

Fachliche Begründung: Einreise VO 25.6.2021	
Autor*in/Fachreferent*in:	S2 - Krisenstab Covid-19, BMSGPK
Version / Datum:	Version 1.0 / 25.6.2021

Das Ziel der Einreiseverordnung und der darin enthaltenen Bestimmungen ist die Verringerung des Risikos von Viruseinträgen, besonders aus Ländern (a) in denen eine Dynamisierung des Fallgeschehens eingetreten ist und hohen Fallzahlen berichtet (oder vermutet) werden, oder (b) in denen sich besorgniserregende Virusvarianten verbreitet haben. Im Speziellen soll die Einreise nach Österreich nur unter gewissen Bedingungen möglich sein, wobei sich diese Bedingungen auf das Risiko eines Viruseintrages beziehen.

Kurz zusammengefasst, ist die Einreise aus Ländern mit geringem epidemiologischen Risiko (Anlage 1) mit weniger Maßnahmen möglich. Für die Einreise nach Österreich aus Staaten und Gebieten mit sehr hohem epidemiologischen Risiko (Anlage 2) bzw. aus anderen Staaten und Gebieten (Staaten weder auf Anlage 1 noch auf Anlage 2 gelistet), wo es weniger valide Daten zur generellen epidemiologischen Situation gibt, sind strengere Einreisebestimmungen aufgrund der höheren Wahrscheinlichkeit (Andere Staaten weder Anlage 1 noch Anlage 2) bzw. der höheren Gefährlichkeit eines Viruseintrages (Anlage 2) rechtfertigen.

In UK, der Republik Südafrika, Brasilien sowie in Indien sind in den letzten Wochen und Monaten SARS-CoV-2 Varianten mit mehreren Mutationen im Spikeprotein bekannt geworden, welche sich geographisch eingegrenzt relativ schnell als dominante Variante etabliert haben. Insbesondere die Delta-Virusvariante die erstmals in Indien festgestellt wurde und eine erhöhte Transmissibilität aufweist verbreitet sich derzeit weltweit stark. Um einer weiteren Verbreitung der vom ECDC als „variants of concern“ deklarierten Virusvarianten zu verhindern, sind zusätzliche Maßnahmen zur Einreise nach Österreich für Einreisende aus Staaten in denen eine weite Verbreitung von besorgniserregenden Virusvarianten nachgewiesen ist, rechtfertigen.

1. Anlage 1: Staaten und Gebiete mit geringem epidemiologischen Risiko

Für eine Einreise aus diesen Staaten und Gebieten ist nun ein Nachweis über eine geringe epidemiologische Gefahr mitzuführen. Es muss nun entweder ein ärztliches Zeugnis oder ein Testergebnis, ein Impfnachweis oder ein Genesungsnachweis gemäß § 2 mitgeführt und bei einer Kontrolle vorgewiesen werden. Liegt kein Nachweis vor, ist eine Registrierung gemäß § 3 der Einreiseverordnung vorzunehmen und unverzüglich, jedenfalls aber binnen 24 Stunden nach der Einreise, ein molekularbiologischer Test auf SARS-CoV-2 oder Antigen-Test auf SARS-CoV-2 durchführen zu lassen. Eine Quarantäne ist indes nicht mehr vorgesehen.

Ein pandemisches Infektionsgeschehen wird eingedämmt, wenn **Transmissionsketten unterbrochen** werden. Insofern sollte bei der Einreise aus Drittstaaten das Risiko von Viruseinträgen möglichst geringgehalten werden. Einreisende aus Staaten von Anlage 1 können von Quarantänemaßnahmen ausgenommen werden, da nicht davon ausgegangen werden muss, dass sie im Herkunftsland einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt waren. Nichtsdestotrotz muss sichergestellt werden, dass Einreisende nicht von einer SARS-CoV-2 Infektion betroffen sind, dem wird mittels der im Folgenden beschriebenen Maßnahmen Rechnung getragen.

Für die Aufnahme von EU/EWR-Staaten bzw. Drittstaaten auf die Anlage 1 der Einreiseverordnung wird regelmäßig die epidemiologische Situation in einem Staat betrachtet. Dabei werden verschiedene Indikatoren herangezogen, um die epidemiologische Lage zu erfassen und zu beurteilen. Diese Indikatoren umfassen die 14-Tagesinzidenz pro 100 000 EW, den 14-Tagestrend, die Anzahl der Testungen pro 100 000 EW sowie die Positivitätsrate der Testungen und auch andere qualitative Kriterien um das Infektionsrisiko zu beurteilen. Dabei orientieren sich die Kriterien zur Risikobeurteilung des Infektionsrisikos eines Staates an der EU Ratsempfehlung 2020/1475 incl. Neufassung für EU/EWR-Staaten sowie der EU-Ratsempfehlung 2020/912 incl. Neufassung für Drittstaaten.

1.1. Registrierung:

Einreisende die aus einem Staat einreisen, der auf Anlage 1 der Einreiseverordnung gelistet ist, sind bei der Einreise nicht zur Registrierung nach § 3 verpflichtet. Ausgenommen sie können keinen Nachweis über eine geringe epidemiologische Gefahr nach § 2 der Einreiseverordnung (Ärztliches Zeugnis, Impfnachweis, Genesungsnachweis, Testergebnis) bei der Einreise erbringen, dann ist eine Registrierung vorzunehmen und unverzüglich, jedenfalls aber binnen 24 Stunden nach der Einreise, ein Test durchführen zu lassen.

Alle in Anlage 1 der Einreiseverordnung geführten Staaten/Gebiete weisen derzeit eine 7-Tagesinzidenz von unter 100 pro 100 000 EW (ECDC Stand 24.06.2021), eine 14-Tagesinzidenz von unter 200 pro 100 000 EW (ECDC Stand 24.06.2021) sowie einen stabilen bzw. fallenden Trend (ausgenommen Portugal, Zypern und Monaco weisen einen steigenden Trend) der Neuinfektionen auf. Hinsichtlich der epidemiologischen Situation in den genannten EU/EWR/Dritt-Staaten, der Verfügbarkeit valider Daten zum Infektionsgeschehen und unter der Berücksichtigung, dass Einreisende aus Staaten von Anlage 1 entweder ein ärztliches Zeugnis, ein negatives Testergebnis, einen Impfnachweis oder einen Genesungsnachweis gemäß §2 der Einreiseverordnung mitführen und bei einer Kontrolle vorlegen müssen, geht ein geringeres epidemiologisches Risiko von diesen einreisenden Personen aus. Für den Fall das Einreisende aus diesen Staaten keinen Nachweis über ein geringes epidemiologisches Risiko nach §2 bei der Einreise erbringen können, dient die in diesem Fall verpflichtende Registrierung insbesondere der potenziellen Kontaktnachverfolgung sowie der potenziellen Kontrolle der Einhaltung von Quarantänemaßnahmen im Falle einer Infektion. Da Einreisende aus Staaten die auf Anlage 1 gelistet sind, aus den bereits dargelegten Gründen von potenziellen Quarantänemaßnahmen bei der Einreise ausgenommen sind, ein geringes epidemiologisches Risiko darstellen und resultierend daraus mit großer Wahrscheinlichkeit weniger relevant für die Kontaktpersonennachverfolgung sind, **kann aus fachlicher Perspektive der Verzicht der Registrierungspflicht für Einreisende aus Anlage 1 Staaten gerechtfertigt werden.**

1.2. Ärztliches Zeugnis oder Testergebnis

Der Trend geht in einzelnen europäischen Ländern dazu über, dass die Testdurchführung keine ausschließliche ärztliche Tätigkeit mehr ist. Z.B. wurde in Deutschland der Arztvorbehalt aufgehoben, welcher vorsieht, dass die Durchführung von diagnostischen Tests als Teil der heilkundlichen Tätigkeit ausschließlich Ärzten/Ärztinnen vorbehalten ist. In Österreich aber auch in vielen EU/EWR Staaten wurden niederschwellige Testangebote etabliert. Bei inländischen Testnachweisen kann durch die Gesundheitsbehörden und Verwaltung das Einhalten von Qualitätsstandards gewährleistet werden kann. Dies ist aber mittlerweile auch für viele andere Staaten gegeben. Somit kann sowohl ein ärztliches Zeugnis (siehe Anlage A oder B zu Einreise VO) als auch ein negatives Testergebnis zur Einreise nach Österreich ermächtigen.

1.3. Impfnachweis

Basierend auf Bewertungen der (begrenzt verfügbaren) Evidenz ist anzunehmen, dass **von vollimmunisierten Personen eine geringere epidemiologische Gefahr ausgeht**, als von nicht immunisierten Personen. Aktuelle Daten aus Großbritannien deuten darauf hin, dass bei geimpften Personen, die mit SARS-CoV-2 infiziert wurden, die Übertragungsrate im Haushalt geringer ist, als bei ungeimpften Indexpersonen. Dabei zeigte sich in der Studie von über 550.000 Haushalten¹ bereits bei teilimmunisierten Indexfällen **eine Reduktion von der Sekundärinfektionsrate** im Haushalt im Vergleich zu ungeimpften Personen. Die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung in Haushalten, in denen die Indexfälle 21 Tage oder länger vor dem positiven Test geimpft wurden, reduzierte sich dabei um 40-50% im Vergleich zu ungeimpften Indexfällen. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine vollimmunisierte Person SARS-CoV-2 an eine ungeimpfte Person überträgt, wird auch in der aktuellen Risikobewertung des ECDC als sehr gering bis gering eingestuft. Im Falle einer Übertragung von SARS-CoV-2 von einer vollimmunisierten auf eine ungeimpfte Person, sind die Auswirkungen der Entwicklung eines schweren Krankheitsverlaufes je nach Alter und gesundheitlichem Zustand/Risikofaktoren der ungeimpften Kontaktperson als gering bis hoch einzustufen.

Zur Bewertung der Effektivität und Sicherheit von Impfstoffen wird auf die Beurteilung und die Empfehlungen von nationalen und internationalen Behörden und Institutionen aufgebaut. Ärztliche Zeugnisse über den Nachweis einer Impfung haben nur Gültigkeit, wenn bestimmte, in der Verordnung festgelegte Impfstoffe verabreicht wurden. Diese Impfstoffe sind in Anlage C der Einreiseverordnung gelistet. Basis für die Anlage C ist grundsätzlich die europäische Zulassungsbehörde EMA sowie die derzeitige WHO-EUL-Liste.

1.4. Genesungsnachweis

In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass ein sehr großer Anteil (>90%) der Menschen, die mit SARS-CoV-2 infiziert waren, infolgedessen auch einen Schutz gegen das Virus entwickeln. Trotz der unten beschriebenen Einschränkungen und in Zusammenhang mit der Annahme, dass bei Einreisenden aus Staaten von Anlage 1 nicht davon ausgegangen werden muss, dass sie im Herkunftsland einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt waren kann ein Genesener mit entsprechendem Nachweis als geringe epidemiologische Gefahr gesehen werden.

Durch die europäische Seuchenschutzbehörde (European Centre for Disease Prevention and Control, ECDC) wurde Ende März ein Bericht erstellt und publizierte Evidenz zu diesem Thema zusammengefasst.² Darin wird beschrieben, dass das **Risiko einer Reinfektion generell niedrig** ist, da eine Immunität (80 – 100%iger immunologischer Schutz) für 5 - 7 Monate bei genesenen Personen in Studien nachgewiesen werden konnte. Es wurden jedoch bisher noch keine Studien durchgeführt, deren Studiendesign explizit darauf ausgelegt ist, die Auswirkungen früherer Infektion auf das Übertragungsrisiko zu bewerten. Evidenz zu Transmissionen ist vielfach in Form von Fallschilderungen verfügbar. Aus Sicht der ECDC bietet eine Infektion mit SARS-CoV-2 **nicht für alle Personen eine sterile Immunität**, und einige Personen, die erneut infiziert sind, können die SARS-CoV-2-Infektion weiterhin auf anfällige Kontakte übertragen. Ein Großteil der Studien/Untersuchungen zu Reinfizierten wurden vor dem Auftreten von SARS-CoV-2-Varianten (VOCs) durchgeführt, und daher ist aktuell die verfügbare Evidenz begrenzt.

¹ Impact of vaccination on household transmission of SARS-CoV—in England; Harriy et al (PHE) - <https://khub.net/documents/135939561/390853656/Impact+of+vaccination+on+household+transmission+of+SARS-COV-2+in+England.pdf/35bf4bb1-6ade-d3eb-a39e-9c9b25a8122a?t=1619601878136>

² <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Risk-of-transmission-and-reinfection-of-SARS-CoV-2-following-vaccination.pdf>

1.5. Länderbegründung:

Für die Aufnahme von EU/EWR-Staaten bzw. Drittstaaten auf die Anlage 1 der Einreiseverordnung wird die epidemiologische Situation in einem Staat betrachtet. Dabei werden verschiedene Indikatoren herangezogen um die epidemiologische Lage zu erfassen und zu beurteilen. Diese Indikatoren umfassen die 14-Tagesinzidenz pro 100 000 EW, den 14-Tagestrend, die Anzahl der Testungen pro 100 000 EW sowie die Positivitätsrate der Testungen als auch andere qualitative Kriterien um das Infektionsrisiko zu beurteilen. Dabei orientieren sich die Kriterien zur Risikobeurteilung des Infektionsrisikos eines Staates an der EU Ratsempfehlung 2020/1475 incl. Neufassung für EU/EWR-Staaten sowie an der EU-Ratsempfehlung 2020/912 für Drittstaaten.

Alle in Anlage 1 der Einreiseverordnung geführten EU/EWR-Staaten/Gebiete weisen derzeit eine 7-Tagesinzidenz von unter 100/100 000 EW. (ECDC Stand 24.06.2021) sowie eine 14-Tagesinzidenz von unter 200/100 000 EW. (ECDC Stand 24.06.2021) auf. Bezüglich der in Anlage 1 der Einreiseverordnung geführten Drittstaaten, weisen alle gelisteten Drittstaaten eine 14-Tagesinzidenz von unter 75/100 000 EW. auf. Die Anlage 1 umfasst somit derzeit folgende Staaten:

- Albanien
- Andorra
- Australien
- Belgien
- Bulgarien
- Dänemark
- Deutschland
- Estland
- Finnland
- Frankreich
- Fürstentum Liechtenstein
- Griechenland
- Hong Kong
- Irland
- Island
- Israel
- Italien
- Japan
- Kroatien
- Lettland
- Litauen
- Luxemburg
- Macau
- Malta
- Monaco
- Neuseeland
- Niederlande
- Nordmazedonien
- Norwegen
- Polen
- Portugal
- Rumänien

- San Marino
- Saudi-Arabien
- Schweden
- Serbien
- Singapur
- Slowakei
- Slowenien
- Spanien
- Schweiz
- Südkorea
- Taiwan
- Thailand
- Tschechische Republik
- Ungarn
- Vatikan
- Vereinigte Staaten von Amerika
- Vietnam
- Zypern

Hinsichtlich der epidemiologischen Situation in den in Anlage 1 genannten Staaten, der Verfügbarkeit valider Daten zum Infektionsgeschehen und unter Betrachtung der zuvor angeführten Kriterien kann die Aufnahme der in der Anlage 1 genannten EU/EWS-Staaten bzw. Drittstaaten auf Anlage 1 der Einreiseverordnung aus fachlicher Perspektive gerechtfertigt werden.

2. Anlage 2: Einreise aus Virusvariantengebieten und -staaten

Der § 6 der Einreiseverordnung regelt allgemein die Einreise aus Staaten und Gebieten der Anlage 2 der Einreiseverordnung. Die folgenden Absätze geben einen Überblick über die derzeit vorherrschenden Varianten und die entsprechenden Maßnahmen zur Verhinderung eines Eintrages nach Österreich.

2.1. Überblick über die Variants of Concern (VOC, ECDC Einstufung) mit Stichtag 24.06.2021

Stetig werden neue Informationen über SARS-CoV-2-Virusvarianten veröffentlicht. Bei den Virusvarianten B.1.1.7 (Alpha-Variante), B.1.351 (Beta-Variante), P.1 (Gamma) sowie B.1.617.2 (Delta) geht man von einer höheren Übertragbarkeit aus. B.1.1.7 und B.1.351 und P. 1 gehen nach derzeitigem Wissenstand mit schwereren Erkrankungsfällen einher. Gewisse Mutationen könnten den Impferfolg gefährden oder zu Re-Infektionen führen. Seit 31. Mai 2021 gibt es eine neue Nomenklatur der WHO für die die VOC. Die Verwendung von griechischen Buchstaben, soll die wissenschaftliche Nomenklatur nicht ersetzen, aber die Stigmatisierung reduzieren.

- Die Virusvariante B.1.1.7 (Alpha-Variante) wurde erstmals im September 2020 im Vereinigten Königreich entdeckt und bisher in 865.006 Fällen in 144 Ländern sequenzbestätigt nachgewiesen. Wobei die höchsten Zahlen auf die Länder UK (247.321 Fälle), USA (169.867 Fälle), Deutschland (98.901) Fälle und Dänemark (48.882.502 Fälle) entfallen.
- Die aus Südafrika stammende Variante B.1.351 (Beta-Variante) wurde in 95 Ländern bei 21.834 Fällen detektiert. Südafrika weist 3.907 Fälle auf.

- Die brasilianische Virusvariante P.1 wurde in 59 Staaten (34.398 Fälle) registriert, davon 15.458 Fälle in den USA und 10.264 Fälle in Brasilien.

Delta-Variante B.1617.2

- Die im Februar 2021 entdeckte Variante B.1.617+ zeigt die Mutationen E484Q, L452R und P681R und wurde am 24. Mai 2021 durch die ECDC als Variant of Concern klassifiziert. Bisher wurden 71.056 Fälle in 77 Ländern mittels Sequenzierung nachgewiesen, davon 55.193 in UK, 5.727 in Indien, und 3336 in den USA.

Angesichts der immer noch sehr begrenzten verfügbaren Daten hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit, Schwere der Erkrankung und des Immunfluchtpotenzials im Vergleich zu anderen gemeinsam zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten in der EU / im EWR ist die vollständige Auswirkung dieser Abstammungslinien auf die öffentliche Gesundheit noch nicht möglich zu bewerten. (ECDC, 2021). Die Variante wird als möglicher Grund für den rasanten Anstieg der Fälle in Indien genannt. (EC, 2021) B.1.617.2 wurde erstmals im Dezember 2020 in Indien nachgewiesen und wurde bis Anfang März 2021 nur selten sequenziert. Dann begannen die Fälle zuzunehmen und wurde Mitte April 2021 zur dominierenden Untervariante (ECDC, 2021) Die Variante hat sich mit Stand Juni 2021 in Indien, dem Vereinigten Königreich und Moskau zur dominanten Variante entwickelt (ECDC, 2021).

Laut derzeitigen Studienergebnissen ist die Delta-Variante um 40 - 60 % infektiöser als die Alpha-Variante. Der Reff wird für die Delta-Variante um 55% höher als bei Alpha und um 97% höher als beim Wildtyp bemessen. (ECDC 2021).

Bezüglich des Schweregrads einer Infektion mit der Delta-Variante zeigen Daten aus Schottland ein erhöhtes Hospitalisierungsrisiko bei Fällen der Delta Variante. Die Case-Fatality-Rate ist allerdings laut Daten aus dem Vereinigten Königreich mit 0,3% geringer als bei der Alpha Variante (2%). Diese Daten wurden allerdings nicht anhand Alter, Geschlecht, Impfstatus oder Vorerkrankungen adjustiert. (ECDC, 2021) Bezüglich der Immunität bei Genesenen, können die Mutationen der Variante mit einer Neutralisierbarkeit durch Antikörper oder T-Zellen in Verbindung gebracht werden. Möglicherweise könnten Geimpfte und Genesene vor einer Ansteckung mit dieser Variante weniger gut geschützt sein. In Bezug auf die Immunität bei Geimpften, deuten erste vorläufige Ergebnisse darauf hin, dass der Schutz durch Impfung bei der Delta-Variante leicht unterhalb des Schutzes gegen B.1.1.7 liegt. (RKI, 2021) Teilimmunisierte Personen (eine Impfdosis von 2) scheinen gegen symptomatische Erkrankung durch die Delta Variante weniger gut geschützt zu sein, als durch andere Varianten. Vollimmunisierte Personen zeigen einen ähnlichen Schutz gegen die Delta-Variante wie gegen die Alpha-Variante.

2.2. Maßnahmen zur Verhinderung des Viruseintrages

Aus infektions-epidemiologischen Überlegungen ist es geboten, einen weiteren Eintrag bzw. eine weitere Verbreitung der oben beschriebenen Virusvarianten - insbesondere der neuen Variante B.1.617 (Delta-Variante) - nach Österreich so gering wie möglich zu halten bzw. zu unterbinden. Dies gilt ebenso für den Eintrag aus Ländern mit einer hohen Inzidenz, da die Wahrscheinlichkeit einer Infektion in solchen Staaten sehr hoch ist. Restriktivere Einreiseregeln stellen eine effektive Maßnahme zur Steuerung des grenzüberschreitenden Reiseverkehrs bis hin zu seiner gänzlichen Vermeidung und damit einer potentiellen Eintragsquelle, dar. Ein Zentrales Instrument ist die Anforderung Testnachweise bei der Einreise vorzuweisen. Zur Verhinderung eines möglichen erstmaligen Eintrags, oder eines weiteren Eintrags, im Besonderen einer Virusvariante ist es wichtig,

hierfür einen möglichst sensitiven Erregernachweis zu wählen. Der labordiagnostische Goldstandard für die Diagnose einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 ist der direkte Virusnachweis aus respiratorischen Sekreten mittels Polymerase-Kettenreaktion (PCR) bzw. anderer Nukleinsäure-Amplifikations-Techniken. PCR-Tests weisen, besonders bei hohen Ct-Werten – wie sie sowohl am Anfang als auch am Ende eines Infektionsverlaufs mit SARS-CoV-2 vorkommen – eine deutlich höhere Sensitivität als Antigentests auf, die im Rahmen der Österreichischen Teststrategie SARS-CoV-2 breitflächig eingesetzt werden. Somit können durch PCR-Tests präsymptomatisch Infizierte erkannt werden, welche mittels Antigen-Test unerkannt geblieben wären. Dies ist sowohl bei Einreise als auch bei Entlassung aus der Quarantäne von großer Relevanz. Außerdem kann bei positivem Ergebnis des PCR-Tests in Österreich bei Entlassung aus der Quarantäne die entsprechende Probe einer weiteren Analyse hinsichtlich Virusvarianten unterzogen werden.

Ein PCR-Test stellt die verlässlichste Methode der SARS-CoV-2 Erregerdiagnostik dar, und ermöglicht eine frühe Identifizierung und Isolation von Personen, welche insbesondere mit besorgniserregenden Varianten oder Varianten unter Beobachtung, infiziert sind. Aus diesem Grund ist der ausschließliche Einsatz eines PCR-Tests zum Virusnachweis für Personen, die aus den Anlage-2-Ländern einreisen oder sich innerhalb der letzten zehn Tage in jenen Ländern aufgehalten haben fachlich gerechtfertigt. Einreisende aus diesen Ländern, müssen im Gegensatz zu Einreisenden aus anderen Ländern einen molekularbiologischen Test (PCR) mitführen, ein Antigentest ist hierbei nicht ausreichend. Zusätzlich sind diese Einreisenden verpflichtet, eine Quarantäne anzutreten, die ebenfalls nur durch einen molekularbiologischen Test frühestens am fünften Tag nach der Einreise vorzeitig zu beenden ist.

Länderbegründung für die Anlage 2

Für die Aufnahme von EU/EWR-Staaten bzw. Drittstaaten auf die Anlage 2 der Einreiseverordnung wird die Liste des deutschen Robert-Koch-Instituts (RKI) zur Ausweisung internationaler Virusvariantengebiete herangezogen. Die Einstufung von den Staaten als Virusvariantengebiete basiert auf qualitativen sowie quantitativen Kriterien. Diese Einstufung findet in der Regel wöchentlich statt. Dabei wird laufend in Zusammenarbeit mit dem deutschen Bundesministerium für Gesundheit, das Deutsche Auswärtige Amt sowie des Bundesministeriums für Inneres, eine Evaluierung durchgeführt, inwiefern Staaten als Virusvariantengebiete einzustufen sind. Für die Bewertung werden verschiedene Indikatoren wie die 7-Tagesinzidenz, die Testkapazitäten, die Anzahl der Durchgeführten Tests pro Einwohner, die Verlässlichkeit der Daten, die Art des Ausbruchs (lokal begrenzt oder flächendeckend), die Verlässlichkeit der Daten sowie die Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens (Hygienebestimmungen, Kontaktnachverfolgung) herangezogen.

Die Einstufung als Risikogebiet mit einem besonders hohen Infektionsrisiko erfolgt, weil in diesem Risikogebiet eine besonders hohe Inzidenz für die Verbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 besteht (Hochinzidenzgebiet) oder weil in diesem Risikogebiet bestimmte Varianten des Coronavirus SARS-CoV-2 verbreitet aufgetreten sind (Virusvariantengebiet).

Maßgeblich für die Einstufung eines Staates als besonderes Risikogebiet aufgrund des Auftretens einer Virusvariante (Virusvariantengebiet) ist die Verbreitung einer Virusvariante (Mutation), welche nicht zugleich im Inland verbreitet auftritt und von welcher anzunehmen ist, dass von dieser ein besonderes Risiko ausgeht (z.B. hinsichtlich einer vermuteten oder nachgewiesenen leichteren Übertragbarkeit oder anderen Eigenschaften, die die Infektionsausbreitung beschleunigen, die Krankheitsschwere verstärken, oder gegen welche die Wirkung einer durch Impfung oder durchgemachten Infektion erreichten Immunität abgeschwächt ist).

Zusätzlich zur Berücksichtigung der Liste des deutschen Robert-Koch-Instituts zur Ausweisung von Risikogebieten, findet in Abstimmung zwischen dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit,

Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) sowie dem Bundesministerium für Europäische und internationale Angelegenheiten (BMEIA) einmal wöchentlich eine Evaluierung sowie Bewertung der epidemiologischen Lage der Staaten statt. Dabei werden ebenfalls verschiedene quantitative Kriterien wie die 7- sowie die 14-Tagesinzidenz, der Trend der Neuinfektionen, die Anzahl der Testungen, die Positivitätsrate der Testungen sowie qualitative Kriterien (Botschaftsberichte) herangezogen.

Die Liste der Staaten welche laut dem RKI als Staaten mit sehr hohem epidemiologischen Risiko (Virusvariantengebiete) eingeschätzt sind umfasst:

- Botsuana (Virusvariantengebiet seit 7. Februar 2021; bereits seit 31. Januar 2021 Hochinzidenzgebiet; bereits seit 22. November 2020 einfaches Risikogebiet)
- Brasilien (Virusvariantengebiet seit 19. Januar 2021; bereits seit 15. Juni 2020 einfaches Risikogebiet)
- Eswatini (Virusvariantengebiet seit 31. Januar 2021; bereits seit 15. Juni 2020 einfaches Risikogebiet)
- Indien (Virusvariantengebiet seit 26. April 2021; Hochinzidenzgebiet am 25. April 2021; bereits seit 15. Juni 2020 einfaches Risikogebiet)
- Lesotho (Virusvariantengebiet seit 31. Januar 2021; bereits seit 15. Juni 2020 einfaches Risikogebiet)
- Malawi (Virusvariantengebiet seit 7. Februar 2021; bereits seit 31. Januar 2021 Hochinzidenzgebiet; bereits seit 15. Juni 2020 einfaches Risikogebiet)
- Mosambik (Virusvariantengebiet seit 7. Februar 2021; bereits seit 31. Januar 2021 Hochinzidenzgebiet; bereits seit 15. Juni 2020 einfaches Risikogebiet)
- Namibia (Virusvariantengebiet seit 20. Juni 2021; Hochinzidenzgebiet seit 13. Juni 2021; bereits seit 14. Februar 2021 einfaches Risikogebiet)
- Nepal (Virusvariantengebiet seit 16. Mai 2021; bereits seit 9. Mai 2021 Hochinzidenzgebiet; bereits seit 15. Juni 2020 einfaches Risikogebiet)
- Sambia (Virusvariantengebiet seit 7. Februar 2021; bereits seit 31. Januar 2021 Hochinzidenzgebiet; bereits seit 15. Juni 2020 einfaches Risikogebiet)
- Simbabwe (Virusvariantengebiet seit 7. Februar 2021; bereits seit 31. Januar 2021 Hochinzidenzgebiet; bereits seit 15. Juni 2020 einfaches Risikogebiet)
- Südafrika (Virusvariantengebiet seit 13. Januar 2021; bereits seit 15. Juni 2020 einfaches Risikogebiet)
- Uruguay (Virusvariantengebiet seit 6. Juni 2021; bereit seit 21. März 2021 Hochinzidenzgebiet; bereits seit 15. Juni 2020 einfaches Risikogebiet)
- Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland der Isle of Man sowie aller Kanalinseln und aller britischen Überseegebiete (Virusvariantengebiet seit 23. Mai 2021, seit 16. Mai 2021 bereits als einfaches Risikogebiet ausgewiesen)

Resultierend aus diesem zweistufigen Bewertungsprozess der internationalen epidemiologischen Lage kann somit die Aufnahme der genannten Staaten auf Anlage 2 fachlich gerechtfertigt werden.

3. §11 – Einreise von Minderjährigen

Kinder bis zu 12 Jahren, die nach Österreich einreisen teilen, mit Ausnahme der Testverpflichtung, das rechtliche Schicksal wie die sie begleitenden getesteten Erwachsenen. Dies kann dadurch begründet werden, dass Kinder unter 12 Jahren eine geringere Zahl von Kontakthäufungen aufweisen und in ihrer Freizeitgestaltung maßgeblich durch Eltern und Aufsichtspersonen geprägt sind, was zu einer geringeren Anzahl von Kontakthäufungen mit anderen epidemiologischen Einheiten führt. Es ist auch

davon auszugehen, dass sich durch die Aufsichtspersonen die compliance mit den üblichen, vorgeschriebenen Maßnahmen im Vergleich zu etwas älteren Kindern, die sich vermehrt unbeaufsichtigt vor allem im Freizeitsetting bewegen, erhöht ist. Daraus ergibt sich eine stärkere Bindung /Austausch innerhalb ihrer epidemiologischen Einheit, was sich in der secondary attack rate für Haushaltsangehörige niederschlägt: Im Rahmen der Literaturrecherche eines Artikels wurde angeführt, dass die secondary attack rate im Haushalt zwischen **4,6% und 50%** liegt³; Andere Studien stellt auch fest, dass die SAR innerhalb eines **Haushalts bei 5,9% liegt**, während sie bei Sozial- und Arbeitskontakten nur 1,3% betrug⁴. Daher sind z.B. Testergebnisse der Eltern ein maßgeblicher Indikator für den Infektionsstatus des Kindes. Unter Berücksichtigung der Empfehlungen zur COVID-19 Schutzimpfung, die derzeit erst ab 12 Jahren möglich ist, sollte die Nachweispflicht über Testung Kinder und Jugendliche an die impfbare Bevölkerung angeglichen werden, um die zusätzliche Belastung durch Testungen in dieser Gruppe zu minimieren.

Wenn minderjährige Personen, die zwischen 12 und 18 Jahren alt sind, ohne Impfnachweis oder Genesungsnachweis in Begleitung eines Erwachsenen, der mit einem Impfnachweis oder Genesungsnachweis einreist, einreisen, haben diese bei Einreisen aus Staaten und Gebieten, die auf Anlage 1 genannt sind, bei der Einreise ein ärztliches Zeugnis über ein negatives Testergebnis oder ein Testergebnis gemäß § 2 mitzuführen und bei einer Kontrolle vorzulegen. Kann ein solches nicht vorgelegt werden, ist unverzüglich, jedenfalls binnen 24 Stunden nach der Einreise, eine Testung durchführen zu lassen. Somit besteht auch für diese Kinder keine Quarantäneverpflichtung.

Diese Testverpflichtung kann dadurch begründet werden, dass sich ältere Kinder/Jugendliche vermehrt ohne Aufsicht bewegen und auch minimalinvasive Testverfahren Kindern dieser Altersgruppen zumutbar ist.

Kinder die ohne Begleitung oder aus Ländern aus Anlage 2 einreisen, sind von diesen Bestimmungen ausgenommen und obliegen den entsprechenden Bestimmungen. Dies dient der Reduktion des Risikos von Viruseinträgen aus den als besonders gefährlich eingestuften Variantengebieten (siehe auch Punkt 3).

³ Shah et al. (2020) Secondary attack rate of COVID-19 in household contacts: a systematic review
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32726452/>

⁴ Jing et al (2020) Household Secondary Attack Rate of COVID-19 and Associated Determinants
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7276017/>

