufrechterhalten werden kann.

#### **D. Die aktuelle infektionsepidemiologische Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg**

Wegen der aktuellen infektionsepidemiologischen Lage wird auf die täglichen Lageberichte des Robert Koch-Instituts ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Sept\\_2022/2022-09-26-de.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Sept_2022/2022-09-26-de.pdf)) sowie die Veröffentlichungen der Freien und Hansestadt Hamburg (<https://www.hamburg.de/coronavirus>) verwiesen. Das Robert Koch-Institut schätzt die derzeitige Gefährdung durch COVID-19 für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland insgesamt als hoch ein. Diese Einschätzung kann sich kurzfristig durch neue Erkenntnisse ändern ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht\\_2022-09-22.pdf](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-09-22.pdf)).

Die aktuelle infektionsepidemiologische Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg ist durch eine erhebliche und zurzeit wieder ansteigende Anzahl von täglichen Neuinfektionen, eine stabile, aber fortbestehende Belastung der medizinischen Versorgungskapazitäten, die Dominanz der Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) sowie einen hohen Immunisierungsgrad der Bevölkerung durch Impfungen geprägt. Im Einzelnen:

Die Lage im Gesundheitssystem der Freien und Hansestadt Hamburg war im Juli 2022 im Rahmen der sogenannten „Sommerwelle“ durch eine moderate bis teils hohe Anzahl der innerhalb der jeweils vergangenen sieben Tage mit COVID-19 in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen je 100.000 Einwohner (7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz) gekennzeichnet. Die Hospitalisierungsinzidenz, die im Juli 2022 wieder bis auf einen Wert über 4 angestiegen war, hat sich mittlerweile wieder stabilisiert. Der Verlauf der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz in der Freien und Hansestadt Hamburg innerhalb der letzten Wochen stellt sich nach den Berechnungen des Robert Koch-Instituts im Einzelnen wie folgt dar: 27. August: 1,78; 28. August: 1,57; 29. August: 1,24; 30. August: 1,78; 31. August: 1,19; 1. September: 0,70; 2. September: 2,00; 3. September: 2,21; 4. September: 2,21; 5. September: 2,00; 6. September: 2,11; 7. September: 0,92; 8. September: 0,92; 9. September: 1,08; 10. September: 1,24; 11. September: 1,08; 12. September: 0,92; 13. September: 1,40; 14. September: 1,67; 15. September: 2,21; 16. September: 2,48; 17. September: 2,54; 18. September: 2,32; 19. September: 1,73; 20. September: 1,83; 21. September: 1,46; 22. September: 1,51; 23. September: 1,35; 24. September: 1,40; 25. September: 1,24; 26. September: 1,13 (Quelle: Robert Koch-Institut, <https://www.rki.de/covid-19-trends>, Stand: 26. September 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 23. September 2022 befanden sich in Hamburg 188 Personen mit einer SARS-CoV-2-Infektion in Behandlung in einem Krankenhaus. Davon befanden sich 173 Personen in Behandlung auf Normalstationen und 15 Personen in intensivmedizinischer Behandlung. Die Anzahl von COVID-19-Patientinnen und Patienten auf den Normalstationen und den Intensivstationen ist in den letzten Wochen konstant geblieben. Unter Berücksichtigung der mit anderen Patientinnen und Patienten belegten Intensivbetten waren noch 68 Intensivbetten für Erwachsene frei.



Zwischen dem 17. September und dem 24. September wurden in der Freien und Hansestadt Hamburg insgesamt 3.928 Neuinfektionen gemeldet. Dies entspricht einer 7-Tage-Inzidenz von 206,25 Neuinfektionen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (Stand: 24. September 2022, 9:00 Uhr). Die Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz in den vergangenen Wochen stellt sich im Einzelnen wie folgt dar: 27. August: 235,55; 28. August: k.A.; 29. August: k.A.; 30. August: 200,43; 31. August: 201,74; 1. September: 196,17; 2. September: 189,61; 3. September: 181,31; 4. September: k.A.; 5. September: k.A.; 6. September: 189,56; 7. September: 170,23; 8. September: 180,11; 9. September: 177,01; 10. September: 175,96; 11. September: k.A.; 12. September: k.A.; 13. September: 182,47; 14. September: 198,22; 15. September: 187,56; 16. September: 192,86; 17. September: 198,33; 18. September: k.A.; 19. September: k.A.; 20. September: 193,81; 21. September: 184,78; 22. September: 192,29; 23. September: 195,07; 24. September: 206,25; 25. September: k.A.; 26. September: k.A.; 27. September: 213,34; 28. September: 232,93 (Stand: 28. September 2022).

Diese Entwicklung wird auch durch den jüngsten Verlauf des 7-Tage-R-Werts bestätigt. Dieser Wert bildet das Infektionsgeschehen von vor etwa einer Woche bis vor etwas mehr als zwei Wochen ab und ist daher für die Einschätzung der epidemiologischen Lage bedeutsam. Bei einem Wert über 1 steigt die tägliche Anzahl an Neuinfektionen, bei einem R-Wert unter 1 sinkt diese. Aktuell bewegt sich der 7-Tage-R-Wert zumeist um 1 herum: 27. August: 0,99; 28. August: k.A.; 29. August: k.A.; 30. August: 0,79; 31. August: 0,88; 1. September: 0,82; 2. September: 0,71; 3. September: 0,80; 4. September: k.A.; 5. September: k.A.; 6. September: 0,93; 7. September: 1,09; 8. September: 1,04; 9. September: 1,05; 10. September: 1,10; 11. September: k.A.; 12. September: k.A.; 13. September: 0,78; 14. September: 0,93; 15. September: 0,92; 16. September: 1,05; 17. September: 1,05; 18. September: k.A.; 19. September: k.A.; 20. September: 0,87; 21. September: 1,01; 22. September: 0,96; 23. September: 1,02; 24. September: 1,06; 25. September: k.A.; 26. September: k.A. (Stand: 26. September 2022).

Das Infektionsgeschehen in der Freien und Hansestadt Hamburg ist gegenwärtig durch die Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) geprägt. Der Anteil von Infektionen mit dieser Virusvariante an den Neuinfektionen liegt bei 100 %. Diese Virusvariante zeichnet sich durch eine stark gesteigerte Übertragbarkeit und in einem gewissen Maße durch ein Unterlaufen eines durch Impfung oder Genesung erworbenen Immunschutzes aus. Dies bedeutet, dass sie im Vergleich zu zuvor vorherrschenden Virusvarianten mehrere ungünstige Eigenschaften vereint. Sie infiziert in kürzester Zeit deutlich mehr Menschen und bezieht auch Geimpfte und Genesene stärker in das Infektionsgeschehen ein. Von der Omikron-Variante zirkuliert in der Freien und Hansestadt Hamburg derzeit im Wesentlichen die Untervariante BA.5, deren Anteil am Infektionsgeschehen in der Kalenderwoche 36 bei 86,1 % lag. Die in der Kalenderwoche 1 zum ersten Mal in der Freien und Hansestadt Hamburg nachgewiesene Omikron-Sublinie BA.2 wurde in der Kalenderwoche 36 in 2,5 % der Stichproben nachgewiesen und die Omikron-Sublinie BA.4 in 11,4 % der Stichproben. Aller Voraussicht nach werden diese beiden Sublinien auch in den nächsten Wochen das Infektionsgeschehen dominieren. Hinsichtlich der Eigenschaften der Omikron-Variante wird auf die entsprechenden Ausführungen unter B. Bezug genommen.

Der Anteil der Bevölkerung der Freien und Hansestadt Hamburg, der über einen Impfschutz verfügt, ist im bundesweiten Vergleich besonders hoch. 86,7 % der Hamburgerinnen und Hamburger haben eine Erstimpfung, 84,4 % eine Zweitimpfung und 66,2 % eine Auffrischimpfung erhalten (Quelle: Digitales Impfmonitoring zur COVID-19-Impfung, Robert Koch-Institut; Stand: 26. September 2022).

In den jüngeren Altersgruppen haben bisher 80,7 % der 12- bis 17-Jährigen und 30,1 % der 5- bis 11-Jährigen eine Erstimpfung sowie 75,9 % der 12- bis 17-Jährigen und 24,6 % der 5- bis 11-Jährigen eine Zweitimpfung erhalten. Von den über 60-Jährigen sind 98,4 % grundimmunisiert, 92,2 % haben eine erste Auffrischimpfung und 34,1 % auch bereits eine zweite Auffrischimpfung erhalten (Quelle: Robert Koch-Institut, [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html), Stand: 26. September 2022).

Im Vergleich zu vorhergehenden Infektionswellen kommt es zwar durch die besonderen Eigenschaften der Omikron-Variante zu einer nicht unerheblichen Anzahl von Infektionen, auch unter Geimpften und Genesenen; diese verlaufen aber häufig leicht bis moderat. Die noch erhebliche Viruszirkulation in der Bevölkerung (sog. Community Transmission) erfordert aber weiterhin die Einhaltung bestimmter angepasster Schutzmaßnahmen, um insbesondere vulnerable Personengruppen weiterhin zu schützen und hierdurch schwere Krankheitsverläufe, intensivmedizinische Behandlungen und Todesfälle zu verhindern. Dass der Schutz vulnerabler Personengruppen besondere Priorität hat, hat zuletzt auch noch einmal der Expertenrat der Bundesregierung in seiner 10. Stellungnahme zu COVID-19 ausdrücklich bekräftigt (vgl. zum Vorstehenden: Zweite Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19, Zur Notwendigkeit des Infektionsschutzes für pflegebedürftige Menschen in Pflegeeinrichtungen; 24. Mai 2022,

<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2044366/6c102f8bc3d30995e3a1bbe5cf4bf320/2022-05-27-10-stellungnahme-infektionsschutz-pflege-data.pdf>).

In der 11. Stellungnahme zu COVID-19 zur Pandemievorbereitung auf den Herbst/Winter 2022/23 führt der Expertenrat der Bundesregierung zudem aus, dass es wahrscheinlich sei, dass das Gesundheitssystem und die kritische Infrastruktur aufgrund der immer noch verbleibenden Immunitätslücke in Deutschland und der abnehmenden Immunität im Laufe der Zeit (sog. Immune Waning), der fortschreitenden Virusevolution und der Krankheitsaktivität durch COVID-19 und andere Atemwegserreger im kommenden Herbst/Winter 2022/23 erneut erheblich belastet werden könnte. Der Einfluss von neuen Virusvarianten sei zum jetzigen Zeitpunkt unklar und könne den Schutz vor Infektion und Erkrankung, insbesondere im Falle einer zunehmenden Immunflucht, ungünstig beeinflussen. In allen drei Szenarien, die der Expertenrat für den Herbst/Winter 2022/23 skizziert, sind zumindest Basisschutzmaßnahmen und insbesondere Maßnahmen zum Schutz von Risikogruppen notwendig (vgl. zum Vorstehenden: Elfte Stellungnahme des ExpertInnenrates der Bundesregierung zu COVID-19, Pandemievorbereitung auf Herbst/Winter 2022/23, <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2048684/fe0a6178b1b60172726d4f859acb4b1d/2022-06-08-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf>).

Aus den vorstehenden Gründen ist es erforderlich, die an die aktuelle infektionsepidemiologische Lage angepassten Basisschutzmaßnahmen zu ergreifen, um insbesondere in Einrichtungen des Gesundheitswesens und in Einrichtungen mit vulnerablen Personen Leben und die Gesundheit zu schützen und hierdurch zugleich die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen Kritischen Infrastrukturen zu gewährleisten.

Die Hamburgische SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung verfolgt den Zweck, die Verbreitung des Coronavirus und von COVID-19 in der Freien und Hansestadt Hamburg zu verhindern, um hierdurch die Gesundheit und das Leben der Bürgerinnen und Bürger zu schützen und die Funktionsfähigkeit

des Gesundheitssystems und der sonstigen Kritischen Infrastrukturen zu gewährleisten (vgl. § 1 HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO, § 28b Absatz 6 IfSG). Mit diesem Zweck trägt der Verordnungsgeber seiner aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes folgenden Verpflichtung zum Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit der Bürgerinnen und Bürger Rechnung.

Der Schutz dieser Rechtsgüter, zu dem der Verordnungsgeber verfassungsrechtlich verpflichtet ist, steht auch in einem angemessenen Verhältnis zu den aus den Schutzmaßnahmen im Einzelnen folgenden Einschränkungen grundrechtlicher Freiheiten sowie den sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgewirkungen.

Der Verordnungsgeber wird – wie bisher – das Infektionsgeschehen sowie die Wirkung der Schutzmaßnahmen weiter kontinuierlich evaluieren und Schutzmaßnahmen, die im Einzelnen nicht mehr erforderlich sind, umgehend aufheben, sobald das Infektionsgeschehen dies zulässt.

### **E. Das Schutzkonzept der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung**

Um die vorgenannten Ziele vor dem Hintergrund der unter D. dargestellten gegenwärtigen infektionsepidemiologischen Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg wirksam zu erreichen und hierbei zugleich die Ausübung grundrechtlicher Freiheiten der Bürgerinnen und Bürger geringstmöglich einzuschränken, enthält die Hamburgische SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung ein Gesamtkonzept von Basisschutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus und von COVID-19.

Dieses Konzept sieht in Ergänzung zu den bereichsspezifischen Maßnahmen des Bundes, die in § 28b Absatz 1 IfSG geregelt sind, zum Schutz besonders vulnerabler Menschen sowie zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen Kritischen Infrastrukturen insbesondere vor:

1. eine Maskenpflicht im öffentlichen Personennahverkehr als Basisschutzmaßnahme sowie
2. Regelungen zur Absonderung von infizierten Personen.

Die an die aktuelle infektionsepidemiologische Lage angepassten Basisschutzmaßnahmen der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung sind am insbesondere am Schutz von Leben und Gesundheit durch Verhinderung einer Vielzahl schwerer Krankheitsverläufe, am Schutz vulnerabler Personengruppen und der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen Kritischen Infrastrukturen ausgerichtet und vor dem Hintergrund der aktuellen infektionsepidemiologischen Lage zur Erreichung dieser Ziele weiterhin erforderlich. Bei der Bewertung der infektionsepidemiologischen Lage und der hierauf gestützten Entscheidung des Verordnungsgebers über die Schutzmaßnahmen sind insbesondere die Anzahl der mit einer Coronavirus-Infektion neu in Krankenhäusern aufgenommene Personen, die Auslastung und Verfügbarkeit der stationären Versorgungskapazitäten, die Anzahl der Neuinfektionen sowie die Anzahl der gegen das Coronavirus geimpften Personen berücksichtigt worden. Der Verordnungsgeber wird im Übrigen neue Indikatoren in die Lagebewertung ergänzend einstellen, sobald diese fachwissenschaftlich zur Verfügung stehen.

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte sind die verbleibenden Basisschutzmaßnahmen erforderlich, um die Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) in der Freien und Hansestadt Hamburg zu verhindern, die Gesundheit und das Leben der Bürgerinnen und Bürger zu schützen und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen Kritischen Infrastrukturen zu gewährleisten. Die kontinuierliche Evaluation des Schutzkonzepts und der einzelnen Schutzmaßnahmen wird auch mit dieser Verordnung konsequent fortgesetzt, um einen bestmöglichen Ausgleich zwischen dem erforderlichen Schutzniveau und der grundrechtlich gebotenen Rücknahme beschränkender Schutzmaßnahmen zu gewährleisten.

Darüber hinaus hat der Verordnungsgeber bei der ihm obliegenden Gestaltung des Schutzkonzepts pflichtgemäß insbesondere auch den bisherigen Verlauf der Epidemie und die Infektionsdynamik in der Freien und Hansestadt Hamburg, die Gesamtzahl der Infektionsfälle und ihre Verteilung in den Altersgruppen der Bevölkerung, die besondere Schutzbedürftigkeit vulnerabler Personengruppen, die Kapazität, Auslastung und Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems, die zuvor unter B. dargelegten epidemiologischen und infektiologischen Erkenntnisse zur Verbreitung des Coronavirus

sowie seine bisherigen Erfahrungen und die vorliegenden wissenschaftlichen Daten zur Wirkung der Schutzmaßnahmen berücksichtigt.

In Ausübung der ihm insoweit zustehenden Einschätzungsprärogative (vgl. Hamburgisches Oberverwaltungsgericht, Beschluss vom 1. April 2021, 5 Bs 54/21; Beschluss vom 18. November 2020, 5 Bs 209/20, juris Rn. 28; Beschluss vom 20. Mai 2020, 5 Bs 77/20, juris Rn. 28; Beschluss vom 30. April 2020, 5 Bs 64/20, juris Rn. 21, jeweils m.w.N.; Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 23. März 2020, OVG 11 S 12/20, juris Rn. 10) hat der Verordnungsgeber stets und für jede Schutzmaßnahme gesondert deren Auswirkungen auf andere Rechtsgüter sowie die grundrechtlich geschützten Freiheiten der betroffenen Grundrechtsträger einschließlich der übergreifenden sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgewirkungen in seine Entscheidungen eingestellt.

Die einzelnen Schutzmaßnahmen der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung sowie deren Gesamtkonzept finden ihre Rechtsgrundlagen in § 32 Satz 1 IfSG in Verbindung mit §§ 28 Absatz 1 Satz 1 und 2, 28b, 29, 30 und 31 IfSG.

Die in der Verordnung geregelten Schutzmaßnahmen sind vor dem Hintergrund der unter D. dargestellten aktuellen epidemiologischen Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg jeweils für sich betrachtet sowie insgesamt im Rahmen des in der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung umgesetzten Schutzkonzepts geeignet und dringend erforderlich, um die Verbreitung des Coronavirus und von COVID-19 in der Freien und Hansestadt Hamburg zu verhindern, die Gesundheit und das Leben der Bürgerinnen und Bürger zu schützen und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen Kritischen Infrastrukturen zu gewährleisten.

Der Schutz dieser Rechtsgüter, zu dem der Verordnungsgeber verfassungsrechtlich verpflichtet ist, steht auch in einem angemessenen Verhältnis zu den aus den Schutzmaßnahmen im Einzelnen folgenden Einschränkungen grundrechtlicher Freiheiten sowie den sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgewirkungen.

Die Geltungsdauer der Verordnung wird – wie bisher – auf vier Wochen bis zum Ablauf des 29. Oktober 2022 befristet. Der Verordnungsgeber wird weiterhin das Infektionsgeschehen sowie die Wirkung der Schutzmaßnahmen kontinuierlich evaluieren und Schutzmaßnahmen, die im Einzelnen nicht mehr erforderlich sind, umgehend aufheben, sobald das Infektionsgeschehen dies zulässt.

#### **F. Systematik der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung**

Das Gesamtkonzept zur Verhinderung der Verbreitung des Coronavirus und von COVID-19 ist in den vier Teilen der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung wie folgt umgesetzt:

**Teil 1** enthält Regelungen zum Zweck der Verordnung sowie Begriffsbestimmungen.

**Teil 2** beinhaltet die Regelungen zum Grundtatbestand der Maskenpflicht sowie die Maskenpflicht für den öffentlichen Personennahverkehr sowie eine Regelung zur erforderlichen Befreiung von bundesgesetzlich geregelten Testnachweispflichten in § 28b Absatz 1 IfSG.

**Teil 3** regelt die Absonderung von infizierten Personen.

**Teil 4** enthält Regelungen zur notwendigen Verarbeitung personenbezogener Daten sowie zur Wahrung des verfassungsrechtlichen Zitiergebots, die erforderlichen Ordnungswidrigkeitstatbestände sowie Regelungen zum Inkrafttreten und Außerkrafttreten dieser Verordnung.

#### **G. Die Regelungen der Verordnung im Einzelnen**

**Zu § 1:** In dieser Regelung ist in Übereinstimmung mit § 28b IfSG der Zweck der Verordnung festgelegt. Die Verordnung hat den Zweck, die Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus) und der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) in der Freien und Hansestadt Hamburg zu verhindern, um hierdurch die Gesundheit und das Leben der Bürgerinnen und Bürger zu schützen und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen Kritischen Infrastrukturen zu gewährleisten.

**Zu § 2:** Diese Regelung enthält Begriffsbestimmungen, die in der Verordnung wiederholt verwendet werden. In Absatz 1 wird klargestellt, dass für den Begriff des Testnachweises die Legaldefinition in § 22a Absatz 3 IfSG gilt sowie ergänzend bestimmt, dass auch PCR-Testungen hierunter fallen. In den Absätzen 2 und 3 werden die in der Verordnung benutzten Begriffe des „PCR-Tests“ und des „Schnelltests“ definiert. Ferner werden in den Absätzen 4 und 5 die Begriffe des „Haushaltes“ und des „öffentlichen Personennahverkehrs“ legaldefiniert. In Absatz 6 ist klargestellt, dass die typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus entsprechend der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung (SchAusnahmV) definiert werden. Soweit die zuvor genannten Begriffe in der Verordnung verwendet werden, entspricht ihre Bedeutung den genannten Legaldefinitionen.

**Zu § 3:** Die Vorschrift regelt im Sinne eines allgemeinen Tatbestands den konkreten Inhalt und Umfang der Maskenpflicht, soweit die Verordnung eine solche anordnet.

Die Maskenpflicht ist eine Schutzmaßnahme, die insbesondere in geschlossenen Räumen die Infektionswahrscheinlichkeit für die anwesenden Personen erheblich reduziert und hierdurch die Anzahl der Neuinfektionen in der Bevölkerung insgesamt reduzieren kann. Es liegen zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen vor, die die hohe Wirksamkeit dieser Schutzmaßnahme dokumentieren (vgl. nur: Brooks, Butler, 2021, Effectiveness of Mask Wearing to Control Community Spread of SARS-CoV-2, Infectious Diseases, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2776536>; Andrejko et al. 2022, Effectiveness of Face Mask or Respirator Use in Indoor Public Settings for Prevention of SARS-CoV-2 Infection, [https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7106e1.htm?s\\_cid=mm7106e1\\_w](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7106e1.htm?s_cid=mm7106e1_w); Bagheri et al. 2021, An upper bound on one-to-one exposure to infectious human respiratory particles, <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.2110117118>). Auch der Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 Absatz 9 IfSG ([https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/S/Sachverstaendig\\_enausschuss/BER\\_ifSG-BMG.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/S/Sachverstaendig_enausschuss/BER_ifSG-BMG.pdf)) kommt zu dem Schluss, dass das Tragen medizinischer Masken und Atemschutzmasken ein sehr wirksames Instrument in der Pandemiebewältigung sein kann und eine medizinische Maske oder Atemschutzmaske – richtig getragen – die Übertragung von aerosolgetragenen Infektionen minimiert. Die epidemiologisch messbare Wirksamkeit von Gesichtsmasken sei durch mehrere Evidenzgrade belegt. Ferner hat auch der ExpertInnenrat in seiner 11. Stellungnahme dargelegt, dass eine vorübergehende Maskenpflicht (medizinischer Mund-/Nasenschutz, möglichst FFP2) ein wirksames und schnelles Instrument zur Infektionskontrolle darstellt

(<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2048684/fe0a6178b1b60172726d4f859acb4b1d/2022-06-08-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf>). Die Studie von Talic et al. (effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis, 2021) stellt auf Basis der Auswertung von sechs Studien (Bundagaard 2021, Doung-Ngern 2020, Krishnamachari 2021, Lio 2021, Xu 2020 und Wang 2020) fest, dass ein Maskenmandat im Median zu einer Reduktion der Inzidenz um 53 Prozent führt. Zhang and Warner (2020) weisen außerdem nach, dass Masken mitunter einen größeren Effekt auf die Reduktion der Reproduktionszahl haben als Lockdowns, An et al. (2021) und Haug et al. 2020 bestätigen dieses Ergebnis in ihren Studien. Insbesondere in Risikoeinstellungen, wie medizinischen oder pflegerischen Bereichen, sollte aus hygienischer Sicht zum Fremd- und Selbstschutz die FFP2-Maske präferiert werden. Entscheidend für einen infektionsreduzierenden Effekt von FFP2-Masken ist der kontinuierlich gewährleistete Dichtsitz (insbesondere bei aerosolgenerierenden Tätigkeiten mit FIT-Test gemäß Arbeitsschutz).

Nach der Regelung in Absatz 1 müssen, soweit in der Verordnung die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske vorgeschrieben, Personen, die das sechste Lebensjahr vollendet haben, eine medizinische Maske tragen. In Satz 2 wird bestimmt, dass als medizinische Maske eine medizinische Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) sowie eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) ohne Ausatemventil gilt.

In Absatz 2 wird die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske als besondere Form der Maskenpflicht konkretisiert. Nach den vorliegenden fachwissenschaftlichen Erkenntnissen bieten FFP2-Masken einen besonders hohen Schutz vor einer Infektion mit dem Coronavirus (vgl. insbesondere: Bagheri et al. 2021, An upper bound on one-to-one exposure to infectious human respiratory particles, <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.2110117118>). Soweit eine solche Pflicht vorgesehen ist, haben Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, eine FFP2-Maske oder eine sonstige Atemschutzmaske mit technisch vergleichbarem oder höherwertigem Schutzstandard ohne Ausatemventil zu tragen. Für Kinder und Jugendliche, die das sechste Lebensjahr, aber noch nicht das 14. Lebensjahr vollendet haben, genügt auch in diesem Fall das Tragen einer medizinischen Maske.

Absatz 3 bestimmt im Einklang mit § 28b Absatz 2 Satz 2 in Verbindung mit § 28b Absatz 1 Satz 3 IfSG allgemeine Ausnahmen von der Maskenpflicht: Nach Absatz 3 Nummer 1 sind Kinder, die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, und nach Absatz 3 Nummer 2 Personen, die ärztlich bescheinigt auf Grund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung, einer ärztlich bescheinigten chronischen Erkrankung oder einer Behinderung keine Atemschutzmaske oder medizinische Gesichtsmaske tragen können von der Maskenpflicht befreit. Eine Atemschutzmaske (FFP2 oder vergleichbar) oder eine medizinische Gesichtsmaske (Mund-Nasen-Schutz) muss ferner nicht getragen werden von gehörlosen und schwerhörigen Menschen und Personen, die mit ihnen kommunizieren, sowie ihren Begleitpersonen.

**Zu § 4:** Die Vorschrift bestimmt vor dem Hintergrund der zuvor unter D. dargestellten aktuellen infektionsepidemiologischen Lage die erforderlichen Basisschutzmaßnahme für den öffentlichen Personennahverkehr.

Nach Absatz 1 Satz 1 gilt – vor dem Hintergrund der hohen Wirksamkeit des Schutzes von Masken (vgl. hierzu die Ausführungen zu § 3) bei vergleichsweise geringer Belastung hierdurch – für die

Fahrgäste im öffentlichen Personennahverkehr die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske im Sinne von § 3. Absatz 1 Satz 1 zweiter Halbsatz stellt klar, dass dies nicht in den offenen Bereichen von Verkehrsmitteln unter freiem Himmel gilt (z.B. Außenbereiche auf Fähren).

Absatz 1 Satz 2 bestimmt, dass bei Durchführung der Beförderung mit Personenkraftwagen auch für das Fahrpersonal die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Maske gilt, sobald und solange sich mindestens ein Fahrgast im Fahrzeug befindet. Der erforderliche Infektionsschutz sowie die Bedürfnisse der Beschäftigten werden auf diese Weise in einen angemessenen Ausgleich gebracht. Zudem bleibt sowohl den Fahrgästen als auch den Beschäftigten selbstverständlich unbenommen, gleichwohl eine FFP2-Maske bzw. eine sonstige gleich- oder höherwertige Atemschutzmaske zu tragen (vgl. § 3 Absatz 1). Die Vorgaben des Arbeitsschutzes, insbesondere der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung (Corona-ArbSchV) bleiben unberührt. Hinsichtlich der hohen Schutzwirkung des Tragens entsprechender Masken in geschlossenen Räumen und Fahrzeugen wird auf die Ausführungen zu § 3 Bezug genommen.

Absatz 2 Satz 1 bestimmt, dass die Betreiberinnen und Betreiber von Verkehrsmitteln des öffentlichen Personenverkehrs deren Nutzerinnen und Nutzer durch schriftliche, akustische oder bildliche Hinweise sowie durch mündliche Ermahnungen bei Nichtbeachtung im Einzelfall zur Einhaltung der Pflichten nach Absatz 1 aufzufordern haben. Nach Absatz 2 Satz 2 sind die Betreiberinnen und Betreiber im Übrigen berechtigt, im Fall der Nichtbefolgung die Beförderung abzulehnen.

Die in § 4 geregelte Maskenpflicht im öffentlichen Personennahverkehr in der Freien und Hansestadt Hamburg ist zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) und zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen Kritischen Infrastrukturen erforderlich. Wie zuvor unter D. dargestellt, ist die aktuelle infektionsepidemiologische Lage in der Freien und Hansestadt Hamburg insbesondere durch eine erhebliche und zurzeit wieder ansteigende Anzahl von täglichen Neuinfektionen, eine stabile, aber fortbestehende Belastung der medizinischen Versorgungskapazitäten sowie die Dominanz der Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) geprägt. Aufgrund der Erfahrungen und Erkenntnisse des Ordnungsgebers ist auch in diesem Herbst mit einem jahreszeitbedingten Anstieg der Neuinfektionen zu rechnen, wodurch auch mit einem erneuten Anstieg der Belastung der medizinischen Versorgungskapazitäten zu rechnen ist. Im Herbst und Winter wird voraussichtlich durch saisonbedingte Effekte mit einer weiteren Ausbreitung des Subtypus BA.5 der Variante Omikron mit erhöhten Infektionszahlen zu rechnen sein. In seiner 11. Stellungnahme (abrufbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975196/2048684/fe0a6178b1b60172726d4f859acb4b1d/2022-06-08-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf>) geht auch der ExpertInnenrat der Bundesregierung zu COVID-19 in seinem Basisszenario (Krankheitslast wie BA.4, BA.5, BA 2.12.1) davon aus, dass es über die gesamte kältere Jahreszeit zu einem gehäuftem Auftreten von Infektionen und Arbeitsausfällen in der berufstätigen Bevölkerung kommen wird. Steigende Infektionszahlen wiederum können selbst beim Vorherrschen einer Virusvariante, die mit einem mildereren Krankheitsverlauf assoziiert ist, zu einem Anstieg der Hospitalisierungszahlen und einer Belastung der kritischen Infrastrukturen durch Krankheitsausfälle führen. Wie zuvor unter D dargestellt, zeigte sich bereits in der sogenannten „Sommerwelle“ im Juli 2022 eine teils hohe Anzahl der innerhalb der jeweils vergangenen sieben Tage mit COVID-19 in ein Krankenhaus aufgenommenen Personen je 100.000 Einwohner (7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz). Schließlich ist auch das Auftreten von Varianten mit neuartigen Erreger- bzw. Immunfluchteigenschaften jederzeit möglich und nicht vorhersehbar.



Der Verordnungsgeber geht in diesem Zusammenhang aufgrund seiner Erfahrungen in den bisherigen „Wellen“ der Pandemie davon aus, dass insbesondere die Beibehaltung der Maskenpflicht im öffentlichen Personennahverkehr der Freien und Hansestadt Hamburg, der – wie für urbane Ballungsräume typisch – durch eine besonders hohe Personendichte gekennzeichnet ist, insbesondere während der Sommerwelle im Juli 2022 zu einer Stabilisierung der infektionsepidemiologischen Lage maßgeblich beigetragen hat.

Ferner ist auf der Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse zu den Verbreitungswegen des Coronavirus – hierzu zuvor unter B. – auch weiterhin von besonders hohen Infektionsgefahren im öffentlichen Personenverkehr auszugehen, die ihren Grund in den besonderen räumlichen Verhältnissen finden. Denn der öffentliche Personenverkehr weist die folgenden typischen gefahrbezüglichen Umstände auf:

- eine hohe Zahl an Anwesenden, zumal in stark ausgelasteten Verkehrsmitteln,
- räumliche Enge,
- vielfach lautes Sprechen mit der Folge einer vermehrten Tröpfchen- und Aerosolabsonderung.

Hinsichtlich der hohen Schutzwirkung von Masken in geschlossenen Räumen wird auf die Ausführungen zu § 3 Bezug genommen.

Auch der Bundesgesetzgeber nimmt aufgrund des jahreszeitbedingt zu erwartenden Anstiegs der Infektionszahlen sowie der besonderen Infektionsgefahren in öffentlichen Personennahverkehrsmitteln an, dass die Beibehaltung der Maskenpflicht im öffentlichen Personenfernverkehr in der Zeit vom 1. Oktober 2022 bis zum 7. April 2023 erforderlich ist, um die Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) zu verhindern und die Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems oder der sonstigen Kritischen Infrastrukturen zu gewährleisten (vgl. § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 IfSG).

Aus den vorstehend angeführten Gründen teilt der Verordnungsgeber diese Einschätzung und setzt deshalb durch § 4 dieser Verordnung die Maskenpflicht im öffentlichen Personennahverkehr in der Freien und Hansestadt Hamburg fort. Ferner haben sich auch die Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister der übrigen Länder dieser Beurteilung angeschlossen und in der letzten Gesundheitsministerkonferenz die Aufrechterhaltung der Maskenpflicht im öffentlichen Personennahverkehr in den Ländern vereinbart, sodass bundesweit einheitlich ein vergleichbares Schutzniveau gelten wird. Hierdurch wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass viele Menschen sich nur mithilfe des öffentlichen Personennahverkehrs zu beruflichen und privaten Zwecken fortbewegen können und der öffentliche Personennahverkehr zur elementaren Daseinsvorsorge zählt.

Die mit der Maskenpflicht im öffentlichen Personennahverkehr einhergehende Belastung steht auch in einem angemessenen Verhältnis zu den Schutzziele der Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) und der Gewährleistung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems und der sonstigen Kritischen Infrastrukturen.

**Zu § 5:** Durch § 5 wird bestimmt, dass die in § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Infektionsschutzgesetzes geregelte Testnachweispflicht für Richterinnen, Richter, Rechtspflegerinnen, Rechtspfleger, Verfahrenspflegerinnen, Verfahrenspfleger, Betreuerinnen und Betreuer, die die in § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 IfSG genannten Einrichtungen zur Wahrnehmung ihres Amtes aufsuchen, nicht gilt, um den in Eilfällen erforderlichen Rechtsschutz zu gewährleisten. Betreuerinnen und Betreuer im Sinne dieser Ausnahmenvorschrift sind solche im Sinne von § 1896 BGB in der Fassung vom 17. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2586) bzw. § 1814 BGB in der ab 1. Januar 2023 gültigen Fassung vom 4. Mai 2021 (BGBl. I S. 882).

**Zu § 6:** Mit der Regelung zur Absonderungspflicht für infizierte Personen und deren enge Kontaktpersonen macht der Ordnungsgeber von der Ermächtigung gemäß § 32 Satz 1 in Verbindung mit § 30 Absatz 1 Satz 2 IfSG Gebrauch, wonach die Absonderung von Kranken, Krankheitsverdächtigen und Ansteckungsverdächtigen durch Rechtsverordnung angeordnet werden kann. Die Regelung ist vor dem Hintergrund der unter D. dargestellten aktuellen infektionsepidemiologischen Lage erforderlich und dient zugleich zur Umsetzung der aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition vom 2. Mai 2022 ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html), Stand: 2. Mai 2022).

Nach Absatz 1 Satz 1 sind Personen, deren nicht von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommene Testung mittels Schnelltest ein positives Ergebnis in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus ergeben hat, verpflichtet, sich unverzüglich einer Testung mittels PCR-Test oder einer durch Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommenen Testung mittels Schnelltest zu unterziehen. Nach Absatz 1 Satz 2 sind Bewohnerinnen und Bewohner von Wohneinrichtungen nach § 2 Absatz 4 HmbWBG, deren von der Wohneinrichtung vorgenommene Testung mittels Schnelltest ein positives Ergebnis in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus ergeben hat, bereits aufgrund dieses Testergebnisses verpflichtet, sich in die fünftägige Isolation nach § 6 Absatz 2 zu begeben, ohne dass es hierfür einer bestätigenden Testung mittels PCR-Test oder von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommene Testung mittels Schnelltest bedürfte. Die Ausnahme nach Absatz 1 Satz 2 gilt jedoch nur dann, wenn die Wohneinrichtung entsprechende Testergebnisse auch tatsächlich über das hierfür vorgesehene digitale Meldesystem an das zuständige Gesundheitsamt übermittelt. In diesen Fällen gelten die Vorgaben zur Absonderung nach Absatz 2 entsprechend. Werden solche Ergebnisse nicht über das vorgesehene digitale Meldesystem übermittelt, besteht weiterhin die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1, eine Testung mittels PCR-Test oder eine Testung mittels Schnelltest bei einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorzunehmen.

Absatz 2 bestimmt die Pflicht zur Absonderung nach einem positiven Testergebnis im Sinne von Satz 1. Hiernach sind Personen, deren Testung mittels PCR-Test oder von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommene Testung mittels Schnelltest ein positives Ergebnis in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus ergeben hat (infizierte Personen), verpflichtet, sich unverzüglich in ihrer Haupt- oder Nebenwohnung oder in einer anderen, eine Absonderung ermöglichenden Unterkunft abzusondern; es ist ihnen untersagt, Besuch von Personen zu empfangen, die nicht ihrem Haushalt angehören; die Absonderung darf

unterbrochen werden, wenn dies zum Schutz von Leben oder Gesundheit zwingend erforderlich ist, sowie zum Zweck einer Testung unterbrochen werden.

Nach Absatz 3 Satz 1 entfällt die Pflicht zur Absonderung mit Ablauf des fünften auf die Testung nach Satz 1 folgenden Tages. Es wird jedoch empfohlen, auch nach dem Ablauf von fünf Tagen die Absonderung erst nach einem negativen Ergebnis einer Testung mittels Schnelltest zu beenden. In Satz 3 wird bestimmt, dass die Pflicht zur Absonderung dann, wenn die Testung nach Absatz 2 Satz 1 mittels Schnelltest erfolgt ist, vorzeitig entfällt, sobald ein negatives Ergebnis einer nach dem Schnelltest vorgenommenen PCR-Testung vorliegt. Diese Regelung ist erforderlich, um in dem besonderen Einzelfall, in dem eine PCR-Testung nicht das positive Ergebnis der Schnelltestung bestätigt, eindeutig zu bestimmen, dass sich die Pflicht zur Absonderung nach dem Ergebnis der PCR-Testung richtet, da es sich bei dieser Testung um die derzeit verlässlichste Methode handelt, eine Infektion mit dem Coronavirus nachzuweisen.

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

In Absatz 5 wird empfohlen, dass Kontaktpersonen im dort genannten Sinne ihre Kontakte insbesondere zu Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf reduzieren und sich an den fünf Tagen ab dem maßgeblichen Kontakt mit der infizierten Person täglich einer Testung mittels Schnelltest zu unterziehen.

Absatz 6 verpflichtet sorgeberechtigte Personen sowie Pflegepersonen im Sinne von § 1688 Absatz 1 BGB, die Einhaltung der Pflichten nach den Absätzen 1 bis 3 durch die gemeinsam mit ihnen in einem Haushalt lebenden Kinder zu gewährleisten. Zugleich wird klargestellt, dass es zulässig und geboten ist, hierbei auf das Kindeswohl und insbesondere auf den Entwicklungsstand des betroffenen Kindes Rücksicht zu nehmen.

Absatz 7 stellt klar, dass die allgemeinen Vorgaben der Absätze 1 bis 4 nur gelten, soweit das Gesundheitsamt im jeweiligen Einzelfall keine abweichenden Anordnungen trifft. Solche Anordnungen kommen, wie Absatz 7 Satz 3 klarstellt, insbesondere zur Gewährleistung der Funktionsfähigkeit kritischer Infrastrukturen sowie für Schülerinnen und Schüler und für in Kindertagesstätten betreute Kinder in Betracht. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die bezirklichen Gesundheitsämter in der Lage sind, in begründeten Einzelfällen sowohl weniger eingriffsintensive als auch, soweit dies zur Eindämmung der Ausbreitung des Coronavirus erforderlich ist, strengere Anordnungen zu treffen.

Absatz 8 enthält eine spezifische Regelung zur Absonderung im Justizvollzug. Der Justizvollzug ist ein empfindliches, nach außen relativ geschlossenes System, das vor dem Hintergrund der zuvor unter D. dargestellten aktuellen infektionsepidemiologischen Lage weiterhin besonders geschützt werden muss. In den Justizvollzugsanstalten leben und arbeiten viele Menschen auf engem Raum

zusammen. Die Einhaltung der Abstandsregeln ist in einer Gemeinschaftsunterbringung naturgemäß nur unzureichend möglich. Viele der Gefangenen gehören aufgrund von Vorerkrankungen oder ihres Alters Risikogruppen an. Eine Verbreitung des Coronavirus in den Justizvollzugsanstalten würde diese vor große Herausforderungen stellen. Dabei ist nicht nur zu befürchten, dass zahlreiche Gefangene bzw. Untergebrachte und Bedienstete an COVID-19 erkranken; auch die Funktionsfähigkeit einer Justizvollzugsanstalt kann durch eine Vielzahl von Infektionen derart gefährdet sein, dass die Entlassung von Gefangenen bzw. Untergebrachten notwendig werden könnte.

Die Regelung in Absatz 8 dient dem Schutz der Einrichtungen des Justizvollzugs vor einer Eintragung des Coronavirus. Hiermit wird sichergestellt, dass Gefangene und Untergebrachte, bei denen der konkrete Verdacht einer COVID-19-Erkrankung besteht oder die nachweislich erkrankt sind, innerhalb der Justizvollzugsanstalten von den übrigen Gefangenen bzw. Untergebrachten im Sinne des § 30 Absatz 1 Satz 2 IfSG abgesondert werden, um im besonders schutzbedürftigen Bereich des Justizvollzugs schnell auf entsprechende Gefahren reagieren zu können.

**Zu § 7:** Die Regelung des § 7 dient der Umsetzung der aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition vom 2. Mai 2022 ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html), Stand: 2. Mai 2022) und ist vor dem Hintergrund der unter D. dargestellten aktuellen infektionsepidemiologischen Lage erforderlich.

Nach Absatz 1 dürfen Beschäftigte der Einrichtungen und Unternehmen nach § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummern 3 bis 5 IfSG sowie sonstige Personen, die in diesen Einrichtungen und Unternehmen ärztlich, pflegerisch oder therapeutisch tätig sind, nach Beendigung einer verpflichtenden Absonderung nach § 6 Absatz 2 ihre Tätigkeit in der Einrichtung oder dem Unternehmen nur dann wieder aufnehmen, wenn sie der Betreiberin oder dem Betreiber der Einrichtung oder des Unternehmens einen Nachweis über ein negatives Ergebnis einer Testung mittels PCR-Test oder einen Nachweis einer von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommenen Testung mittels Schnelltest vorlegen und zum Zeitpunkt der Testung seit mindestens 48 Stunden keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus nach § 2 Absatz 6 aufgewiesen haben. Als negatives Ergebnis einer Testung mittels PCR-Test nach Satz 1 gilt jedes Ergebnis, das einen CT-Wert von über 30 ausweist. Die Testung nach Satz 1 darf bereits am letzten Tag der Absonderung nach § 6 Absatz 2 vorgenommen werden. Zu diesem Zwecke darf die Absonderung unterbrochen werden. Hierbei gilt die Pflicht zum Tragen einer FFP2-Maske nach § 3.

Absatz 2 bestimmt für die in Absatz 1 genannten Personen besondere Pflichten für den Fall, dass sie selbst Kontaktpersonen von infizierten Personen sind. Diese Personen dürfen an den fünf Tagen ab dem maßgeblichen Kontakt mit der infizierten Person ihre Tätigkeit in der betroffenen Einrichtung oder in dem betroffenen Unternehmen nur ausüben, wenn sie sich jeweils vor Arbeitsbeginn einer Testung mittels Schnelltest unterziehen und deren Ergebnis negativ ist. Dies gilt auch für Personen, die über einen Impfnachweis nach § 22a Absatz 1 IfSG oder einen Genesenennachweis nach § 22a Absatz 2 IfSG verfügen.

In Absatz 3 wird klargestellt, dass die Gesundheitsämter im Einzelfall abweichende Anordnungen von den Vorgaben nach Absatz 1 treffen können.

**Zu § 8:** Diese Vorschrift gestaltet die Verpflichtungen, von denen diejenigen Personen, die einer Absonderungspflicht nach § 6 unterliegen, betroffen sind, näher aus. Zugleich werden mit dieser Regelung auch die aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu Isolierung und Quarantäne bei SARS-CoV-2-Infektion und -Exposition ([https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/Absonderung.html), Stand: 2. Mai 2022) umgesetzt.

Absatz 1 regelt, dass die betroffenen Personen der Beobachtung durch das Gesundheitsamt unterliegen. Diese Anordnung beruht auf § 29 Absatz 1 IfSG und ist zwingend erforderlich, um die Gesundheitsämter in die Lage zu versetzen, weiterhin möglichst umfassende Erkenntnisse über die Verbreitung und Entwicklung des Coronavirus und insbesondere seiner besorgniserregenden Varianten sowie den hierdurch verursachten Krankheitsverläufen zu gewinnen. Die Regelung gibt zudem die in § 29 Absatz 2 Satz 1 und 3 IfSG genannten Verpflichtungen von Personen wieder, die der Beobachtung nach § 29 Absatz 1 IfSG unterliegen. Demnach haben die betroffenen Personen alle erforderlichen Untersuchungen durch die Beauftragten des Gesundheitsamtes zu dulden, den Beauftragten des Gesundheitsamtes zum Zwecke der Befragung oder der Untersuchung den Zutritt zu ihrer Wohnung zu gestatten und ihnen auf Verlangen über alle ihren Gesundheitszustand betreffenden Umstände Auskunft zu geben. Zusätzlich wird auf Grundlage von § 29 Absatz 2 Satz 2 i.V.m. § 25 Absatz 3 Satz 1 IfSG geregelt, dass die betroffenen Personen auf Verlangen des Gesundheitsamtes das erforderliche Untersuchungsmaterial bereitzustellen haben.

In Absatz 2 wird Personen, für die eine Absonderungspflicht nach § 6 Absatz 2 gilt, empfohlen, eine räumliche Trennung von anderen Haushaltsangehörigen und geeignete Hygienemaßnahmen einzuhalten.

**Zu § 9:** In § 9 findet sich eine einheitliche Grundlage für die Verarbeitung bestimmter personenbezogener Daten. Soweit es zur Erfüllung von Pflichten aufgrund dieser Verordnung erforderlich ist, sind die Verpflichteten berechtigt, personenbezogene Daten eines Impfnachweises nach § 22a Absatz 1 IfSG, eines Genesenennachweises nach § 22a Absatz 2 IfSG, eines Testnachweises nach § 2 Absatz 1 oder über das Lebensalter zu verarbeiten.

**Zu § 10:** Es wird klargestellt, dass durch diese Verordnung die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes), der Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes), der Freizügigkeit (Artikel 11 Absatz 1 des Grundgesetzes) und der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Absatz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt werden.

**Zu § 11:** Die Vorschrift enthält die erforderlichen Ordnungswidrigkeitstatbestände für Verstöße gegen die Vorgaben der Verordnung.

**Zu § 12:** Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten und Außerkrafttreten der Verordnung im Einklang mit § 28b IfSG. Die Geltungsdauer der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung wird hiernach bis zum Ablauf des 29. Oktober 2022 befristet. Die bisher geltende Hamburgische SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 31. März 2022 (HmbGVBl. S. 197) tritt mit Ablauf des 30. September 2022 außer Kraft.

Im Übrigen wird auf die Begründungen zur Zweiundzwanzigsten bis Neununddreißigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 20. November 2020, 27. November 2020, 8. Dezember 2020, 14. Dezember 2020 und 22. Dezember 2020 (HmbGVBl. S. 581, 595, 637, 659 und 707) sowie vom 7. Januar 2021, 8. Januar 2021, 19. Januar 2021,

21. Januar 2021, 11. Februar 2021, 19. Februar 2021, 26. Februar 2021, 5. März 2021, 11. März 2021, 19. März 2021, 26. März 2021, 1. April 2021 und 16. April 2021 (HmbGVBl. S. 1, 10, 19, 25, 55, 70, 71, 107, 121, 137, 145, 161, 173 und 193), zur HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO vom 23. April 2021 (HmbGVBl. S. 205), zur Vierzigsten bis Siebzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 11. Mai 2021, 20. Mai 2021, 28. Mai 2021, 3. Juni 2021, 10. Juni 2021, 17. Juni 2021, 21. Juni 2021, 1. Juli 2021, 26. Juli 2021, 20. August 2021, 27. August 2021, 17. September 2021, 23. September 2021, 22. Oktober 2021, 19. November 2021, 26. November 2021, 3. Dezember 2021, 14. Dezember 2021, 16. Dezember 2021, 23. Dezember 2021, 30. Dezember 2021, 7. Januar 2022, 14. Januar 2022, 18. Januar 2022, 28. Januar 2022, 4. Februar 2022, 11. Februar 2022, 18. Februar 2022, 24. Februar 2022, 3. März 2022 und 17. März 2022 (HmbGVBl. 2021 S. 295, 323, 349, 367, 412, 459, 471, 485, 543, 567, 573, 625, 649, 707, 763, 789, 813, 844, 852, 924, 965, HmbGVBl. 2022 S. 3, 29, 43, 61, 79, 91, 107, 127, 140 und 175), zur HmbSARS-CoV-2-EindämmungsVO vom 31. März 2022 (HmbGVBl. S. 197) sowie zur Einundsiebzigsten bis Siebenundsiebzigsten Verordnung zur Änderung der Hamburgischen SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 29. April 2022, 4. Mai 2022, 25. Mai 2022, 21. Juni 2022, 19. Juli 2022 und 16. August 2022 (HmbGVBl. S. 272, 285, 233, 365, 413, 441 und 467) verwiesen.