

Fachliche Begründung für die Novellierung der Einreiseverordnung	
Autor*in/Fachreferent*in:	S2 - Krisenstab Covid-19, BMSGPK & Abteilung Impfwesen
Version / Datum:	Version 1.0 / 10.09.2021

Das Ziel der Einreiseverordnung und der darin enthaltenen Bestimmungen ist die Verringerung des Risikos von Viruseinträgen. 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 in denen Virusvarianten verbreitet sind, die als „Variants of concern“ definiert werden (Anlage 2) bzw. aus anderen Staaten und Gebieten (Staaten weder auf Anlage 1 noch auf Anlage 2 gelistet), wo weniger valide Daten zur generellen epidemiologischen Situation vorliegen, oder die Voraussetzungen für die Aufnahme auf Anlage 1 oder Anlage 2 nicht gegeben sind, sind strengere Einreisebestimmungen aufgrund der höheren Wahrscheinlichkeit (Andere Staaten weder Anlage 1 noch Anlage 2) bzw. der höheren Gefährlichkeit eines Viruseintrages (Anlage 2) rechtfertigen.

Fachliche Begründung zur Aktualisierung der Einreiseverordnung

Impfungen (Gültigkeit)

Für einen vollständigen initialen Impfschutz ist eine komplette (2-teilige bzw. im Falle des Impfstoffs COVID-19 Vaccine Janssen 1-teilige) Impfserie mit einem EU-weit zugelassenen Impfstoff laut Fachinformation erforderlich. Auf individueller Ebene bedeutet die Impfung, dass das Risiko, schwer an COVID-19 zu erkranken oder zu versterben, minimiert wird. Kommt es in Ausnahmefällen trotz Impfung zu einer COVID-19-Erkrankung, so verläuft diese deutlich milder und werden Komplikationen und Todesfälle weitgehend vermieden. Schutzmaßnahmen wie das Tragen von Masken müssen so lange aufrechterhalten werden, bis ausreichend viele Menschen geimpft sind.

Delta-Variante und Relevanz eines vollständigen Impfschemas

Gegen die derzeit vorherrschende Delta-Variante reicht eine einzelne Impfdosis eines EU-weit zugelassenen Impfstoffes nicht aus. Der Erhalt eines vollständigen Impfschemas (Impfstoff-abhängig 1 bzw 2 Dosen) laut Zulassung scheint aber initial ausreichenden Schutz vor Hospitalisierung und schwerer Erkrankung zu gewährleisten^{1 2}. Dies **unterstreicht die Relevanz der Verabreichung eines vollständigen Impfschemas**.

Da unmittelbar nach der Verabreichung einer Impfdosis aus immunologischer Sicht noch keine ausreichende Immunreaktion bzw. Schutzwirkung gegeben ist, ist es im Sinne eines einheitlichen Vorgehens sinnvoll, erst ab 14 Tage nach Abschluss des ersten vollständigen Impfschemas (impfstoffabhängig 1 bzw 2 Dosen) von einer geringeren epidemiologischen Gefahr auszugehen. Dies entspricht auch der Empfehlung 2021/961 des EU-Rates³. **Somit wird seitens der Impfabteilung der**

¹ Lopez Bernal J et al. (2021). Effectiveness of Covid-19 Vaccines against the B.1.617.2 (Delta) Variant. The New England journal of medicine, 385(7), 585–594.

² CDC. SARS-CoV-2 Infections and Hospitalizations Among Persons Aged ≥16 Years, by Vaccination Status – Los Angeles County, California, May 1 – July 25, 2021. Morbidity and Mortality Weekly Report, Early Release/Vol.70, August 24, 2021

³ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021H0961&from=EN>, accessed: 08.09.2021

Beginn der Gültigkeit des Green Passes nach Ablauf von 14 Tagen nach Erhalt der letzten Dosis des Impfschemas mit einem EU-weit zugelassenen Impfstoff empfohlen.

Bzgl. Impfstoffen, die nicht in der EU zugelassen sind, liegen in der Abteilung für Impfwesen keine Informationen in Hinblick auf eine geringere epidemiologische Gefahr in Zusammenhang mit der Delta-Variante auf.

Relevanz zusätzlicher Impfstoffdosen

Die nachfolgenden Empfehlungen beruhen vorwiegend auf theoretischen Überlegungen und einer derzeit begrenzten Datenlage. Alle in der EU zugelassenen Impfstoffe sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur für die primäre Immunisierung, und nicht für eine weitere Dosis zugelassen, weshalb es sich bei einer weiteren Dosis um eine off-label Anwendung außerhalb der EU-weiten Zulassung handelt.

Epidemiologische Daten nicht nur aus Österreich, sondern auch aus anderen Ländern zeigen, dass das Infektionsgeschehen derzeit im Steigen begriffen ist und für die Herbstmonate eine deutliche Zunahme an SARS-CoV-2-Infektionen erwartet wird.

Daten aus Israel und England lassen darauf schließen, dass bei Personen höheren Alters und bei Personen mit bestimmten Vorerkrankungen/Immunsuppression die Schutzwirkung gegen die Delta-Variante nicht in allen Fällen 9 Monate lang in vollem Ausmaß gegeben ist. Gleichzeitig zeigen die Daten aus Israel und England, dass durch Drittimpfungen Infektionen, Impfdurchbrüche und damit assoziierte Krankenhausaufenthalte reduziert werden können.

In Anbetracht dieser Entwicklung, sowie der Wahrscheinlichkeit des Auftretens weiterer Varianten, ist eine die Verabreichung weiterer Impfstoffdosen laut der Empfehlung des Nationalen Impfgremiums zur Aufrechterhaltung einer ausreichenden Schutzwirkung indiziert.

Es wird darauf hingewiesen, dass etwaige Entwicklungen mit neuen Varianten und neue wissenschaftliche Erkenntnisse eine Änderung der auf theoretischen Überlegungen fußenden Schutzdauer sowohl nach oben als auch nach unten erfordern können, und dass dadurch die Empfehlungen adaptiert werden müssen.

Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums bezüglich des Grünen Passes

Das nationale Impfgremium empfiehlt eine Ausdehnung des Gültigkeitsbereichs des grünen Passes für vollständig **mit 2 Dosen initial immunisierte Personen auf 12 Monate (=365 Tage).**

Im Falle der **Erstimmunisierung mit COVID-19-Vaccine Janssen** wird aufgrund der Datenlage eine Beibehaltung der **Gültigkeit von 270 Tagen empfohlen.**

Genesene

Neue Evidenz deutet darauf hin, dass Genesene über eine schlechtere Schutzwirkung verfügen als Geimpfte. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Delta-Variante und den Nachweis von neutralisierenden Antikörpern als Nachweis geringerer epidemiologischer Gefahr⁴. Daher ist aus

⁴ [Planas, D et al. \(2021\). Reduced sensitivity of SARS-CoV-2 variant Delta to antibody neutralization. Nature, 596\(7871\), 276–280.](#)

medizinischer Sicht empfohlen den **Nachweis neutralisierender Antikörper nicht mehr als Nachweis zum Erhalt eines Grünen Passes zur Einreise zuzulassen.**

Genesene (nach PCR-bestätigter Infektion oder bei Nachweis neutralisierender Antikörper vor einer ersten Dosis), die eine Impfung mit einem EU-weit zugelassenen Impfstoff erhalten haben, sollen wie vollständig geimpfte Personen (impfstoffabhängig 1 bzw 2 Dosen) angesehen werden und genauso wie Personen behandelt werden, die 2 Impfstoffdosen erhalten haben (Gültigkeit Grüner Pass bis 12 Monate (=365 Tage)).

Genesene (nach PCR-bestätigter Infektion oder bei Nachweis neutralisierender Antikörper vor einer ersten Dosis), die bereits 2 Impfungen mit einem EU-weit zugelassenen Impfstoff erhalten haben, sollen derzeit bis auf weiteres keine weitere Impfung gegen COVID-19 erhalten, (aus medizinischer Sicht ist sogar davon abzuraten bzw. völlig unklar, ob dies vertretbar wäre) und die Gültigkeitsdauer des grünen Passes wird mit 12 Monaten (=365 Tage) nach der 2. Dosis empfohlen.

Weitere Impfdosen

Aus immunologischen Überlegungen und Erfahrungen mit anderen Impfstoffen kann nach der weiteren Dosis (impfstoffabhängig 2. bzw. 3. Dosis) **mit einer Schutzdauer von mindestens 9-12 Monaten** gerechnet werden. Entsprechend wird auch von einer geringeren epidemiologischen Gefahr ausgegangen, wenngleich hier noch direkte Evidenz fehlt, um dies zu belegen. Diese weitere (impfstoffabhängig 2. bzw. 3.) Dosis ist voraussichtlich notwendig, um einen langanhaltenden Impfschutz aufzubauen.

Daher empfiehlt das Nationale Impfgremium eine Gültigkeitsdauer von 12 Monaten (=365 Tage) für alle Altersgruppen nach dieser weiteren Dosis (impfstoffabhängig 2. bzw. 3. Dosis).

Aus Gründen der technischen Umsetzbarkeit wird die Gültigkeit dennoch auf 360 Tage festgelegt.

Intervalle zwischen den einzelnen Impfdosen

Intervall von mindestens 14 Tagen zwischen 1. und 2. Impfstich

Aus medizinisch-fachlicher Sicht, laut Empfehlung des NIG und auch in Anbetracht der in den Wirksamkeitsstudien der zugelassenen Impfstoffe eingehaltenen Intervallen zwischen erster und zweiter Dosis ist ein Mindestabstand von 19 Tagen zu empfehlen. Da aber eine substantielle Anzahl an Personen ihre zweite Impfung nach einem kürzeren Intervall erhalten hat (laut mündlicher Auskunft der ELGA 16.000 x 7 also rund 112.000 Personen) und eine dahingehende Änderung die Aberkennung deren Green Pass zur Folge hätte, scheint aus pragmatischen Gründen eine Festlegung des Mindestabstands auf 14 Tage annehmbar, wobei festzuhalten ist, dass die Wirksamkeit der Impfung bei der Verabreichung in so kurzen Intervallen nicht durch wissenschaftliche Studien bestätigt wurde, wie es aber für längere Intervalle der Fall ist (vgl. Zulassungsstudien der derzeit EU-weit autorisierten Impfstoffe). Von einem gewissen Schutz ist jedoch im Intervall >14 Tage auszugehen bzw. wäre es auch nicht sinnvoll, innerhalb kurzer Zeit eine weitere Dosis zu verabreichen.

Intervall von mindestens 120 Tagen zwischen 2. und 3. Impfstich

Die fachliche Empfehlung des Nationalen Impfgremiums sieht derzeit einen Mindestabstand von 6 Monaten zwischen der zweiten und dritten Dosis vor, Zurückhaltung besteht mangels Daten zu möglichen Impfreaktionen und fehlender Zulassung einer 3. Dosis. Einer Pressemitteilung der Firmen Pfizer und BioNTech vom 25.08.2021 zufolge wurden Phase III Studien hinsichtlich einer dritten Dosis durchgeführt, wobei diese unter anderem schon ab 4,8 Monaten (d.h. ca. 142-146 Tage) nach der

zweiten Dosis verabreicht wurde. Es erfolgte mittlerweile ein Antrag auf Zulassung bei der EMA seitens Pfizer für ein 6-Monats-Intervall. In Anbetracht der von Pfizer/BioNTech zur Verfügung gestellten Informationen ist die Möglichkeit gegeben, dass eine Zulassung für die Verabreichung einer dritten Dosis auch schon zu einem früheren Zeitpunkt als 6 Monate nach der zweiten Impfdosis erfolgen könnte. Im Impfgremium wurde in Zusammenhang mit der Diskussion einer unteren Grenze von 4 Monaten dahingehend ersichtlich, dass es sinnvoll ist, das Intervall technisch nicht auf 180 Tage zu begrenzen, dann müssten Zertifikate zurückgezogen werden. Aus medizinischer Sicht ist klar, ein längeres Intervall zur Erreichung eines möglichen längeren Schutzes (vorbehaltlich Entwicklung mit Virusvarianten) zu bevorzugen, gleichzeitig hat die Praxis gezeigt, dass derartige Empfehlungen nicht immer genau eingehalten werden, weshalb zwecks notwendiger Flexibilität ein Intervall von mindestens 120 Tagen in Ausnahmefällen aus pragmatischen Gründen vertretbar und anwendbar erscheint.

Anpassung Quarantäne- und die Registrierungspflicht § 7 Abs. 3 Z 2

Getestete Personen sind nicht gegen Infektion geschützt. Das **Risiko einer Übertragung** durch negativ getestete Personen steigt mit längerer Testgültigkeit und schlechterer Test- bzw. Abnahmequalität. Personen, die regelmäßig getestet werden können frühzeitig isoliert werden und dadurch weitere Transmissionsketten vermieden werden. Allerdings besteht die Wahrscheinlichkeit einer schweren Erkrankung und damit **Belastung des Gesundheitssystems**. Unabhängig von der Testart stellen SARS-CoV-2-Tests generell immer nur eine Momentaufnahme des individuellen Infektionsstatus dar.

Sowohl **genesene** als auch **geimpfte** Personen haben im seltenen Fall einer Infektion eine deutlich geringere Wahrscheinlichkeit schwer an COVID-19 zu erkranken und gehen somit mit einem **geringeren Systemrisiko** einher (Überlastung des Gesundheitssystems).

Die Impfung bietet nach dem derzeitigen Wissensstand einen Individualschutz, zudem haben COVID-19-Impfungen in zahlreichen Untersuchungen einen **transmissionsreduzierenden Effekt** und bei Personen mit Impfdurchbrüchen eine reduzierte Viruslast erkennen lassen. Dieser Effekt ist zwar deutlich (Größenordnung zwischen 70 und 85% ab vollständiger Immunisierung), aber noch nicht letztgültig quantifizierbar und dürfte auch vom Impfstoff, sowie von der SARS-CoV-2-Variante abhängig sein.

Generell sind Reinfektionen selten und es konnte eine Immunität (80 – 100 %-iger Schutz) für etwa 6 Monate bei **genesenen Personen** in Studien nachgewiesen werden. Eine rezente Studie (preprint) beobachtet, dass Genesene ähnlich gut gegen Infektionen mit der Delta-Variante geschützt sind wie vollständig Immunisierte. Geimpfte Genesene weisen noch bessere Schutzraten auf. Immunologische Überlegungen legen nahe, dass gerade bei genesenen Personen auch eine **gewisse Reduktion der Transmission** bei möglichen Re-Infektionen gegeben ist, weil die Immunität am Ort der Infektion, der Mucosa, erworben wird. Jedenfalls sollte dies im Ausmaß vergleichbar sein mit geimpften Personen. Personen, die eine symptomatische SARS-CoV2-Infektion durchgemacht haben, haben ein Risiko sich zu re-infizieren (speziell bei Virusvarianten) jedoch spielen sie ebenfalls in der **epidemiologischen Infektionskette** keine wesentliche Rolle^[1].

Anlage 1: Staaten und Gebiete mit geringem epidemiologischen Risiko

Für eine Einreise aus diesen Staaten und Gebieten ist 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

^[1] Anwendungsempfehlungen des Nationalen Impfgremiums

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.

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.

Fachliche Begründung zur Streichung der Staaten Albanien, Armenien, Aserbaidshan, Brunei, Israel, Japan, Kosovo, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien, Thailand und den Vereinigten Staaten von Amerika von Anlage 1 der Einreiseverordnung:

Alle genannten Staaten weisen derzeit eine 14-Tagesinzidenz von mindestens 200 pro 100 000 EW auf und befinden sich somit deutlich über den definierten Schwellenwerten zur Aufnahme von Drittstaaten auf Annex 1 der EU-Ratsempfehlung 2020/912. Aufgrund der generellen epidemiologischen Situation wurden diese Staaten von Annex 1 (Positivliste) der EU-Ratsempfehlung 2020/912 gestrichen.

Zusammenfassend kann aufgrund der epidemiologischen Situation in den genannten Staaten, sowie der Überschreitung der definierten Schwellenwerte laut EU-Ratsempfehlung 2020/912 eine Streichung der Staaten Albanien, Armenien, Aserbaischan, Brunei, Israel, Japan, Kosovo, Montenegro, Nordmazedonien, Serbien, Thailand und den Vereinigten Staaten von Amerika, von Anlage 1 der Einreiseverordnung fachlich gerechtfertigt werden.

Fachliche Begründung zur Aufnahme von Uruguay auf die Anlage 1 der Einreiseverordnung:

Uruguay weist laut ECDC-Daten vom 09.09.2021 eine 7-Tagesinzidenz von 29 pro 100.000 EW und eine 14-Tagesinzidenz von 46 pro 100.000 EW auf. Es werden 3.349 Testungen pro 100.000 EW durchgeführt und die Positivitätsrate liegt bei 1,4%. Im 14-Tagesfenster kann ein stabiler Trend festgestellt werden mit einem Rückgang der Fälle um -5%. 77,3% der Gesamtbevölkerung sind teil- und 72,7% vollimmunisiert. Gemäß Farbklassifizierung der EU-Ratsempfehlung 2020/912 (betr. EU/EWR-) wäre Uruguay derzeit als „grün“ kategorisiert.

Zusammenfassend liegt Uruguay damit unter dem Schwellenwert zur Aufnahme auf Annex 1 laut EU-Ratsempfehlung 2020/912 für Drittstaaten. Aus Sicht von S2 kann die Aufnahme von Uruguay auf Anlage 1 der Einreiseverordnung fachlich gerechtfertigt werden.

Anlage 1: §5a Sonderbestimmung für die Einreise auf dem Luftweg aus bestimmten Staaten und Gebieten der Anlage 1

Mit der 2. Novelle der Einreiseverordnung wurden durch die Bestimmungen des §5a schärfere Einreisemaßnahmen für auf der Anlage 1 gelistete Staaten eingeführt. Für Drittstaaten gelten grundsätzlich strengere Kriterien für die Listung auf Anlage 1. Aufgrund dessen ist der §5a für Drittstaaten in dem Sinne nicht relevant, da diese bereits vor der Anwendung des Paragraphen von Anlage 1 gestrichen werden würden.

Vor allem die hohen Inzidenzen in einigen europäischen Staaten sowie die Zunahme des innereuropäischen Reisegeschehens in der Urlaubszeit rechtfertigen schärfere Bestimmungen für die Einreise aus den betreffenden Staaten, um den Viruseintrag aus diesen Staaten zu verringern. Aus diesem Grund wurden Sonderbestimmungen für die Einreise auf dem Luftweg aus bestimmten Staaten und Gebieten der Anlage 1 eingeführt. Kriterium für die Anwendung der Sonderbestimmungen gemäß § 5a auf einen Staat oder ein Gebiet ist primär die Inzidenz, erforderlichenfalls werden aber auch andere epidemiologische Parameter wie die Positivitätsrate oder der Trend der Fallzahlen berücksichtigt.

Fachliche Begründung: Streichung von Spanien von §5a und Listung auf Anlage 1 ohne §5a

Spanien weist laut ECDC-Daten vom 09.09.2021 eine 7-Tagesinzidenz von 67 pro 100.000 EW und eine 14-Tagesinzidenz von 171 pro 100.000 EW auf. Es werden 2.889 Testungen pro 100.000 EW durchgeführt und die Positivitätsrate liegt bei 6,1 %. Im 14-Tagesfenster kann ein fallender Trend festgestellt werden mit einem Rückgang der Fälle um 46%. 78,9 % der Gesamtbevölkerung sind teil- und 73,6% vollimmunisiert. Spanien wird derzeit von ECDC als rot kategorisiert. Damit liegt Spanien deutlich unter dem Schwellenwert laut EU-Ratsempfehlung 2020/1475 nach der von einem Staat ein sehr hohes epidemiologisches Risiko ausgeht, wenn die 14-Tagesinzidenz den Wert von über 500/100.000 EW. übersteigt.

Aus Sicht von S2, kann die Streichung von Spanien von der Liste der Länder, für die die Sonderbestimmungen des §5a gelten, sowie die Listung auf Anlage 1 ohne §5a fachlich gerechtfertigt werden.

Anlage 2: Einreise aus Virusvariantengebieten und –staaten

Aufgrund der Dynamik der epidemiologischen Entwicklung ist es geboten, auch immer wieder die Begründung für die Listung einzelner Staaten auf bestimmte Anlagen zu evaluieren.

Maßgeblich für die Einstufung eines Staates als 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). Diese Einschätzung teilt die Prämissen etwa auch mit der Einstufung von Staaten als Virusvariantengebiete des RKI, auf die Österreichs Einschätzungen unter Anderem Bezug nehmen.

Hinsichtlich der Verbreitung der Delta-Variante und der Entwicklung zur dominanten Variante in Österreich, sowie den meisten europäischen Staaten, sollten sich diese Entwicklungen auch in der Listung von Ländern auf Anlage 2 widerspiegeln.

Fachliche Begründung zur Streichung von Eswatini, Lesotho, Malawi, Mosambik, Namibia, Simbabwe und Uruguay:**Eswatini**

Eswatini weist laut ECDC-Daten vom 09.09.2021 eine 7-Tagesinzidenz / 100.000 EW von 116 und eine 14-Tagesinzidenz / 100.000 EW von 321 auf. Im 14-Tagesfenster kann ein sinkender Trend festgestellt werden mit einem Rückgang der Fälle um 60%. 8,2% der Gesamtbevölkerung sind teil- und 7,3% vollimmunisiert. Gemäß Farbklassifizierung der EU-Ratsempfehlung 2020/1475 (betr. EU/EWR-Staaten) wäre Südafrika derzeit als „grau“ kategorisiert.⁵

Lesotho

Lesotho weist laut ECDC-Daten vom 09.09.2021 eine 7-Tagesinzidenz / 100.000 EW von 0 und eine 14-Tagesinzidenz / 100.000 EW von 1 auf. Es werden 19 Testungen pro 100.000 EW durchgeführt und die Positivitätsrate liegt bei 3,1%. Im 14-Tagesfenster kann ein sinkender Trend festgestellt werden mit einer Abnahme der Fälle um 94%. 3,3% der Gesamtbevölkerung sind teil- und 1,5% vollimmunisiert. Gemäß Farbklassifizierung der EU-Ratsempfehlung 2020/1475 (betr. EU/EWR-Staaten) wäre das Vereinigte Königreich derzeit als „grau“ kategorisiert.⁵

Malawi

Malawi weist laut ECDC-Daten vom 09.09.2021 eine 7-Tagesinzidenz / 100.000 EW von 2 und eine 14-Tagesinzidenz / 100.000 EW von 7 auf. Es werden 73 Testungen pro 100.000 EW durchgeführt und die Positivitätsrate liegt bei 9,7%. Im 14-Tagesfenster kann ein fallender Trend festgestellt werden mit einem Rückgang der Fälle um 62%. 3,6% der Gesamtbevölkerung sind teil- und 2,2% vollimmunisiert. Gemäß Farbklassifizierung der EU-Ratsempfehlung 2020/1475 (betr. EU/EWR-Staaten) wäre Malawi derzeit als „grau“ kategorisiert.⁵

Mosambik

Mosambik weist laut ECDC-Daten vom 09.09.2021 eine 7-Tagesinzidenz / 100.000 EW von 7 und eine 14-Tagesinzidenz / 100.000 EW von 17 auf. Es werden 119 Testungen pro 100.000 EW durchgeführt und die Positivitätsrate liegt bei 14,2%. Im 14-Tagesfenster kann ein fallender Trend festgestellt werden mit einem Rückgang der Fälle um 49%. 5,1% der Gesamtbevölkerung sind teil- und 2% vollimmunisiert. Gemäß Farbklassifizierung der EU-Ratsempfehlung 2020/1475 (betr. EU/EWR-Staaten) wäre Mosambik derzeit als „grau“ kategorisiert.⁵

Namibia:

Namibia weist laut ECDC-Daten vom 09.09.2021 eine 7-Tagesinzidenz / 100.000 EW von 35 und eine 14-Tagesinzidenz / 100.000 EW von 69 auf. Es werden 839 Testungen pro 100.000 EW durchgeführt und die Positivitätsrate liegt bei 8,2%. Im 14-Tagesfenster kann ein sinkender Trend festgestellt werden mit einem Rückgang der Fälle um 34%. 8,3% der Gesamtbevölkerung sind teil- und 4,5% vollimmunisiert. Gemäß Farbklassifizierung der EU-Ratsempfehlung 2020/1475 (betr. EU/EWR-Staaten) wäre Namibia derzeit als „rot“ kategorisiert.⁵

Simbabwe

Simbabwe weist laut ECDC-Daten vom 09.09.2021 eine 7-Tagesinzidenz / 100.000 EW von 7 und eine 14-Tagesinzidenz / 100.000 EW von 20 auf. Es werden 419 Testungen pro 100.000 EW durchgeführt und die Positivitätsrate liegt bei 4,7%. Im 14-Tagesfenster kann ein fallender Trend festgestellt

⁵ Aufgrund der oft unklaren Datenvalidität von Drittstaaten ist bei der Interpretation der Daten bzw. dem Vergleich mit der epidemiologischen Lage innerhalb der Europäischen Union jedoch Vorsicht geboten.

werden mit einer Abnahme der Fälle um 54%. 18,2% der Gesamtbevölkerung sind teil- und 11,6% vollimmunisiert. Gemäß Farbklassifizierung der EU-Ratsempfehlung 2020/1475 (betr. EU/EWR-Staaten) wäre Simbabwe derzeit als „grau“ kategorisiert.

Uruguay

Uruguay weist laut ECDC-Daten vom 09.09.2021 eine 7-Tagesinzidenz von 29 pro 100.000 EW und eine 14-Tagesinzidenz von 46 pro 100.000 EW auf. Es werden 3.349 Testungen pro 100.000 EW durchgeführt und die Positivitätsrate liegt bei 1,4%. Im 14-Tagesfenster kann ein stabiler Trend festgestellt werden mit einem Rückgang der Fälle um -5%. 77,3% der Gesamtbevölkerung sind teil- und 72,7% vollimmunisiert. Gemäß Farbklassifizierung der EU-Ratsempfehlung 2020/1475 (betr. EU/EWR-Staaten) wäre Uruguay derzeit als „grün“ kategorisiert.

Bei den auf Anlage 2 gelisteten Staaten **Eswatini, Lesotho, Malawi, Mosambik, Namibia, Simbabwe und Uruguay** handelt es sich um Staaten, in denen die Delta-Variante⁶ dominant ist. Da die Einstufung eines Staates als Virusvariantengebiet darauf abzielt, die Verbreitung einer Virusvariante (Mutation), welche nicht zugleich im Inland verbreitet auftritt, zu verhindern, entfällt die Notwendigkeit genannte Staaten aufgrund der Klassifikation als Virusvariantenstaat bzw. Virusvariantengebiet auf Anlage 2 zu listen, da in den betroffenen Ländern die Delta-Variante dominant ist. Ergänzend dazu, ist die Verhältnismäßigkeit der verschärften Einreiseregulungen die mit einer Listung auf Anlage 2 der Einreiseverordnung einhergehen, mit der epidemiologischen Lage in den Staaten nicht gegeben.

Aus Sicht von S2 kann somit die Streichung von Eswatini, Lesotho, Malawi, Mosambik, Namibia, Simbabwe und Uruguay von Anlage 2 der Einreiseverordnung fachlich gerechtfertigt werden.

Fachliche Begründung zur Aufnahme von Chile, Costa Rica und Suriname auf Anlage 2:

Chile:

Chile weist laut ECDC-Daten vom 09.09.2021 eine 7-Tagesinzidenz von 17 pro 100.000 EW und eine 14-Tagesinzidenz von 37 pro 100.000 EW auf. Es werden 3.739 Testungen pro 100.000 EW durchgeführt und die Positivitätsrate liegt bei 1%. Im 14-Tagesfenster kann ein fallender Trend festgestellt werden mit einem Rückgang der Fälle um 29%. 75,2% der Gesamtbevölkerung sind teil- und 71,8% vollimmunisiert. Gemäß Farbklassifizierung der EU-Ratsempfehlung 2020/1475 (betr. EU/EWR-Staaten) wäre Chile derzeit als „grün“ kategorisiert. Außerdem wird in Chile laut Daten von GISAID eine Verbreitung der Gamma – Variante (P.1.) in 50,7% der sequenzierten Proben nachgewiesen.⁶

Um einen Eintrag der Gamma-Variante (P.1.) nach Österreich bestmöglich zu vermeiden, kann die Aufnahme von Chile auf die Anlage 2 der Einreiseverordnung fachlich gerechtfertigt werden

Costa Rica:

Costa Rica weist laut ECDC-Daten vom 09.09.2021 eine 7-Tagesinzidenz von 334 pro 100.000 EW und eine 14-Tagesinzidenz von 642 pro 100.000 EW auf. Es werden 2.782 Testungen pro 100.000 EW durchgeführt und die Positivitätsrate liegt bei 23,1%. Im 14-Tagesfenster kann ein steigender Trend festgestellt werden mit einem Anstieg der Fälle um 31%. 59,5% der Gesamtbevölkerung sind teil- und 23,7% vollimmunisiert. Gemäß Farbklassifizierung der EU-Ratsempfehlung 2020/1475 (betr. EU/EWR-Staaten) wäre Costa Rica derzeit als „dunkelrot“ kategorisiert. Außerdem wird in Costa Rica

⁶ vgl. Daten von GISAID und OurWorldInData;

laut Daten von GISAID eine Verbreitung der Gamma – Variante (P.1.) in 14,3% der sequenzierten Proben nachgewiesen.⁶

Um einen Eintrag der Gamma-Variante (P.1.) nach Österreich bestmöglich zu vermeiden, kann die Aufnahme von Costa Rica auf die Anlage 2 der Einreiseverordnung fachlich gerechtfertigt werden.

Suriname:

Suriname weist laut ECDC-Daten vom 09.09.2021 eine 7-Tagesinzidenz von 349 pro 100.000 EW und eine 14-Tagesinzidenz von 586 pro 100.000 EW auf. Es werden 1.299 Testungen pro 100.000 EW durchgeführt und die Positivitätsrate liegt bei 45,1%. Im 14-Tagesfenster kann ein steigender Trend festgestellt werden mit einem Anstieg der Fälle um 125%. 35,1% der Gesamtbevölkerung sind teil- und 25,1% vollimmunisiert. Gemäß Farbklassifizierung der EU-Ratsempfehlung 2020/1475 (betr. EU/EWR-Staaten) wäre Suriname derzeit als „dunkelrot“ kategorisiert. Außerdem wird in Suriname laut Daten von GISAID eine Verbreitung der Gamma – Variante (P.1.) in 66,7% der sequenzierten Proben nachgewiesen.⁶

Um einen Eintrag der Gamma-Variante (P.1.) nach Österreich bestmöglich zu vermeiden, kann die Aufnahme von Suriname auf die Anlage 2 der Einreiseverordnung fachlich gerechtfertigt werden.