

Fachliche Begründung der COVID-19-EinreiseV 2022

Autor*in/Fachreferent*in: S2 - Krisenstab Covid-19, BMSGPK

Version / Datum: Version 1.0 / 12.05.2022

Das Ziel der Einreiseverordnung und der darin enthaltenen Bestimmungen ist die Verringerung des Risikos von Viruseinträgen. Dabei sollen die Einreisebestimmungen an die epidemiologische Lage sowie die pandemische Entwicklung angepasst werden. Bei derzeitiger Lage und der allgemein geringer einzuschätzenden Pathogenität von Omikron kann das Einreiseregime gelockert werden.

Kurz zusammengefasst, ist die Einreise aus allen Ländern (EU/EWR sowie Drittstaaten) ohne einen Nachweis über eine geringe epidemiologische Gefahr (3G Nachweis) möglich und fachlich gerechtfertigt. Für die Einreise nach Österreich aus Staaten und Gebieten mit sehr hohem epidemiologischen Risiko bzw. in denen eine Virusvariante verbreitet ist (Anlage 1), 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 leichten Übertragbarkeit oder anderer Eigenschaften, die die Ausbreitung beschleunigen, die Krankheitsschwere verstärken, oder gegen welche die Wirkung einer durch Impfung oder durchgemachten Infektion erreichten Immunität abgeschwächt ist), sind strengere Einreisebestimmungen aufgrund der höheren Wahrscheinlichkeit bzw. der höheren Gefährlichkeit eines Viruseintrages gerechtfertigt.

Aktuelle Entwicklung nationale Lage

Lage

Die von der Delta-Variante getriebene vierte Pandemiewelle erreichte ihre Spitze Ende November 2021. Nach einer erheblichen Reduktion der Fallzahlen im Laufe des Dezember 2021 wurde Ende Dezember eine neuerliche Trendumkehr und im Januar ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen verzeichnet. Der darauffolgende Rückgang der Fallzahlen im Februar wurde im März abermals von einem Anstieg der Fallzahlen abgelöst.

Diese Entwicklung muss in Zusammenhang mit der seit KW 52 österreichweit dominanten Omikron-Variante, ihrer Subvarianten und der schrittweisen Maßnahmenlockerungen Mitte Februar und Anfang März gesehen werden. Von KW 05 bis inklusive KW 09, konnte eine Stabilisierung der Zahl der täglichen Neuinfektionen mit Fallzahlen auf durchgängig hohem Niveau beobachtet werden. Ab KW 10 wurde ein neuerlicher Anstieg der Fallzahlen verzeichnet, dessen Spitze in KW 12 beobachtet werden konnte. Seit KW 12 wird ein kontinuierlicher Rückgang der Infektionszahlen in Österreich verzeichnet. Dieser Rückgang hält bis heute, Kalenderwoche 19 an.

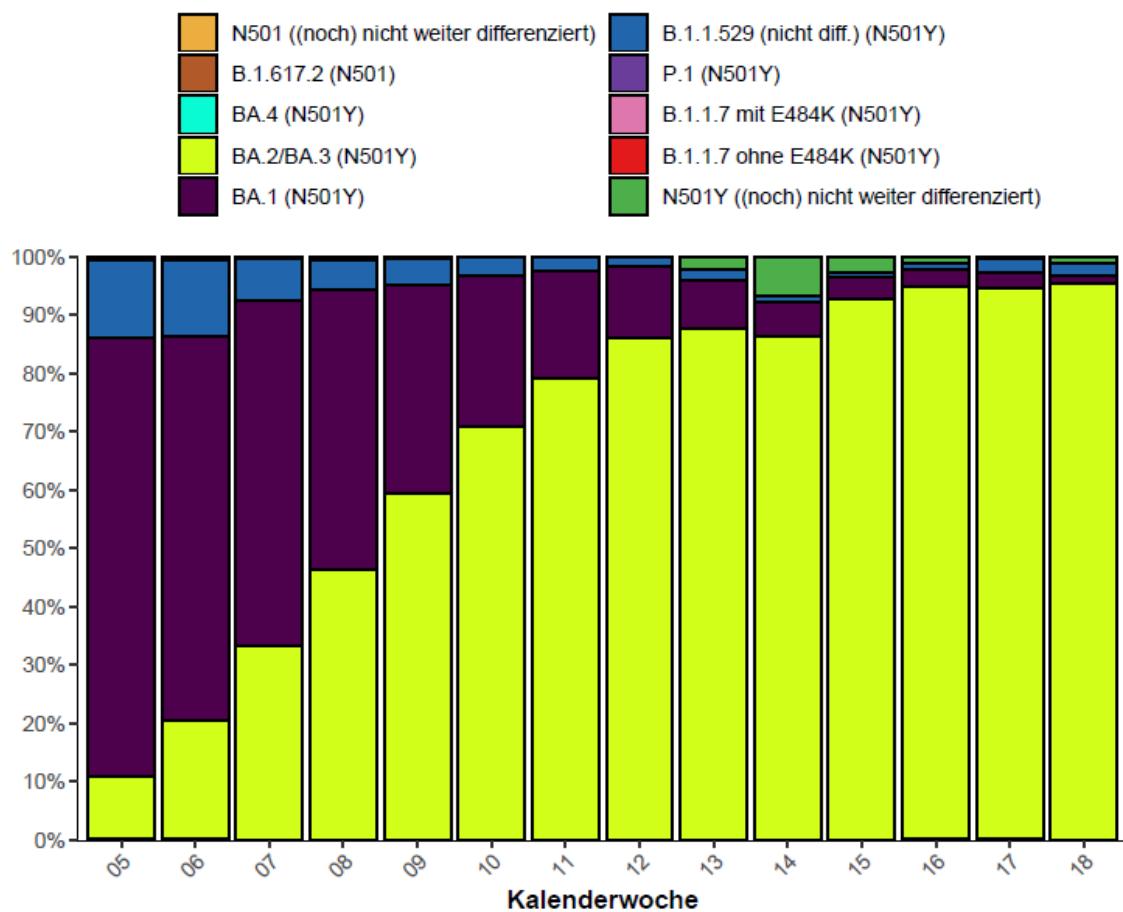
Die österreichweite 7-Tage-Inzidenz beträgt laut aktuellstem AGES-Lagebericht vom 11.05.2022, 390,9 Neuinfektionen / 100.000 Einwohner:innen, der aktuell geschätzte R_{eff} liegt bei 0,91.

Virusvarianten

Das aktuelle Infektionsgeschehen in Gesamtösterreich wurde bis KW 52 in 2021 von der Virusvariante B.1.617.2 Delta dominiert. Seit dem Auftreten der ersten Fälle der Virusvariante B.1.1.529 (Omicron) in KW 47 hat sich deren Anteil kontinuierlich und sehr schnell erhöht und seit KW 52 ist Omikron die dominante SARS-CoV-2-Virusvariante in Österreich. Seit KW 03 (2022) hat sich der Anteil der Omikron Sublinie BA.2/BA.3 kontinuierlich erhöht und hat sich seit KW 09 zur dominanten Omikron Sublinie in Österreich entwickelt. Nach den aktuellsten vorliegenden Daten der AGES Varianten Surveillance vom

10.05.2022 sind in KW 18 (2022) 95,38% der auf Varianten durch Sequenzierung oder PCR-basiert untersuchten positiven Fälle der Sublinie BA.2/BA.3 und 1,27% der Sublinie BA.1 zuzuordnen. 2,23% der Fälle, die auf Omikron zurückgehen, sind nicht weiter differenziert.

Anteil der Variants of Concern in Österreich über den Zeitraum KW 05 - KW 18:

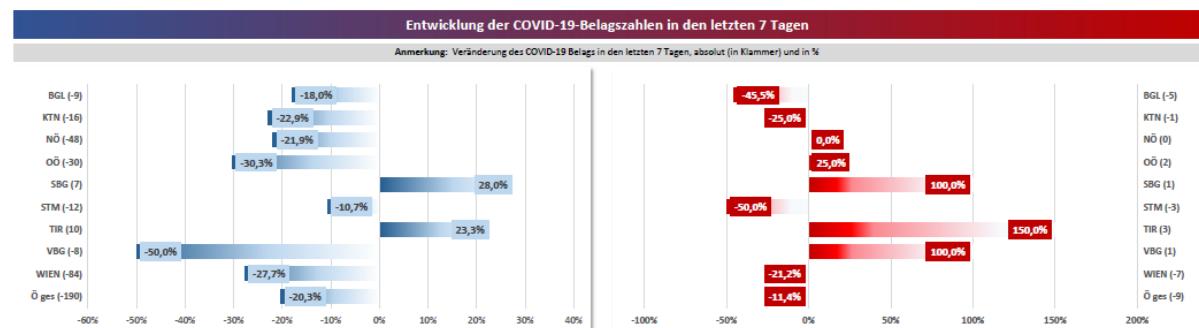
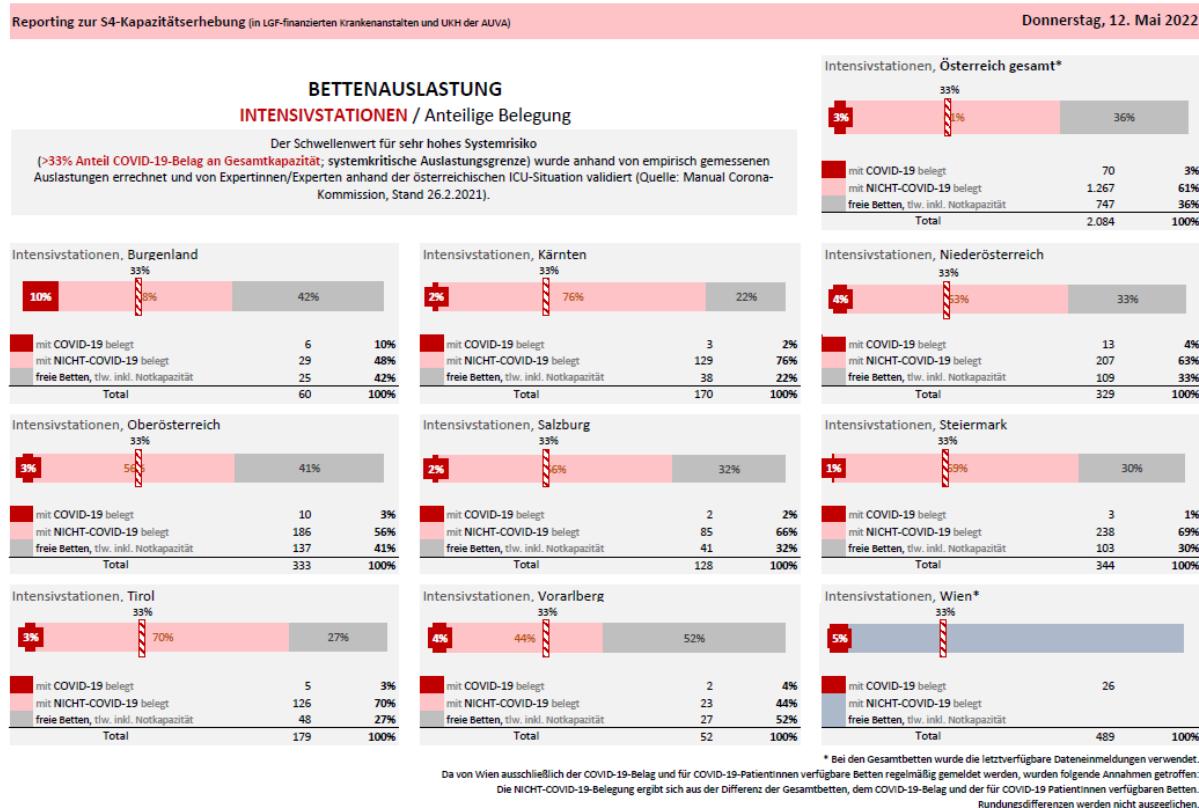


Systembelastung

Aktuelle Auslastung durch COVID-19 Patient:innen

Intensivpflegebereich:

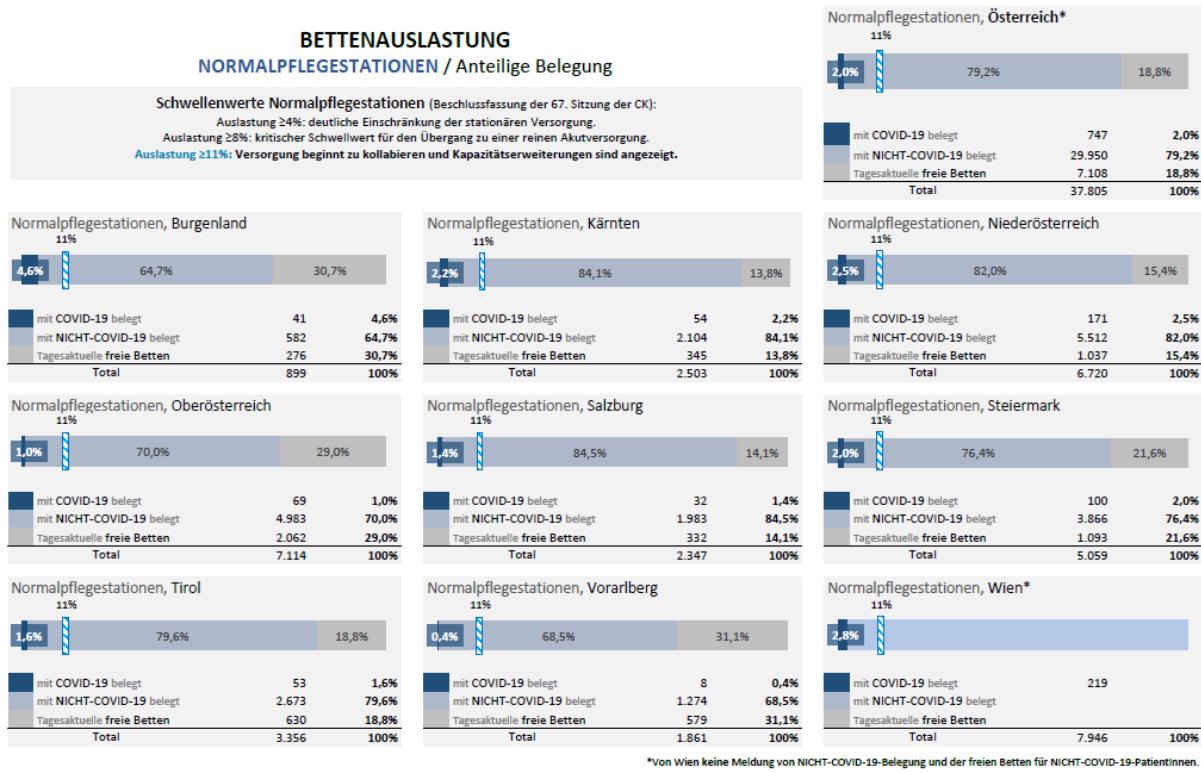
Am 12.05.2022 zeigt sich auf den Intensivpflegestationen ein Rückgang der COVID-19-Fallzahlen (-9) im Vergleich zum Vortag. Bei Betrachtung der Belags-Entwicklung auf Intensivpflegestationen in den letzten 7 Tagen ist - wie in der Belagsprognose erwartet - ein Rückgang bei den Covid-19-Belagszahlen (-11,4% / -9) zu beobachten. Aktuell werden 70 COVID-19-Fälle auf den Intensivpflegestationen betreut.



Im Intensivpflegebereich wird bei einer Überschreitung des Schwellenwertes von 33 % ICU-Auslastung davon ausgegangen, dass die COVID-19-Patient:innen in der Versorgung bereits in deutliche Konkurrenz mit anderen intensivpflichtigen Patient:innen treten. Um eine solche, die Versorgung aller behandlungspflichtigen Patient:innen gefährdende Konkurrenzsituation zu verhindern, werden zunächst bei noch mittlerer Auslastung (zwischen 10 % und 30 %) kontinuierlich elektive Eingriffe, die eine anschließende intensivmedizinische Betreuung erfordern könnten, verschoben. Mit steigendem COVID-19-Belag, wird zunehmend pflegerisches und ärztliches Personal aus anderen qualifizierten Bereichen (OP-Personal, Anästhesie, Interne, notärztlicher Bereich) auf den Intensivstationen eingesetzt. Der derzeitige Auslastungsgrad der Intensivstationen in ganz Österreich liegt mit Stand 12.05.2022 bei 3% der verfügbaren Kapazitäten.

Normalpflegebereich:

Am 12.05.2022 ist im Vergleich zum Vortag ein starker Rückgang der COVID-19-Belagszahlen (-42) auf den Normalpflegestationen zu beobachten. Bei Betrachtung der letzten 7 Tage sind - wie in der Belagsprognose erwartet - rückläufige COVID-19-Belagszahlen zu beobachten (-20,3% / -190). Derzeit werden 747 COVID-19-Fälle auf Normalpflegestationen betreut.



Mit der 67. Sitzung der Corona Kommission wurde der Beschluss gefasst, folgende Schwellenwerte für die Normalstationen festzulegen: Bei $\geq 4\%$ kommt es zu einer deutlichen Einschränkung der stationären Versorgung. Wird die Grenze $\geq 8\%$ überschritten, ist der kritische Schwellenwert für den Übergang zu einer reinen Akutversorgung erreicht. Wird die $\geq 11\%$ Grenze überschritten, beginnt die Versorgung zu kollabieren und Kapazitätserweiterungen sind notwendig. Mit Stand 12.05.2022 liegt der Belagsstand von COVID-19-Patient:innen auf Normalstationen bei 2,0%.

Prognose:

Am Dienstag, 10.05.2022 wurde eine neue Prognose der Entwicklung der COVID-19-Fälle errechnet.

Die Fallentwicklung stagniert auf dem gegenwärtigen Niveau. Im Prognoseintervall sind sowohl leichte Anstiege wie auch leichte Rückgänge möglich. Der Rückgang der Fallzahlen der letzten Wochen übersetzt sich nach wie vor in einen leicht abnehmenden Spitalsbelag.

Fallprognose

Für den letzten Prognosetag wird eine 7-Tages-Inzidenz im Bereich von 320 bis 520 Fällen je 100.000 EW (68%-KI) erwartet. Als Mittelwert kann ein Punktschätzer von 400 angegeben werden, der jedoch nur in Zusammenhang mit der angegebenen Schwankungsbreite aussagekräftig ist. Mit einer Wahrscheinlichkeit von 2,5 Prozent ist auch eine 7-Tages-Inzidenz von über 690 oder unter 230 möglich.

Die geringste Inzidenz wird in der Steiermark (68% KI: 200-320) und die höchste Inzidenz in Wien (68% KI: 450-740) erwartet.

Im Wochenvergleich ist der R effektiv weiterhin leicht erhöht (von 0,93 am 1.5. auf 0,94 am 8.5.) Den derzeit dämpfend wirkenden saisonalen Effekten steht die fortschreitende Abnahme des erworbenen Immunschutzes von Neu- oder Wiederinfektion entgegen. Darüber hinaus haben die Lockerungen vom 16.4. mittlerweile vollständig ihre Wirkung entfaltet. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass die

Infektionszahlen auf die Niveaus der Sommer 2020 oder 2021 sinken werden. Wahrscheinlich ist vielmehr eine Stagnation auf dem gegenwärtigen Niveau bzw. mittelfristig ein allmählicher Fallanstieg.

Die in Südafrika bereits dominanten Varianten BA.4/BA.5 wurden in Österreich bisher in geringem Ausmaß detektiert. Gemäß internationaler Beobachtungsdaten dürften diese Varianten über einen Wachstumsvorteil gegenüber den Varianten BA.1/BA.2/BA.3 verfügen. Die Varianten BA.4/5 und BA.2.12 sind derzeit jedoch noch nicht in einer ausreichenden Anzahl nachgewiesen worden, um für die vorliegende Prognose relevant zu sein. Darüber hinaus ist die Virulenz dieser Variante noch nicht abschließend beurteilt daher gelten sie derzeit gemäß ECDC nicht als besorgniserregende Varianten.

Belagsprognose

Zu beachten ist, dass die Belagsprognose nicht zwischen Personen, deren Hospitalisierung kausal auf COVID-19 zurückzuführen ist und Personen, die ursprünglich aufgrund einer anderen Diagnose hospitalisiert wurden, unterscheidet.

Die 33%-Auslastungsgrenze der Intensivstationen wird österreichweit Ende der Prognoseperiode mit 0,5% Wahrscheinlichkeit überschritten, unter der Annahme, dass das Aufnahme- und Entlassungsregime in den Spitäler unverändert bleibt. Das Risiko des Überschreitens der Auslastungsgrenze von 10 %, 33 % oder 50 % nach einer oder zwei Wochen kann Tabelle 1 entnommen werden.

Wahrscheinlichkeit, dass der COVID-19 ICU Belag am jeweiligen Datum über der Auslastungsgrenze von 10%, 33% bzw. 50% liegt.

Signalwert	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Ö
18.05.2022										
10% COVID Belag	70,0%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	2,5%	2,5%	0,5%
33% COVID Belag	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
50% COVID Belag	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
25.05.2022										
10% COVID Belag	50,0%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	2,5%	2,5%	0,5%
33% COVID Belag	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
50% COVID Belag	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%

Anmerkung: Die Belagsprognose geht für Neuaufnahmen von einer Versorgung im eigenen Bundesland aus. Aufgrund geringerer Intensivbettbedarfen in einigen Bundesländern ist von überregionaler Mitversorgung auszugehen (inländische Gastpatienten).

Quelle: COVID-Prognose-Konsortium, Datenstand 10.05.2022

Aktuelle Entwicklung internationale Lage

Insgesamt wurden weltweit lt. OWID¹ am 11.05.2022 633.606 COVID-19-Neuinfektionen gemeldet (Tageswert). Weltweit wurden in KW 17 ca. 4,2 Mio. Neuinfektionen verzeichnet. International entfielen die meisten neu gemeldeten Fälle (in absoluten Zahlen) auf Taiwan (128.935), die USA (110.182) und Deutschland (107.568). Grundsätzlich ist weltweit, insbesondere auch in der EU/ im EW-Raum ein starker kontinuierlicher Rückgang der Fallzahlen zu beobachten. Damit verbunden ist ein sinkender Trend der Hospitalisierungs- als auch Sterberaten².

Im **Europäischen Raum** verzeichnen derzeit alle Länder einen rückläufigen Trend des Infektionsgeschehens, wie die folgende Karte des ECDC verdeutlicht. Die in der Karte grau gekennzeichneten Markierungen sind darauf zurückzuführen, dass in den entsprechenden Staaten

¹[SKKM Lagebild 11.05.2022](#)

²[SKKM Lagebild 11.05.2022](#)

entweder nicht mehr ausreichend getestet wird um valide Daten zur Anzahl der Neuinfektionen auswerten zu können.

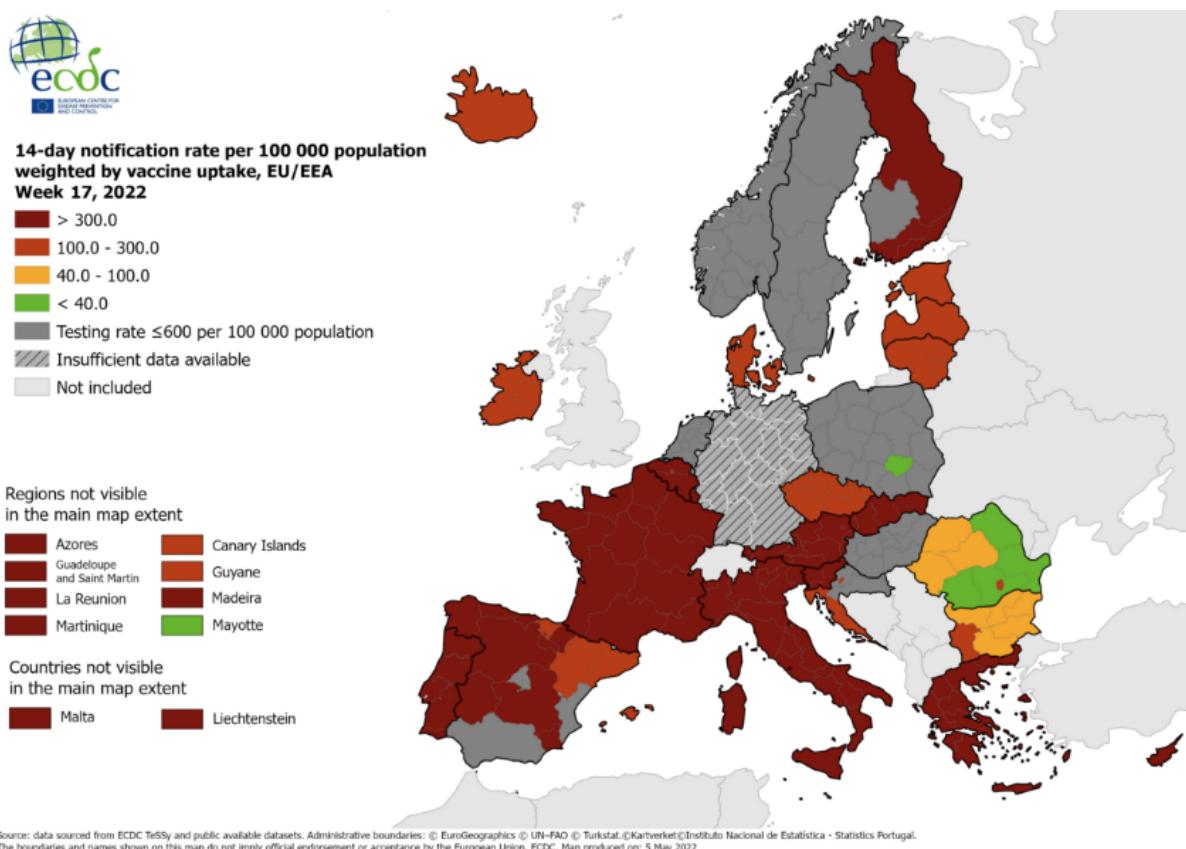


Abb. 1: ECDC-Karte³

Am Ende der Kalenderwoche 17 (2022) (Woche bis Sonntag, 01. Mai) war die epidemiologische Situation in der EU/EWR durch einen rückläufigen Trend der Fallzahlen gekennzeichnet. In KW 17 waren in ganz Europa ca. 2,2 Mio. Neuinfektionen und 7.890 Todesfälle zu verzeichnen. Im Vergleich der 14-tägigen COVID-19-Todesraten der KW 16 und KW 17 ist zu erkennen, dass sich der sinkende Trend fortsetzt (KW 16: 21,7 Todesfälle pro 1 Mio. EW – KW 17: 18,3 Todesfälle pro 1 Mio. EW). Die Vorhersagen des europäischen COVID-19-Vorhersagezentrums zu Fällen, Krankenhouseinweisungen und Todesfällen liefern Prognosen für die KW 18 und 19. Im Vergleich zur Vorwoche wird für die EU/EWR insgesamt bis zum Ende der Kalenderwoche 19, ein rückläufiger Trend bei den Fällen, den Krankenhouseinweisungen und den Todesfällen prognostiziert⁴.

Fachliche Begründung zum Entfall der Verpflichtung eines Nachweises einer geringen epidemiologischen Gefahr (3G) bei der Einreise

Angesichts der aktuellen epidemiologischen Lage einschließlich der optimistischen Prognose, der Auslastung des Gesundheitssystems sowie der globalen Dominanz der Virusvariante Omikron ist eine Lockerung der Einreisebestimmungen, wenn es sich nicht um Staaten und Gebiete mit sehr hohem epidemiologischen Risiko handelt, fachlich gerechtfertigt und daher das Erfordernis eines Nachweises geringer epidemiologischer Gefahr nicht mehr gegeben.

³ ECDC-Karte. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates/weekly-maps-coordinated-restriction-free-movement> (letzte Aktualisierung am 31.3.2022)

⁴ [Country overview report: week 17 2022 \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/coronavirus/country_overview_report_week_17_2022_en.pdf) (zuletzt abgerufen am 12.05.2022)

Bei der allgemein geringer einzuschätzenden Pathogenität von Omikron und dessen Subvarianten ist das von immunisierten und nicht-immunisierten Personen ausgehende Verbreitungs- und Systemrisiko als gering einzustufen^{5 6 7 8 9 10}.

Fachliche Begründung zur Verpflichtung der Vorlage eines Nachweises geringer epidemiologischer Gefahr (3G) für Einreisende aus Staaten und Gebieten mit sehr hohem epidemiologischen Risiko (3G und Quarantäne)

Gemäß dem aktuellen Wissensstand ist der Nachweis einer geringen epidemiologischen Gefahr nach wie vor mit einem verminderten Infektions-, Übertragungs- und insbesondere Erkrankungsrisiko assoziiert¹¹. Die weitere Virusvariantenentwicklung wird international allerdings als unvorhersehbar eingeschätzt, wodurch verschiedene, auf unterschiedlichen Virusvarianteneigenschaften beruhende Szenarien denkbar sind. Bei verkürztem seriellen Intervall und/oder im Vergleich zu Omikron erhöhter Übertragbarkeit, Immunflucht und Virulenz muss bei Eintrag nach Österreich von einem besorgniserregenden Verbreitungs- und Systemrisiko ausgegangen werden, welches möglicherweise auch durch eine aufrechte Immunisierung (Impfung, Genesung) oder einen gültigen PCR-Test nicht ausreichend reduziert werden kann^{12 13 14}. Des Weiteren hat sich gezeigt, dass SARS-CoV-2-infizierte Personen bereits in jenem Zeitfenster ansteckend sein können, in dem nach stattgehabter Infektion noch keine Krankheitssymptome auftreten (Inkubationszeit) und die Infektion auch durch aktuell verfügbare Testsysteme für SARS-CoV-2 noch nicht nachgewiesen werden kann. Eine Quarantäne nach Einreise ist daher notwendig, um die Verbreitung einer bedrohlichen Virusvariante zu verzögern. Die Quarantänezeit von 10 Tagen ergibt sich dadurch, dass in Studien für verschiedene Varianten nachgewiesen werden konnte, dass die meisten – auch asymptomatisch – Infizierten nach 10 Tagen nicht mehr ansteckend sind. Da laut Studienlage bei allen bisherigen Varianten der größte Anteil der Ansteckungen im Zeitraum von wenigen Tagen vor und nach Symptombeginn bzw. dem Höhepunkt der Viruslast stattfindet, ist bei negativem Testergebnis an Tag 5 auch weiterhin von einer geringen

⁵ Ferguson et al. (2021 Dec 22). Report 50: Hospitalisation risk for Omicron cases in England. Imperial College London.

<https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2021-12-22-COVID19-Report-50.pdf>

⁶ Wang et al. (2022 Jan 02). Comparison of Outcomes from COVID Infection in Pediatric and Adult Patients before and after the Emergence of Omicron. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2021.12.30.21268495>

⁷ Ulloa et al. (2022 Feb 17). Estimates of SARS-CoV-2 Omicron Variant Severity in Ontario, Canada. JAMA. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.2274>

⁸ Wolter et al (2021 Dec 21). Early Assessment of the Clinical Severity of the SARS-CoV-2 Omicron Variant in South Africa. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2021.12.21.21268116>

⁹ Wolter et al. (2022 Feb 19). Clinical severity of Omicron sub-lineage BA.2 compared to BA.1 in South Africa. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2022.02.17.22271030>

¹⁰ WHO (2022 Feb 22). Statement on Omicron sublineage BA.2. <https://www.who.int/news-room/22-02-2022-statement-on-omicron-sublineage-ba.2>

¹¹ ECDC (2022 Jan 27). Assessment of the further spread and potential impact of the SARS-CoV-2 Omicron variant of concern in the EU/EEA, 19th update. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-omicron-risk-assessment-further-emergence-and-potential-impact>

¹² COVID-19 Future Operations Plattform (2022 Apr). Covid-19: Szenarien für Herbst/Winter 2022 - und darüber hinaus. Arbeitspapier – Version 1.0. https://futureoperations.at/fileadmin/user_upload/k_future_operations/FUOP_Szenarien_Herbst-Winter_2022_finalv1.pdf

¹³ UK Scientific Advisory Group for Emergencies (2022 Feb 11). Covid-19 Medium-Term Scenarios – February 2022. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1054323/S1513_Viral_Evolution_Scenarios.pdf

¹⁴ CDC (2022 Mar 19). COVID-19 Pandemic Planning Scenarios. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/planning-scenarios.html>

epidemiologischen Gefahr auszugehen und ein vorzeitiges Ende der Quarantäne somit zu rechtfertigen^{15 16 17}.

Fachliche Begründung zu §2 der Einreiseverordnung (Entfall der Mindestintervalle)

Aus fachlicher Sicht sind gewisse Zeiträume zwischen den einzelnen Impfungen (19 Tage zwischen erster und zweiter bzw. 120 Tage zwischen zweiter und dritter Impfung) natürlich weiterhin sinnvoll und notwendig, um eine bestmögliche Immunantwort und Schutzwirkung hervorzurufen. Aus pragmatischen Gründen wurden diese Intervalle im Rahmen der Verordnung bisher auf 14 bzw. 90 Tage verkürzt. Die Regelung der Mindestintervalldauer per Verordnung ist aber nicht unbedingt notwendig, da davon ausgegangen werden kann, dass die impfenden Personen mit den medizinischen Empfehlungen vertraut und in deren Anwendung kompetent sind. Dies wird untermauert durch die bisher (Stand 11.05.2022) durchgeführten Impfungen: Lediglich bei 1203 Personen wurde das Intervall von 14 Tagen zwischen erster und zweiter Dosis unterschritten, bei 34 377 wurde die dritte Impfung vor Ablauf von 120 Tagen nach der zweiten Impfung verabreicht, jedoch nur bei 4776 vor Ablauf von 90 Tagen. Die Anzahl der Personen, die eine Impfung in einem weitaus zu geringen Intervall erhalten haben, ist daher bis dato in Bezug auf die epidemiologische Situation vernachlässigbar. Nichtsdestotrotz sollte für den individuellen Schutz eine Impfung entsprechend der medizinischen Empfehlungen auch bei diesen Personen angestrebt werden.

¹⁵ ECDC (2022 Jan 28). Guidance on ending the isolation period for people with COVID-19, third Update <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Guidance-for-discharge-and-ending-of-isolation-of-people-with-COVID-19-third-update.pdf>

¹⁶ Meyerowitz (2020 Sept 17). Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors. Ann Intern Med. <https://doi.org/10.7326/M20-5008>

¹⁷ UKHSA (2022 Feb 11). SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England. Technical Briefing 36. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1056487/Technical-Briefing-36-22.02.22.pdf

