

Erläuterungen

Allgemeiner Teil:

Das Tuberkulosegesetz stammt in seinen wesentlichen Bestandteilen aus dem Jahr 1968. Größere inhaltliche Änderungen erfolgten 1992 durch die Abschaffung der Wirtschaftshilfe und 1993 anlässlich der Aufhebung des Bundesgesetzes über Schutzimpfungen gegen Tuberkulose. Mittlerweile haben sich die epidemiologischen Voraussetzungen und die menschenrechtlichen Standards für freiheitsentziehende Maßnahmen grundlegend geändert, sodass eine umfangreiche Novellierung des Tuberkulosegesetzes angezeigt ist.

Die fachlichen Vorschläge für den vorliegende Entwurf wurden in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe von Tuberkuloseexperten unter Einbeziehung von Vertretern der Fachgesellschaft im Jahr 2014 erarbeitet und spiegeln daher insbesondere auch die bisherige Vollzugserfahrung wider.

Ein Vorentwurf wurde anlässlich der Konferenz der leitenden SanitätsbeamtenInnen im Sommer 2015 präsentiert und grundsätzlich positiv bewertet.

Neben den angeführten fachlichen Gründen für eine Novellierung ist es erforderlich, den 2. Abschnitt, der die Anhaltung uneinsichtiger Tuberkulosekranker behandelt, an die aktuellen verfassungsrechtlichen Vorgaben und menschenrechtlichen Standards anzupassen.

Erreger der Tuberkulose sind aerobe, unbewegliche, langsam wachsende, stäbchenförmige Bakterien der Familie Mycobacteriaceae, Genus Mycobacterium. Zum Mycobacterium tuberculosis-Komplex werden die Spezies *M. tuberculosis*, *M. bovis* (ssp. *bovis* und *caprae*), *M. africanum*, *M. microti*, *M. canetti* und *M. pinnipedii*, *M. orygis*, *M. suricattae*, *M. mungi* sowie der Impfstamm *M. bovis* BCG und dem Dasse Bacillus gezählt. Der häufigste Erreger von Tuberkulose-Infektionen beim Menschen ist *M. tuberculosis*.

Die Tuberkulose ist weltweit verbreitet und gehört neben HIV/AIDS und Malaria zu den weltweit häufigsten Infektionskrankheiten. Rund ein Drittel der Weltbevölkerung soll mit Tuberkulose-Erregern infiziert sein, wobei ca. 5 – 10% der infizierten Erwachsenen im Laufe ihres Lebens – sofern sie immunkompetent sind – eine behandlungsbedürftige Tuberkulose entwickeln. Bei Infizierten mit einer eingeschränkten Immunabwehr (z. B. bei HIV-Infektion) liegt das Erkrankungsrisiko deutlich höher. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkranken jährlich fast 9 Millionen Menschen an einer Tuberkulose und etwa 1,4 Millionen Menschen sterben jedes Jahr an den Folgen dieser Krankheit, oftmals aufgrund einer unzureichenden Behandlung. Damit ist die Tuberkulose auch heute noch weltweit die häufigste zum Tode führende behandelbare bakterielle Infektionskrankheit bei Jugendlichen und Erwachsenen sowie die führende Todesursache bei HIV-Infizierten.

Deutlich anderes stellt sich die Situation in Westeuropa einschließlich Österreich dar. Auf Europa entfallen schätzungsweise 5% aller weltweit auftretenden Tuberkuloseerkrankungen, wobei signifikante regionale Unterschiede vorhanden sind und ein ausgeprägtes Ost-West-Gefälle erkennbar ist. So lag die durchschnittliche Inzidenz in den westeuropäischen Ländern unter 15 Erkrankungen/100.000 Einwohnern. In den meisten westeuropäischen Ländern sind seit vielen Jahren kontinuierlich sinkende Zahlen zu verzeichnen, was auf die allgemeine Verbesserung der Lebensumstände und eine gute Kontrolle der Tuberkulose zurückzuführen ist.

Auch in Österreich sind die Fallzahlen seit 1997 rückläufig. Im Jahr 2013 wurden 649 Fälle von Tuberkulose registriert. Die daraus resultierende Inzidenz (Häufigkeit der Neuerkrankungen) beträgt 7,66/100.000 Einwohner.

Besonders gefährdet sind generell enge Kontaktpersonen von an offener (d. h. infektiöser) Tuberkulose Erkrankten, Personen mit einer unzureichend behandelten früheren Tuberkulose sowie Personen mit Krankheiten oder Behandlungen, die zu einer relevanten Schwächung des Immunsystems führen. Faktoren wie Drogenabhängigkeit, Obdachlosigkeit und Armut stellen typische Risikofaktoren für eine Tuberkulose dar. Die Tuberkuloseraten sind darüber hinaus hoch bei Migranten aus Ländern, in denen die Tuberkulose noch sehr häufig ist, mehr als die Hälfte der österreichischen Fälle wird durch Migration importiert.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt klar fest, dass es entgegen der weit verbreiteten Auffassung keinen systematischen Zusammenhang zwischen Migration und der Einschleppung von Infektionskrankheiten gibt.

Dies wird durch die Daten des vergangenen Jahres untermauert, die gezeigt haben, dass durch die Flüchtlingsbewegung bisher kein relevantes Risiko hinsichtlich Tuberkulose zu beobachten ist. Die Zahl der Erkrankungen in der Population der Asylwerber ist im Zeitraum Jänner bis November 2015

gegenüber dem Vergleichszeitraum Jänner bis November 2014 in absoluten Zahlen zwar angestiegen, jedoch ist dabei zu berücksichtigen, dass auch die Anzahl der Asylwerber überproportional angestiegen ist. Die Anzahl der Tuberkulosefälle 2015 pro 100.000 Asylwerbern ist hingegen signifikant geringer als im Vergleichszeitraum 2014 (110,8/100.000 versus 214,1/100.000). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich die Demographie in der Flüchtlingspopulation geändert hat und der Anteil der Asylwerber als Niedrig-TBC-Inzidenzländern (wie Syrien) zugenommen hat.

Bei der österreichischen Bevölkerung kommt Tuberkulose nach wie vor besonders im höheren Alter (Ausnahme Obdachlose) vor, weil es sich hier in der Regel um Reaktivierung von Infektionen handelt, die in der Jugendzeit akquiriert wurden. Bei den Migranten ist erschwerend, dass der Anteil an multiresistenter (MDR)-TB und extrem arzneimittel-resistenter (XDR)-TB, beides aufgrund der Resistenzen schwer behandelbare Erkrankungsformen, relativ hoch ist. 2013 gab es insgesamt 16 Fälle von multiresistenter TB, davon drei Fälle mit extremer Arzneimittelresistenz.

Im Epidemiegesetz werden Erkrankungs- und Todesfälle an Chikungunya-Fieber, Dengue-Fieber und Zika-Virus-Infektionen sowie Hanta-Virus-Infektionen meldepflichtig gemacht und die nach der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten, BGBl. II Nr. 224/2015 anzeigepflichtigen Krankheiten in das Epidemiegesetz integriert. In sinngemäßer Anwendung der ausformulierten Bestimmungen des 2. Abschnitts des Tuberkulosegesetzes wird auch im Epidemiegesetz die gerichtliche Überprüfung freiheitsbeschränkender Maßnahmen (Absonderung) festgeschrieben.

Besonderer Teil:

Änderung des Tuberkulosegesetzes

Zu Z 1 (§ 1):

Das geltende Tuberkulosegesetz definierte Tuberkulose als Krankheit, die durch das *Mycobacterium tuberculosis* hervorgerufen wurde. Demgegenüber sollen dem Tuberkulosegesetz alle Krankheiten unterstellt werden, die durch *Mycobacterium-tuberculosis* Komplex beim Menschen verursacht wurden. Zum *Mykobakterium tuberculosis*-Komplex werden die Spezies *M. tuberculosis*, *M. bovis* (ssp. *bovis* und *caprae*), *M. africanum*, *M. microti*, *M. canetti* und *M. pinnipedii*, *M. orygis*, *M. suricattae*, *M. mungi* sowie der Impfstamm *M. bovis* BCG und dem Dassie *Bacillus* gezählt. Erkrankungs-, Verdachts- und Todesfälle durch *Mycobakterium bovis* bei Menschen sind seit 2010 bislang nach dem Epidemiegesetz 1950 meldepflichtig und in Hinkunft nach diesem Bundesgesetz. Daher ist § 1 Epidemiegesetz entsprechend zu ändern.

Eine Infektion geht in der Regel von Menschen aus, die an einer offenen Lungentuberkulose erkrankt sind. Unter einer ansteckenden Lungentuberkulose versteht man Erkrankungen, bei denen der Krankheitserd Anschluss an die Luftwege hat und damit Bakterien an die Umwelt abgegeben werden können. Die Infektion erfolgt fast immer aerogen, d. h. durch feinste erregerrhaltige Aerosole in der ausgeatmeten Luft, die von erkrankten Personen insbesondere beim Husten und Niesen freigesetzt werden. Eine Ansteckung erfolgt allerdings nicht so leicht wie bei anderen über die Luft übertragbaren Krankheiten (wie z. B. Varizellen, Masern).

Eine Tuberkulose-Standardkurzzeittherapie erfolgt als 6-monatige Chemotherapie in Form einer Kombinationstherapie. Allerdings ist die Infektiosität nach einer lege artis durchgeführten antituberkulotischen Kombinationstherapie in der Regel schon nach wenigen Wochen verschwunden, die Behandlung ist allerdings fortzusetzen, weil ansonsten keine Ausheilung erfolgt ist und die Gefahr eines Rezidivs besteht.

Die Inkubationszeit beträgt im Durchschnitt 6 – 8 Wochen. Nur ein Teil der Infizierten erkrankt jedoch tatsächlich an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose. In den meisten Fällen gelingt es dem Organismus, die Tuberkulosebakterien erfolgreich zu bekämpfen oder sie abzukapseln und damit die Infektion dauerhaft einzugrenzen (latente Infektion).

Die Definition der Tuberkulose samt den Infektions- und Krankheitsstadien bildet den Anknüpfungspunkt für die unterschiedlichen Rechtsfolgen. Bei der ansteckenden Tuberkulose (Abs. 2) besteht eine Ansteckungsgefahr und somit – entweder durch die besondere Ausprägung der Erkrankung oder durch ein falsches Verhalten der erkrankten Person – eine aktuelle Fremdgefährdung.

Abs. 3 hingegen soll jenes Stadium der Erkrankung umfassen, in dem die akute Ansteckungsgefahr im Sinn einer Ausscheidung von Erregern zwar (zumindest vorübergehend) gebannt ist, jedoch bei mangelnder oder falscher Behandlung ein Rezidiv im Sinn des Abs. 2 zu befürchten ist. Ein nach Abs. 3

Erkrankter stellt demnach – beispielsweise bei einem Fehlverhalten im Sinn einer Verweigerung der Behandlung auch nach Erlöschen der Infektiosität – eine potenzielle Gefahr für die Gesundheit anderer Menschen dar.

Abs. 4 definiert Fälle, bei denen nach der einschlägigen Falldefinition gemäß der Entscheidung 2008/426/EG ein noch nicht durch Kultur verifizierter Erkrankungsfall an einem Tuberkuloseerreger vorliegt, auf Grund des klinischen Zustandsbildes und Röntgenbefundes sowie vorläufiger Laborbefunde das Vorliegen einer Tuberkuloseerkrankung jedoch sehr wahrscheinlich ist. Auch in diesen Fällen können die Betroffenen aus medizinischer Sicht als wahrscheinliche Gefahrenquelle für die Ausbreitung von Tuberkulose angesehen werden.

Im Fall des Abs. 5 liegt noch keine Erkrankung wie in Abs. 2 bis 4, sondern lediglich eine Infektion mit dem Erreger vor.

Zu Z 2 (§ 2):

In § 2 wird klargestellt, dass sowohl aktuell als auch potenziell ansteckende Erkrankte nach § 1 Abs. 2 oder 3 sowie Krankheitsverdächtige im Sinne des § 1 Abs. 4 zur Abwendung der Gefahr für die Gesundheit anderer zu entsprechenden Maßnahmen verpflichtet sind und einer Behandlungspflicht unterliegen.

Zu Z 3 bis 5 (§§ 3 und 4):

Hier werden die Fälle, die eine Meldepflicht auslösen, an den Stand der Wissenschaft angepasst. Meldepflichtig sind alle behandlungsbedürftigen Erkrankungen an Tuberkulose (§ 1 Abs. 2 und 3) sowie jeder Krankheitsverdacht (§ 1 Abs. 4). Weiters jeder Todesfall an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, wobei hier auch eine Meldung zu erfolgen hat, wenn bereits eine Erkrankungsmeldung vorangegangen ist. Neu ist die explizite Meldepflicht für Labors, die einen positiven Nachweis eines dem Mykobakterium-tuberculosis-Komplex zuzählenden Erregers festgestellt haben. Die Labormeldepflicht entspricht den Vorgaben des Epidemiegesetzes. Bestätigte Laborfälle sind nach der EU-Falldefinition entweder ein kultureller Nachweis aus einer klinischen Probe oder ein Nachweis von Nukleinsäure oder einer positiven Mikroskopie (Nachweis säurefester Stäbchenbakterien im Lichtmikroskop oder Fluoreszenzmikroskop in einer Sputumprobe).

Zu Z 6 (§ 5):

Die Meldung ist einheitlich an die Bezirksverwaltungsbehörde des Wohnsitzes des Erkrankten bzw. Verstorbenen zu erstatten. Die Verpflichtung zur Zusammenarbeit und Informationsaustausch mit anderen von einem Fall betroffenen Bezirksverwaltungsbehörden ist in § 9 festgeschrieben.

Da die Verordnung des Bundesministers für Gesundheit betreffend elektronische Labormeldungen in das Register anzeigepflichtiger Krankheiten, BGBl. II Nr. 184/2013, entsprechend § 4 Abs. 15 Epidemiegesetz 1950 lediglich für die im Epidemiegesetz genannten Krankheiten gilt, war hier eine entsprechende Verpflichtung der Labors zur elektronischen Meldung in das EMS festzuschreiben.

Zu Z 7 (§ 6):

Die vorgesehenen Regelungen entsprechen im Wesentlichen der geltenden Rechtslage und wurden nur sprachlich modernisiert. Österreich ist ein Niedriginzidenzland, um die Inzidenz weiter senken zu können, kommt den Maßnahmen der Gesundheitsbehörde zur Tuberkulosebekämpfung besonderes Gewicht zu. Daher sind eine rasche Diagnostik, konsequente Umgebungsuntersuchungen und eine effektive Therapie der Erkrankten von besonderer Bedeutung.

Zu Z 8 (§ 7):

Auch hier handelt es sich um eine sprachliche Modernisierung.

Zu Z 9 bis 11 (§ 8):

Neben redaktionellen Anpassungen erfolgt in Abs. 2 eine Anpassung an die Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015.

Zu Z 12 (§ 9):

Die Aufgaben der Bezirksverwaltungsbehörden im Zusammenhang mit der Tuberkulosebekämpfung werden aktualisiert und teilweise sprachlich adaptiert. So ist bei Personen mit engem Kontakt zu einem Erkrankungsfall eine Infektionsdiagnostik durchzuführen. Die österreichische Leitlinie zur Tuberkulose-Umgebungsuntersuchung sieht in diesem Zusammenhang Folgendes vor: Nach Durchführung einer einschlägigen Anamnese (etwa Nähe zum Indexfall, Dauer und Art der Exposition, Tb-Vorerkrankung, BCG-Impfung) stehen zum Nachweis einer Tuberkuloseinfektion grundsätzlich der Mendel-Mantoux-Test (Hauttest) oder der Interferon-Gamma-Release Assay (IGRA) (Bluttest) zur Verfügung. Beide Tests

sind indirekte Testverfahren, die eine immunologische Reaktion des Körpers messen. Eine Differenzierung zwischen latenter und aktiver Tuberkulose ist mit diesen Testverfahren nicht möglich. Das diagnostische Fenster liegt bei beiden Testverfahren bei bis zu zehn Wochen. Die IGRA-Tests zeigen im Gegensatz zum Hauttest keine Beeinflussung durch eine BCG-Impfung. Bei erhöhter Erkrankungsgefahr (latente Tuberkulose und erhöhtem Risiko für eine spätere Erkrankung (zB. auf Grund des Lebensalters, einer Immundefizienz oder immunsuppressiven Therapie)) ist über die Möglichkeit einer Infektionsprophylaxe oder präventiven Therapie aufzuklären, um das Risiko einer späteren Erkrankung deutlich zu verringern. Eine Chemoprophylaxe ist vor allem bei exponierten Kleinkindern empfohlen und setzt schon ein, bevor ein endgültiger Befund über die erfolgte Ansteckung vorliegt. Bei der Aufklärung ist einerseits über die potenziellen Nebenwirkungen der Chemoprophylaxe bzw. präventiven Therapie aufzuklären, andererseits auf das mögliche Risiko einer späteren Tuberkuloseerkrankung, um dem Betroffenen bzw. seinem gesetzlichen Vertreter eine informierte Entscheidung zu ermöglichen. Die Durchführung der Therapie obliegt dem betreuenden Lungenfacharzt. Wird eine Chemoprophylaxe bzw. präventive Therapie abgelehnt, so müssen die Betroffenen für einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren nachkontrolliert werden.

Weiters wird entsprechend dem Stand der Wissenschaft eine Verlaufskontrolle normiert, wonach der Therapiestatus nach sechs Monaten und – sofern noch keine Ausheilung erfolgt ist – in weiteren sechsmonatigen Abständen zu kontrollieren ist. Bei Infektionen mit *Mycobacterium bovis* oder *caprae* oder anderen Erregern des *Mycobacterium tuberculosis* Komplex tierischen Ursprungs ist die Veterinärbehörde zu informieren. Schließlich wird die Verpflichtung zur Zusammenarbeit und zum Informationsaustausch zwischen von einem Fall betroffenen Bezirksverwaltungsbehörden explizit erwähnt. Ziel der Umgebungsuntersuchungen ist die Suche nach Personen, die von einem Indexfall angesteckt worden sein könnten, diese Suche muss sich auf das familiäre, berufliche und sonstige Umfeld erstrecken und kann naturgemäß die Grenzen einer Bezirksverwaltungsbehörde überschreiten. Daher muss eine entsprechende Kooperation zwischen den zuständigen Vollzugsbehörden gewährleistet sein.

Die Bestimmung des § 9 umfasst wie bisher auch die Aufklärungs- und Erhebungspflichten der Bezirksverwaltungsbehörde, insbesondere aber die Pflicht zur umfassenden Belehrung bzw. Aufklärung der nach § 1 Abs. 2, 3 und 4 betroffenen Personen. Demnach sind die Erkrankten und Krankheitsverdächtigen entsprechend ihrem derzeitigen Stadium über die Tuberkuloseerkrankung an sich, die individuelle Diagnose bzw. das jeweilige Stadium, die mit einem Ausbruch der Erkrankung verbundenen Gefahren und Folgen für sich und die Umgebung, die erforderlichen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr (wie Behandlung durch Medikamente, Einhaltung hygienischer Verhaltensvorschriften, bei entsprechend schwerem Krankheitsverlauf auch allfällig notwendiger stationärer Aufenthalt) sowie die Rechtsfolgen bei Nichtbefolgung aufzuklären. Diese umfassende und ausführliche Belehrung soll zum frühestmöglichen Zeitpunkt – so zeitnah wie möglich nach Meldung an die Bezirksverwaltungsbehörde – erfolgen und der betroffenen Person in einer ihr verständlichen Sprache (dies kann auch gehörlose Personen betreffen) mündlich (und schriftlich durch Ausfolgung der Niederschrift) zur Kenntnis gebracht werden. Auf die Möglichkeit der Heranziehung von Videodolmetschern sei hingewiesen. Diese Belehrung bildet die unmittelbare Voraussetzung für einen Antrag auf gerichtliche Anhaltung nach den §§ 14 ff., sodass nicht wie nach der bisherigen Gesetzeslage der Nachweis eines mehrfachen Fehlverhaltens (wodurch es womöglich schon zur Verbreitung der Krankheit durch Ansteckung anderer gekommen ist) vorausgesetzt ist.

Die Aufklärungs- und Belehrungspflichten für „Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt“ waren, bei denen also eine Infektion nach § 1 Abs. 4 noch nicht erwiesen ist, finden sich in § 9 Abs. 1 Z 3.

Die Belehrung nach dem bisherigen § 13, die erst nach Verstoß gegen eine durch die Behörde auferlegte Verhaltenspflicht möglich ist, entfällt somit. Da in der Praxis häufig Verständnisprobleme auf Grund von Sprachbarrieren auftreten, ist es wesentlich, das Belehrungs- bzw. Aufklärungsgespräch im Beisein eines Dolmetschers durchzuführen. Dadurch wird sichergestellt, dass die zu belehrende Person die Gefahr, die von ihrer Erkrankung ausgeht (bzw. die potenzielle Gefahr durch die Infektion) mit den möglichen Folgen für die Gesundheit anderer Personen versteht und die damit einhergehenden Verhaltenspflichten sowie Rechtsfolgen bei Zuwiderhandeln zur Kenntnis nimmt. Außerdem kommt der belehrten Person dadurch auch die Möglichkeit zu, sich zu äußern und beispielsweise allfällige Hindernisse für die Einhaltung bestimmter Verhaltenspflichten oder Ähnliches bekannt zu geben.

Bislang nicht ausdrücklich erwähnt war die Verpflichtung der Bezirksverwaltungsbehörden zur Dokumentation ihrer Tätigkeit im Rahmen des Tuberkulosegesetzes, wenngleich davon auszugehen ist, dass eine solche schon bisher in der Praxis erfolgt ist.

Zu Z 13 (§ 10):

Schon bisher kam der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsbehörde und behandelnden Arzt eine wichtige Bedeutung zu, und wird dies durch die Betonung des gegenseitigen Informationsaustausches noch verdeutlicht. Hier werden die entsprechenden Verpflichtungen der Bezirksverwaltungsbehörde normiert.

Zu Z 14 (§ 11):

Auf den wesentlichen Aspekt der Zusammenarbeit zwischen behandelndem Arzt bzw. Krankenanstalt und Bezirksverwaltungsbehörde wurde schon zu § 10 hingewiesen. Entsprechend der bisherigen Systematik enthält § 11 die Verpflichtungen des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Krankenanstalt. So wie die Bezirksverwaltungsbehörde die von ihr erhobenen Befunde dem behandelnden Arzt zu übermitteln hat, hat vice versa der behandelnde Arzt seinerseits die von ihm erhobenen einschlägigen Befunde und sonstigen für die Verlaufskontrollen nötigen Unterlagen an die Bezirksverwaltungsbehörde zu übermitteln. Dies gilt auch für Krankenanstalten. Um diese Verpflichtung sicherzustellen, wird eine entsprechende Meldepflicht des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Krankenanstalt normiert.

Zu Z 15 (§ 11a):

An der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) ist seit deren Gründung (in Nachfolge der Bundesstaatlichen bakteriologisch-serologischen Untersuchungsanstalten) im Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene Wien die nationale Referenzzentrale für Tuberkulose angesiedelt.

Entsprechend den bisherigen Gepflogenheiten wird festgeschrieben, dass diagnostizierende Labors verpflichtet sind, Isolate an die nationale Referenzzentrale zur Resistenzbestimmung und Feintypisierung zu übermitteln. Die Resistenzbestimmung ist einerseits für die Therapie und andererseits für eine Trendbeobachtung wesentlich. Die Feintypisierung isolierter Stämme durch molekulare Methoden und der anschließende Vergleich dieser Stämme untereinander stellt ein wichtiges Hilfsmittel bei der infektionsepidemiologischen Aufklärung von Ausbrüchen dar.

Die nationale Referenzzentrale ist verpflichtet, Ausbrüche, die sie auf Grund ihrer Labortätigkeit nachweisen kann, an die jeweils betroffenen Bezirksverwaltungsbehörden zu melden.

Eine weitere Aufgabe der nationalen Referenzzentrale ist die Erstellung eines Jahresberichts über das Auftreten von Tuberkulose in Österreich, der die Neuinfektionen, aber auch Trends zu enthalten hat.

Zu Z 16 (§ 12a):

Der Beschluss Nr. 1082/2013/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 22. Oktober 2013 zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren und zur Aufhebung der Entscheidung Nr. 2119/98/EG, ABl. L 293 vom 5.11.2013, S. 1, verpflichtet die Mitgliedstaaten einerseits zur epidemiologischen Überwachung übertragbarer Erkrankungen, andererseits zur Zusammenarbeit bei Auftreten schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit übertragbaren Krankheiten. Eine „schwerwiegende grenzüberschreitende Gesundheitsgefahr“ wird definiert als eine lebensbedrohende oder anderweitig schwerwiegende Gesundheitsgefährdung biologischen, chemischen, umweltbedingten oder unbekanntem Ursprungs, die sich über die Grenzen von Mitgliedstaaten hinaus ausbreitet oder bei der ein erhebliches Risiko hierfür besteht, und die eine Koordinierung auf Unionsebene erforderlich machen kann, um ein hohes Gesundheitsschutzniveau zu gewährleisten. Bei Auftreten einer schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahr haben die Mitgliedstaaten unter Benützung des von der Kommission eingerichteten „Frühwarn- und Reaktionssystems“ eine Warnmeldung zu übermitteln. Um dieser Verpflichtung nachkommen zu können, bedarf das Bundesministerium für Gesundheit als nationaler Kontaktpunkt entsprechender Informationen durch die zuständigen Vollzugsbehörden.

Zu Z 17 (Neufassung des Zweiten Abschnitts):**Zu § 13:**

Der neue § 13 orientiert sich an § 1 Unterbringungsgesetz (UbG) und soll klarstellen, dass die Persönlichkeitsrechte der wegen einer (wahrscheinlichen) Tuberkuloseerkrankung (§ 1 Abs. 2, 3 und 4) angehaltenen Person besonders zu schützen sind, wobei dieser Bestimmung im Hinblick auf die im 2. Abschnitt geregelten Zwangsmaßnahmen, besonderes Gewicht zu kommt. Wie sich aus der Formulierung des § 2 sowie der Überschrift zum 2. Abschnitt ergibt, soll der Aspekt der Fremdgefährdung, der sich aus der besonderen Art der Erkrankung im Zusammenhang mit dem Verhalten des Tuberkulosekranken ergibt, den zentralen Anknüpfungspunkt für die Rechtfertigung der gerichtlich überwachten Freiheitsbeschränkung bilden. Art. 2 Abs.1 Z 5 des Bundesverfassungsgesetzes vom 29. November 1988

über den Schutz der persönlichen Freiheit (BGBl. Nr. 684/1988) (PersFrG) sieht vor, dass eine Freiheitsbeschränkung dann erfolgen kann, wenn Grund zur Annahme besteht, dass der Betroffene eine Gefahrenquelle für die Ausbreitung ansteckender Krankheiten darstellt. Maßgeblich sind nach diesem Eingriffstatbestand somit krankheitsspezifische Eigenschaften und ein Wahrscheinlichkeitsurteil. Für eine solche Anhaltung genügen bereits substantiierte Anhaltspunkte, eine vollständige medizinische Abklärung muss für den Freiheitsentzug in solchen Fällen noch nicht vorliegen (vgl. Kopetzki, in Korinek/Holoubek, Bundesverfassungsrecht.Kommentar [4. Lfg 2001] Art 2 PersFrG, Rz 57). Art. 2 Abs. 1 Z 5 PersFrG ermöglicht also eine präventive Anhaltung auf Grund eines Wahrscheinlichkeitsurteils (Kopetzki, aaO, Art 2 PersFrG, Rz 57). Daher kann ein Freiheitsentzug als ultima ratio auch schon dann vorgesehen werden, wenn aus medizinischer Sicht wesentliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Person an Tuberkulose erkrankt ist, und wenn weiters davon ausgegangen werden kann, dass die Person eine Gefahrenquelle für die Ausbreitung der Tuberkulose darstellt. In jedem Fall hat diese Beurteilung im Rahmen einer Einzelfallbeurteilung zu erfolgen.

Zu § 14:

§ 14 regelt – wie bisher – den Fall der a priori zu beurteilenden Antragstellung an das Gericht, bei der eine „ernstliche und erhebliche Gefahr für die Gesundheit anderer Menschen“ bestehen muss, anders als bei der Soforteinweisung nach § 20, wo im Hinblick auf die Ansteckungsgefahr Gefahr im Verzug („unmittelbare und akute Gefahr“) vorliegt. Nach dem Vorbild des UbG ist auch hier (wie bei einem Antrag nach § 20) dem Antrag der Bezirksverwaltungsbehörde ein fachärztliches Attest beizulegen, aus dem die Bescheinigung einer Gesundheitsgefährdung anderer hervorgehen soll. Darin soll der das Attest ausstellende Facharzt zu allen Voraussetzungen der Anhaltung Stellung nehmen, wobei die Frage der Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung – gemessen an der Schwere der Erkrankung und dem Verhalten der erkrankten Person – im Mittelpunkt stehen wird.

Neu geregelt wird die örtliche Zuständigkeit; der Antrag ist an jenes Bezirksgericht zu richten, in dessen Sprengel die Krankenanstalt liegt, die die Anhaltung durchführt bzw. durchführen soll. Dadurch soll das Verfahren angesichts der räumlichen Nähe für die Anhörung des Anzuhaltenden in der Krankenanstalt erleichtert sowie eine Spezialisierung in den jeweiligen Gerichtsabteilungen gefördert werden.

Zu § 15:

Die Bestimmung des § 15 zur Beschlussfassung soll um einige Facetten, insbesondere zur Gestaltung der mündlichen Verhandlung, erweitert werden. Es werden darin allgemeine Regeln für das Verfahren zur Anhaltung nach dem Tuberkulosegesetz aufgestellt, insbesondere, dass eine mündliche Verhandlung stattzufinden hat, eine persönliche Anhörung der kranken oder krankheitsverdächtigen Person aber in Ausnahmefällen entfallen kann. Auf die besonderen Verfahrensbestimmungen in Fällen der Soforteinweisung (§ 20) wird verwiesen.

Auf Grund der mit der Tuberkuloseerkrankung bisweilen einher gehenden psychischen Begleiterkrankungen, der Suchtproblematik (Alkoholabusus, Polytoxikomanie) und widriger sozialer Bedingungen sind Fallkonstellationen denkbar, in denen auch die Voraussetzungen des UbG vorliegen. In diesen Fällen soll nach Abs. 2 die Anhaltung auf Grund der vorherrschenden Ansteckungsgefahr nach dem Tuberkulosegesetz, nämlich in der auch räumlich eher auf solche Fälle ausgerichteten Lungenfachabteilung, durchgeführt werden. Die Rechte und Interessen des nicht einsichts- und urteilsfähigen Tuberkulosekranken soll aber in sinngemäßer Anwendung der Bestimmungen des UbG (§§ 13 ff.) die Patientenanzwaltschaft wahrnehmen. Durch den Verweis auf § 10 Abs. 2 UbG ergibt sich, dass der Abteilungsleiter die Patientenanzwaltschaft zu verständigen hat. Im Übrigen soll das UbG auch in solchen Fällen zu Anwendung kommen, soweit es eben nicht um die auf die Gefahren der Tuberkuloseerkrankung spezifisch abstellende Gestaltung des Anhaltungsverfahrens geht. Hinsichtlich der Frage einer Zwangsbehandlung beim nicht einsichts- und urteilsfähigen Tuberkulosekranken kommen demnach ebenfalls die Regeln des UbG zur Anwendung (§§ 35 ff. UbG).

In Abs. 3 wird die mündliche Verhandlung näher geregelt und der persönlichen Anhörung des Erkrankten in einer ihm verständlichen Sprache besonderes Gewicht eingeräumt. Lediglich in jenen Fällen, in denen der persönliche Kontakt zwischen der erkrankten Person und den am Verfahren beteiligten Personen auf Grund einer besonderen Gefährlichkeit des Verhaltens verbunden mit hochgradiger Ansteckungsgefahr für alle Beteiligten unzumutbar ist, kann die Beweisaufnahme auf anderem Wege erfolgen. Auch wenn der Anhörung im Sinn der unmittelbaren Beweisaufnahme und der Verschaffung eines persönlichen Eindrucks jedenfalls der Vorzug zu geben ist, kann nicht ausgeschlossen werden, dass es (vor allem in Fällen der Soforteinweisung nach § 20) Fallkonstellationen gibt, wo durch die Schwere der Erkrankung bzw. hochgradiger Ansteckungsgefahr verbunden mit extrem uneinsichtigen gefährlichem Verhalten eine Gesundheitsgefährdung nicht zu Gänze ausgeschlossen werden kann. In solchen Fällen ist jedoch alles zu

unternehmen, um sicherzustellen, dass sich die betroffene Person zum Verfahrensgegenstand ausführlich äußern kann und entsprechend belehrt wird.

Abs. 4 regelt, dass dem Verfahren erforderlichenfalls bzw. auf Verlangen des Erkrankten ein (weiterer) Sachverständiger beizuziehen ist. Anders als bei der Unterbringung ohne Verlangen nach dem UbG ist der behandelnde Arzt nicht Partei, sodass ihm an sich schon die Rolle eines Sachverständigen zukommt. Liegt eine nicht (mehr) ansteckende Tuberkuloseerkrankung im Sinn des § 1 Abs. 3 vor, so ist ein Sachverständigengutachten jedenfalls einzuholen, zumal das Ausmaß der Fremdgefährdung in diesen Fällen schwerer zu beurteilen ist als bei einer akut bestehenden Ansteckungsgefahr im Sinn des § 1 Abs. 2.

Abs. 5 bestimmt, dass der Beschluss – wie im UbG – am Schluss der mündlichen Verhandlung zu verkünden und zu begründen ist. Das Gericht hat den Beschluss jedenfalls binnen einer Frist von sieben Tagen ab Verkündung schriftlich auszufertigen. War die betroffene Person nach Abs. 2 nicht persönlich anwesend, so ist sicherzustellen, dass ihr der Inhalt des Beschlusses auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird.

Nach Abs. 6 soll die Anhaltung grundsätzlich (sofern das Gericht im Beschluss nicht etwas anderes anordnet) nicht mehr für eine bestimmte Frist, sondern auf unbestimmte Dauer zulässig sein. Dabei versteht es sich von selbst, dass dies einer frühestmöglichen Entlassung des Angehaltenen nicht im Wege steht (vgl. Erläuterungen zu § 17). Vielmehr soll so das Problem der ex ante oft schwierig zu beurteilenden und teils langwierigen Krankheitsverläufe gelöst werden. Dem Gericht kommt jedoch von Amts wegen die Pflicht zu, das weitere Vorliegen der Voraussetzungen für die Anhaltung in Abständen von maximal drei Monaten sowie auf Antrag der Angehaltenen oder des ärztlichen Leiters zu überprüfen. Im Hinblick darauf wird auf die erweiterten Verständigungspflichten der Bezirksverwaltungsbehörde und des ärztlichen Leiters der Krankenanstalt gegenüber dem Gericht verwiesen (§ 16).

Zu § 16:

Die unter der Überschrift „Einweisung“ geregelte Bestimmung des § 16 soll entfallen. Dadurch soll klargestellt werden, dass die Einweisung auf Grund der gerichtlichen Entscheidung erfolgt und dass es nicht im Ermessen der Bezirksverwaltungsbehörde steht, von der gerichtlich für zulässig erklärten Anhaltung Gebrauch zu machen oder nicht. Die bisher in Abs. 3 getroffene Anordnung findet sich nunmehr unter den im neuen § 16 genannten Verständigungspflichten. Abs. 4 ist auf Grund des Entfalls einer zeitlich bestimmten Anhaltungsfrist obsolet.

Der neue § 16 fasst die bisherigen Verständigungspflichten der Bezirksverwaltungsbehörde an das Gericht anlässlich des Vollzugs der Einweisung oder der Beendigung der Anhaltung zusammen. Im Hinblick auf die neu geregelte Überwachungsfunktion des gerichtlichen Verfahrens soll auch der ärztliche Leiter der Krankenanstalt verpflichtet werden, nicht nur die Bezirksverwaltungsbehörde, sondern auch das Gericht über alle die Anhaltung betreffenden maßgeblichen Umstände zu informieren. Der ärztliche Leiter hat das Gericht – über gerichtlichen Auftrag - während der Anhaltung über die weiteren Behandlungs- und Untersuchungsergebnisse, insbesondere das weitere Vorliegen einer Ansteckungs- bzw. Reaktivierungsgefahr, auf dem Laufenden zu halten. Auf die Bestimmungen in § 17 Abs. 2 und 3, wonach das Gericht bei jedem Überprüfungstermin eine Stellungnahme des ärztlichen Leiters einzuholen hat, wird verwiesen.

Zu § 17:

Die Formulierung des Abs. 1 soll den Fokus von der Uneinsichtigkeit und dem Verstoß gegen Verhaltenspflichten auf die von der Erkrankung ausgehende Fremdgefährdung verschieben. Die aktuelle oder potenzielle Ansteckungsgefahr kann nicht nur durch die Befolgung von Verhaltens- und Behandlungspflichten, sondern auch auf Grund einer Besserung des Gesundheitszustandes des Angehaltenen beseitigt werden. In diesem Fall ist die Bezirksverwaltungsbehörde verpflichtet, die Anhaltung umgehend zu beenden (Abs. 1). Das von der Beendigung der Anhaltung zu verständigende Gericht fasst einen (deklarativen) Beschluss, in dem die Anhaltung für beendet erklärt wird.

Im neuen Abs. 2 wird geregelt, dass der ärztliche Leiter der Krankenanstalt die Anhaltung nicht aus Eigenem beenden darf, sondern die Bezirksverwaltungsbehörde vor der Durchführung der Entlassung unverzüglich von seiner Einschätzung zu verständigen hat. Durch diese Regelung wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Bezirksverwaltungsbehörde durch die umfassende Kenntnis vom bisherigen Verfahren und Verhalten des Angehaltenen die Aspekte der Fremdgefährdung und des Schutzes der Allgemeinheit abschließend beurteilen kann. Tritt die Bezirksverwaltungsbehörde der Einschätzung bei, so ist die Anhaltung sogleich zu beenden, um die Freiheitsbeschränkung auf das absolut notwendige Ausmaß zu reduzieren (auf die Verständigungspflicht gegenüber dem Gericht gemäß § 16 Abs. 2 nach Durchführung der Entlassung wird verwiesen). Ist die Bezirksverwaltungsbehörde entgegen der

Äußerung des ärztlichen Leiters der Meinung, dass die Anhaltung nicht zu beenden ist, so hat sie das Gericht zu befassen.

Abs. 3 bestimmt, dass das Gericht die auf unbestimmte Dauer für zulässig erklärte Anhaltung im Abstand von längstens drei Monaten auf das weitere Vorliegen der Voraussetzungen zu überprüfen hat. Zur Gestaltung des Überprüfungsverfahrens wird lediglich bestimmt, dass das Gericht zumindest eine Stellungnahme des ärztlichen Leiters (im Sinne des in § 14 genannten Attests) einzuholen hat. Eine mündliche Verhandlung ist nicht zwingend.

Abs. 4 regelt das gerichtliche Überprüfungsverfahren anlässlich eines Antrags der angehaltenen Person auf Beendigung der Anhaltung. Ein solcher Antrag kann nunmehr – anders als nach bisheriger Rechtslage – jederzeit gestellt werden. Zusätzlich zu der in Abs. 3 angesprochenen Stellungnahme des ärztlichen Leiters hat das Gericht im Falle einer Antragstellung im Rahmen der Beweisaufnahme den Angehaltenen (unter Berücksichtigung der Ausnahmebestimmung in § 15 Abs. 2) anzuhören.

Abs. 5 bestimmt eine einwöchige Entscheidungsfrist (ab Antragstellung) für das Gericht.

In Abs. 6 werden nunmehr umfassende Aufklärungs- und Belehrungspflichten, die von der Bezirksverwaltungsbehörde anlässlich der Beendigung der Anhaltung einzuhalten sind, geregelt.

Die bisher in § 18 geregelte „Aussetzung“ der Anhaltung soll entfallen, weil durch das neu geregelte Verfahren eine Fristsetzung durch das Gericht entfällt. Ist erkennbar, dass der Angehaltene dazu bereit ist, sich freiwillig behandeln zu lassen, fällt – zumindest was sein Verhalten bzw. die „compliance“ betrifft – der die Voraussetzung für eine gerichtliche Anhaltung bildende Fremdgefährdungsaspekt in diesem Umfang weg. Lässt sich der Angehaltene also freiwillig behandeln bzw. verhält er sich der Anstaltsordnung der Krankenanstalt entsprechend, so ist die Anhaltung zu beenden. Wenn er dagegen erneut durch sein Verhalten die Gesundheit Anderer gefährden sollte, ist von der Bezirksverwaltungsbehörde ein neuer Antrag (§ 14 bzw. § 210 an das Gericht zu stellen.

Zu § 18:

Nach dem Vorbild der Regelungen im UbG müssen auch die während der Anhaltung notwendigen weiteren Freiheitsbeschränkungen einer gerichtlichen Kontrolle unterliegen (Hinweis auf §§ 38, 38a, 39a UbG). Es sind Fallkonstellationen möglich, in denen das Gericht die Anhaltung in einer Lungenabteilung für zulässig erklärt, während der Durchführung der Anhaltung aber etwa auf Grund einer besonders gefährlichen Form der Erkrankung bzw. der Weigerung des Angehaltenen, einen Mundschutz zu tragen, zur Abwehr der Fremdgefährdung weitere Freiheitsbeschränkungen, wie beispielsweise das (vorübergehende) Einsperren in ein Isolierzimmer verbunden mit einem Besuchsverbot, notwendig werden. Ebenso wie in §§ 33 Abs. 3, 34 Abs. 2 UbG sind diese Beschränkungen vom behandelnden Arzt nach besonderer Anordnung zu dokumentieren.

Das Gericht hat auf Verlangen des Angehaltenen unverzüglich über die Zulässigkeit einer weitergehenden Beschränkung zu entscheiden. Für das Verfahren kommt § 38 UbG zur Anwendung. Auch eine nachträgliche Überprüfung im Sinne des § 38a UbG ist möglich. Der Verweis auf § 39a UbG bedeutet, dass auch eine Anhaltung nach dem Tuberkulosegesetz im Sinne dieser Bestimmung vertraulich zu behandeln ist.

Hervorzuheben ist, dass eine Zwangsbehandlung der Tuberkuloseerkrankung entgegen dem Willen des einsichts- und urteilsfähigen Erkrankten nicht zulässig ist (bei einem psychisch kranken Tuberkulosekranken kann hingegen § 15 Abs. 2 in Verbindung mit § 36 Abs. 1 UbG zur Anwendung kommen). In einem solchen Fall sind aber all jene Maßnahmen zulässig, die auf die Beseitigung der vom Erkrankten ausgehenden Gefahr abzielen, wie beispielsweise die zwangsweise Vornahme von Quarantäne- und Hygienemaßnahmen.

Abs. 2 und 3 stellen klar, dass die Freiheit des Angehaltenen sowie seine Persönlichkeitsrechte im geringstmöglichen und im Hinblick auf die Beseitigung der Gefahr auch wirklich notwendigen und verhältnismäßigen Ausmaß beschränkt werden dürfen. Eine Isolation ist nur als ultima ratio heranzuziehen und durch die Bereitstellung von Möglichkeiten zur Kontaktherstellung mit der Außenwelt (Telefon, Internet, u.ä.) so weit wie möglich zu lindern. Im Hinblick auf die Selbstbestimmung des Angehaltenen ist er – erforderlichenfalls unter Beiziehung eines Dolmetschers – umfassend über den Verlauf der Behandlung, seinen Gesundheitszustand und seine Rechte nach diesem Gesetz aufzuklären.

Zu § 19:

Die Bestimmung des § 19 betreffend das Rechtsmittelverfahren soll an die vergleichbaren Regelungen des UbG angepasst werden (vgl. §§ 26 Abs. 3, 29 Abs. 1 UbG). Sofern die Anhaltung noch fort dauert, wie es bei Anträgen nach § 17 Abs. 2 bis 4 (Beendigung), § 18 Abs. 2 (Beschränkung der

Bewegungsfreiheit) oder § 20 (Soforteinweisung) der Fall ist, sind bestimmte Entscheidungs- und Ausfertigungsfristen einzuhalten.

Abs. 1 regelt die Aktivlegitimation für die Erhebung eines Rechtsmittels; da es sich um ein außerstreitiges Verfahren handelt, ergibt sich die Bestimmung der Rekursfrist von 14 Tagen aus § 46 AußStrG.

Der Beschluss auf Abweisung und die damit einhergehende Feststellung der Unzulässigkeit der Anhaltung nach dem Tuberkulosegesetz ist durch die unverzügliche Entlassung sofort zu vollstrecken, woran ein zu einem späteren Zeitpunkt – jedoch fristgerecht eingebrachter – Rekurs der Bezirksverwaltungsbehörde nichts ändern würde. Damit die Bezirksverwaltungsbehörde aus diesem Grund nicht sofort nach Verkündung der Entscheidung den Rekurs ausführen muss, räumt Abs. 2 die Möglichkeit ein, dass die Behörde erklären kann, dass sie Rekurs erheben will. Das Gericht hat dann darüber zu entscheiden, ob dem Rechtsmittel aufschiebende Wirkung zukommt. Diese aufschiebende Wirkung ist zeitlich begrenzt mit Ablauf der Ausführungsfrist für den Rekurs (sieben bzw. im Fall des § 21 drei Tage ab Zustellung der schriftlichen Ausfertigung).

Abs. 3 bestimmt abweichend von der allgemeinen Regel des § 46 AußStrG eine Rekursfrist von sieben Tagen in Verfahren nach § 17 für die Bezirksverwaltungsbehörde. Bei (unverzüglich nach Erklärung) zuerkannter aufschiebender Wirkung hat das erstinstanzliche Gericht somit angesichts des fristgerecht einlangenden schriftlichen Rekurses erneut zu prüfen, ob diesem weiterhin aufschiebende Wirkung zukommen soll. Gegen Gewährung oder Verweigerung der aufschiebenden Wirkung gibt es kein abgeordnetes Rechtsmittel.

Abs. 5 bestimmt eine 14-tägige Entscheidungsfrist für das zweitinstanzliche Gericht, sofern die Anhaltung noch fort dauert.

Zu § 20:

Bei der in § 21 geregelten Soforteinweisung durch die Bezirksverwaltungsbehörde handelt es sich nach der bisherigen Erfahrung in der Praxis um den häufigsten Fall der Antragstellung an das Gericht. Die Voraussetzungen für den Antrag an das Gericht, die Soforteinweisung für zulässig zu erklären, sind demnach das Vorliegen einer Erkrankung im Sinn des § 1 Abs. 2 oder 3 oder eines Krankheitsverdachts (§ 1 Abs. 4), die Belehrung nach § 9 Abs. 1 Z 7, die unmittelbare Ansteckungsgefahr oder substantiierte Anhaltspunkte für eine solche Gefährdung Dritter sowie das Fehlen eines gelinderen Mittels. Dabei unterscheiden sich die Voraussetzungen eines Antrages nach § 20 lediglich hinsichtlich der erhöhten Anforderung an den Aspekt der Fremdgefährdung (unmittelbare und akute Gefährdung).

Das in den vorangegangenen Bestimmungen geregelte allgemeine Verfahren kommt auch im Fall eines Antrages nach § 20 mit Ausnahme der in Abs. 2 genannten Modifikationen zur Anwendung.

Die Bezirksverwaltungsbehörde hat demnach binnen drei Tagen nach Vollzug der Einweisung, also ab dem Zeitpunkt der tatsächlichen Anhaltung in der Krankenanstalt, nicht schon mit der bescheidmäßigen Anordnung, einen Antrag an das nach § 14 örtlich zuständige Bezirksgericht zu stellen. Es handelt sich dabei um eine prozessuale Frist. Der Bezirksverwaltungsbehörde kommt die Pflicht zu, bei nicht fristgerechter Antragstellung – sowie bei Säumnis des Gerichts – die sofortige Entlassung zu veranlassen. Der Angehaltene sollte auch in diesem Fall – wie in diesem Bundesgesetz mehrfach ausdrücklich angeordnet – von der Bezirksverwaltungsbehörde über die Gründe der Soforteinweisung in einer ihm verständlichen Sprache unterrichtet werden.

In Entsprechung des Art. 6 Abs. 1 PersFrG hat die Entscheidung des Gerichts bei fort dauernder Anhaltung binnen einer Woche zu ergehen. Nach dem Vorbild der §§ 19 ff. UbG soll das Gericht aber bei fort dauernder Freiheitsbeschränkung binnen der einwöchigen Frist auch nur eine vorläufige Entscheidung über die Zulässigkeit treffen können, wenn eine abschließende Entscheidung nach einer mündlichen Verhandlung nicht möglich sein sollte.

Im Falle einer vorläufigen Zulässigerklärung der Anhaltung hat binnen 14 Tagen nach Verkündung der vorläufigen Entscheidung eine mündliche Verhandlung stattzufinden. Hinsichtlich der persönlichen Anhörung kann die Ausnahmebestimmung des § 15 Abs. 2 zur Anwendung kommen.

Ebenso wie es möglich ist, dass das Gericht ohne eine vorläufige Entscheidung sofort die Zulässigkeit der Anhaltung anordnen kann (beispielsweise im Wiederholungsfall), kann es auch sofort den Antrag auf Anhaltung (endgültig) abweisen, wenn die Voraussetzungen im Sinn des § 20 Abs. 1 nicht vorliegen. Der sofortigen Erklärung der Bezirksverwaltungsbehörde, Rekurs erheben zu wollen, kommt gemäß § 19 Abs. 2 ebenfalls aufschiebende Wirkung zu, wobei sich die Frist für die schriftliche Ausführung des Rekurses in diesem Fall auf drei Tage verkürzt.

Zu Z 18 bis 20 (§ 23):

§ 23 enthält die Rechtsgrundlage für die Anordnung von Screening-Untersuchungen für Risikogruppen im Verordnungsweg. Die Zuständigkeit zur Erlassung lag bisher beim Landeshauptmann. Die Volksanwaltschaft hat aus Anlass einer Einzelbeschwerde ein Prüfverfahren eingeleitet und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die Vollzugspraxis in den Bundesländern völlig heterogen ist, obwohl dies keinesfalls durch eine unterschiedliche epidemiologische Situation gerechtfertigt wäre. Die Verordnungen der Landeshauptmänner differieren nicht nur hinsichtlich des davon erfassten Personenkreises, sondern auch hinsichtlich der vorgeschriebenen Folgeuntersuchungen. Die Volksanwaltschaft hat daher als legislative Anregung empfohlen, diese uneinheitliche Praxis der Länder durch eine bundeseinheitliche Lösung zu ersetzen, die auch den Anforderungen des Art. 8 EMRK genügt. Verpflichtende Tuberkuloseuntersuchungen seien ein Eingriff in die durch Art. 8 EMRK geschützte körperliche Unversehrtheit und daher nur dann zulässig, wenn sie gesetzlich vorgesehen, zum Gesundheitsschutz notwendig und verhältnismäßig sind. Um dieses Ziel zu erreichen und der Anregung nach Bundeseinheitlichkeit folgend soll die Verordnungsermächtigung auf die Ebene des Gesundheitsministers gehoben werden. Zu den Zielgruppen für eine aktive Fallsuche gehören Migranten aus Ländern mit hoher Tuberkulose-Prävalenz und Personengruppen mit erhöhtem Infektionsrisiko, z. B. SexdienstleisterInnen, Obdachlose, Insassen von Haftanstalten. Weites muss in der Verordnung das Untersuchungsintervall festgelegt werden, sowie Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation.

Im Hinblick darauf, dass moderne Röntgengeräte eine – gegenüber 1968 – wesentlich geringere Strahlenbelastung aufwiesen, wird das Lungenröntgen als Mittel der Wahl für Kinder ab dem schulpflichtigen Alter festgelegt. Damit können Fälle manifester Tuberkulose festgestellt werden. Jüngere Kinder sind mittels Hauttest oder IGRA zu untersuchen.

Zu Z 21 (§ 24):

Grundsätzlich steht es der Behörde gemäß § 18 AVG frei, ob sie die Form einer einfachen Ladung oder die Form eines Ladungsbescheides wählt. Dieses Auswahlmessen wird sich danach bestimmen, ob der Geladene der Ladung voraussichtlich ohne Zwangsmittel folgen wird. Sollte im Fall einer einfachen Ladung dieser durch den von einer Verordnung nach § 23 erfassten Person keine Folge geleistet werden, ist jedenfalls ein Ladungsbescheid (§ 18 Abs. 5 AVG) zu erlassen. Dieser hat für den Fall der unentschuldigten Nichtbefolgung des Ladungsbefehls die Verhängung von Zwangsstrafen oder die zwangsweise Vorführung anzudrohen. Da es um die Erzwingung des Erscheinens der Person vor der Behörde geht, stellt die Androhung der zwangsweisen Vorführung wohl das effektivere Mittel dar (vgl etwa VwGH 93/18/0579). Die angedrohte Vorführung ist zu ihrer Verwirklichung durch Vollstreckungsverfügung anzuordnen (§ 7 VVG).

Mit der Vorführung zur Behörde kann allerdings nicht die Durchführung der Reihenuntersuchung durchgesetzt werden. Bei Verweigerung der Untersuchung als unvertretbarer Handlung bietet § 5 VVG die Möglichkeit, dass der Verpflichtete von der Vollstreckungsbehörde durch Geldstrafen oder Haft zur Erfüllung seiner Pflicht angehalten wird (Zwangs- und Beugestrafen). Dies setzt allerdings das Vorliegen eines Exekutionstitels voraus (ein inhaltlich bestimmter Leistungsbescheid samt Vollstreckbarkeitsbestätigung). Die Vollstreckung hat mit der Androhung des für den Fall des Zuwiderhandelns oder der Säumnis zur Anwendung kommenden Nachteils zu beginnen. Bei weiterem Zuwiderhandeln nach Androhung ist das angedrohte Zwangsmittel sofort zu vollziehen. Eine Anwendung unmittelbaren Zwangs zur Durchsetzung der Untersuchung ist nicht möglich.

Zu Z 22 (§ 25):

Hier erfolgt eine Anpassung an die Änderungen in § 23.

Zu Z 23 (Entfall der §§ 26 und 27):

Die hier vorgesehenen Maßnahmen sind im Hinblick auf die geänderte Epidemiologie nicht mehr zeitgemäß und können daher entfallen. Die entsprechende Verordnung nach § 26 Abs. 2 wurde aus diesem Grund bereits 1994 aufgehoben.

Zu Z 24 (§ 28):

Diese Bestimmung wird lediglich redaktionell überarbeitet, inhaltlich tritt keine Änderung ein.

Zu Z 25 (Entfall der §§ 29 bis 34):

Die in § 29 vorgesehenen Maßnahmen sind im Hinblick auf die geänderte Epidemiologie nicht mehr zeitgemäß und können daher entfallen. Beim Auftreten eines Indexfalles an einer universitären Einrichtung greifen die allgemeinen Maßnahmen. Da die §§ 26 und 27 entfallen werden, sind sie auch für Angehörige des Bundesheeres nicht mehr relevant.

§ 32 enthält Vorschriften für Personen, die in Einrichtungen zur Untersuchung oder Behandlung der Tuberkulose arbeiten, und dabei einer überdurchschnittlichen Ansteckung mit Tuberkulose ausgesetzt sind. Diese haben sich einer Eingangsuntersuchung und regelmäßigen Kontrolluntersuchungen zu unterziehen. Nach den Erläuternden Bemerkungen zur Stammfassung des Tuberkulosegesetzes handelt es sich dabei um Schutzbestimmungen für diese Personen, wenngleich sie diese zu den entsprechenden Untersuchungen auch verpflichtet. Inhaltlich werden diese Vorkehrungen nunmehr durch die Regelungen des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes und die die Verordnung über die Gesundheitsüberwachung am Arbeitsplatz 2014 (VGÜ 2014) abgedeckt, dies mit dem Unterschied, dass die Fürsorgepflichten den Arbeitgeber treffen und keine Verpflichtungen des Arbeitnehmers normiert werden. § 32 kann daher entfallen.

Zu §§ 33 und 34: Der epidemiologisch bedeutendste Übertragungsweg ist die aerogene Übertragung mittels kleinster erregerehaltiger Tröpfchen des Bronchialsekretes, die vom Erkrankten beim Husten, Niesen oder Sprechen freigesetzt und von Kontaktpersonen inhaliert werden können. Damit eine Übertragung stattfinden kann, ist in aller Regel eine lang dauernde oder intensive, also direkte Exposition in einem ungenügend gelüfteten Raum notwendig. Trotz theoretisch langer Überlebensfähigkeit von sedimentierten, also in eingetrocknetem Sputum auf Oberflächen eingeschlossenen Erregern werden diese nicht als relevante Infektionsquelle erachtet. Die Reinigung und Desinfektion unterscheiden sich daher nicht von der sonst im Krankenhaus üblichen. Die adäquaten Maßnahmen werden durch das Hygieneteam (vgl. § 8a des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten) festgelegt werden.

Eine Raumdeseinfektion (zB. durch Formalin-Verdampfung) ist nicht erforderlich. Behördlich angeordnete Desinfektionsmaßnahmen sind daher obsolet.

Zu Z 26 (§ 35):

Redaktionelle und sprachliche Adaptierungen.

Zu Z 27 und 28 (§§ 37 und 38):

Im Hinblick auf den spezifischen Infektionsweg muss weiterhin verhindert werden, dass Tuberkulosekranke aus finanziellen Gründen unbehandelt bleiben. Daher trägt der Bund weiterhin subsidiär die Behandlungskosten, wenn dafür nicht ein sonstiger Kostenträger vorhanden ist. Neu ist die Regelung, dass dies auch für die Kosten einer Infektionsprophylaxe oder präventiven Therapie bei erhöhter Erkrankungsgefahr von Kontaktpersonen gilt.

Zu Z 29 (§ 39):

In Abs. 1 erfolgt eine Anpassung des Umfanges der von Bund zu tragenden Behandlungskosten. Neu wird in Abs. 2 die Möglichkeit berücksichtigt, dass die von der Bezirksverwaltungsbehörde angeordnete Untersuchung, ob eine behandlungsbedürftige Tuberkulose vorliegt, auch ambulant erfolgen kann.

Zu Z 30 (Entfall des § 40):

Mangels bisheriger praktischer Relevanz kann diese Bestimmung entfallen.

Zu Z 31 und 32 (§ 45):

Hier wird zur Sicherung des Aufsichtsrechts des Bundesministeriums festgeschrieben, dass Bescheide der Bezirksverwaltungsbehörden über die Übernahme von Behandlungskosten durch den Bund dem Bundesministerium für Gesundheit vorzulegen sind. Abs. 4 wird sprachlich modernisiert.

Zu Z 33 (§ 47):

Die Regelungen, welche Vollzugskosten vom Bund zu tragen sind, werden an die Änderungen im materiellen Teil des Gesetzesentwurfes angepasst.

Zu Z 34 und 35 (§§ 48 und 49):

Redaktionelle Anpassung der Verwaltungsstrafbestimmungen sowie eine zeitgemäße Festlegung des Strafrahmens.

Zu Z 36 und 38 (Entfall der §§ 50, 52 und 53):

Diese Bestimmungen sind überholt.

Zu Z 37 (§ 51):

Redaktionelle Anpassungen.

Zu Z 39 (§ 54):

Zur Frage, welche Auswirkungen die Änderung der Zuständigkeit der verordnungserlassenden Behörde auf bestehende Durchführungsverordnungen hat, wird überwiegend von einer Invalidation und nicht von einer Derogation ausgegangen. Es erscheint daher im Sinne der Rechtssicherheit geboten, ein

Außerkräfttreten der Verordnungen der Landeshauptmänner nach § 23 Tuberkulosegesetz explizit anzuordnen. Da es sich um Vollzugsmaßnahmen im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung handelt, ist die Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers dazu gegeben.

Zu Z 40 (§ 56):

Anpassung der Vollzugsbestimmungen.

Zu Z 41 (Entfall der Anlage):

Diese ist nicht mehr zeitgemäß.

Änderungen des Epidemiegesetzes 1950

Zu Z 1 (§ 1):

Erkrankungs-, Verdachts- und Todesfälle durch *Mycobacterium bovis* bei Menschen sind seit 2010 bislang nach dem Epidemiegesetz 1950 meldepflichtig und sollen in Hinkunft nach dem Tuberkulosegesetz der Meldepflicht unterworfen sein. Daher ist § 1 Abs. 1 Epidemiegesetz entsprechend zu ändern.

Zur Einführung der Meldepflicht für Dengue-Fieber:

Der Erreger des Dengue-Fiebers, das Dengue-Virus, gehört zur Familie der Flaviviren. Das Dengue-Virus wird von vorwiegend tagaktiven Stechmücken der Gattung *Aedes* aus der Familie der Culicidae, die derzeit in Asien, in der Pazifikregion, Nord- Mittel- und Südamerika, und Afrika weitverbreitet sind, übertragen.

Beide Spezies sind inzwischen auch nach Europa eingeschleppt geworden. *Aedes albopictus* kommt inzwischen in manchen Gegenden von Kontinentaleuropa autochthon vor, wurde vereinzelt bereits in Österreich nachgewiesen und kann sich aufgrund des Klimawandels weiter ausbreiten.

Mit Dengue infizierte Menschen sind ab dem Auftreten der ersten Symptome für 4-5 Tage (maximal 12 Tage) während der virämischen Phase als Virus-Träger für nicht infizierte Stechmücken der genannten Spezies eine mögliche Quelle des Virus. Diese Mücken bleiben nach einer Inkubationszeit von 4 bis 10 Tagen für die Dauer ihrer Lebenszeit infektiös.

Die Symptomatik des Dengue – Fiebers äußert sich in einer grippeähnlichen Erkrankung mit hohem Fieber (40 °C) und Begleitsymptomen wie starke Kopfschmerzen, Augenhintergrundschmerzen, Muskel-, Gelenkschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Lymphknotenschwellung und Hautausschlag. Es gibt aber auch die schwere Verlaufsform „Severe Dengue“, eine potentiell tödliche Erkrankung. Die klinische Symptomatik dauert selten länger als 10 Tage an. 40 bis 80 % der Dengue – Fieber – Infektionen verläuft asymptomatisch. Weniger als 5 % der Fälle haben eine schwere Verlaufsform. Es gibt keine kausale Therapie einer Dengue bzw. „Severe Dengue“ – Infektion und derzeit auch keinen Impfstoff gegen das Dengue – Virus.

Im Jahr 2012 wurden von 15 Europäischen Ländern 1207 Dengue – Fieber – Fälle, davon 1118 bestätigte, gemeldet. 1041 Fälle wurden als importierte Fälle gemeldet. Autochthone Fälle wurden im Süden Frankreichs in den Jahren 2010 und 2013 und in Kroatien 2010 registriert.

In Österreich gibt es bislang keine autochthonen Fälle. In allen neun Bundesländern werden an bislang 37 ausgewählten Standorten Mücken mittels spezieller Fallen gesammelt. Die angestrebte Menge liegt bei etwa 5000 Exemplaren pro Jahr. Besonderes Augenmerk gilt der Überwachung des Vorhandenseins der Arten *Aedes japonicus* oder *Aedes albopictus*.

Eine Meldepflicht kann eine Basisdatenlage schaffen, um das wahre Ausmaß von eingeschleppten Fällen erfassen zu können. Darüber hinaus konnte das Vorkommen von *Aedes albopictus* auch in Österreich nachgewiesen werden. Da diese Spezies ein potentieller Vektor für die Übertragung des Dengue – Virus ist, wären die grundsätzlichen Voraussetzungen gegeben, dass das Dengue – Virus auch in Österreich übertragen werden könnte. Daher ist es wichtig, auch autochthone Fälle zu identifizieren, um auf Basis dieser Informationen Überlegungen zu weiteren Maßnahmen anstellen zu können.

Der Meldepflicht sollen lediglich Erkrankungs- und Todesfälle an Dengue-Fieber unterworfen werden, wobei von einem Erkrankungsfall lediglich dann auszugehen ist, wenn die Infektion labordiagnostisch nachgewiesen ist.

Zur Einführung der Meldepflicht für Chikungunyafieber:

Der Erreger des Chikungunyafiebers, das Chikungunyavirus ist ein Virus der Familie der Togaviridae, Genus Alphavirus. Tagaktive Stechmücken der Gattung *Aedes*, im Speziellen *Aedes aegypti* und *Aedes albopictus* übertragen das Virus. Infizierte Menschen können während der virämischen Phase das Virus

auf Stechmücken übertragen und durch Reisetätigkeit das Virus in Gebiete mit kompetenten Vektoren einschleppen.

Die Inkubationszeit beträgt 1-12 Tage, im Durchschnitt 3 Tage. Charakteristisch für Chikungunyafieber ist ein plötzlich auftretendes, hohes Fieber begleitet von Arthralgie (Gelenkschmerzen). Weitere Symptome können Myalgie, Kopfschmerzen, Übelkeit, Abgeschlagenheit und ein Exanthem sein. Die auftretenden Gelenkschmerzen sind meist äußerst belastend für die Patienten und dauern einige Tage, in manchen Fällen einige Wochen und in seltenen Fällen über Monate oder Jahre an. Die Mehrheit der Infektionen verläuft symptomatisch (>75%).

Es gibt derzeit keine Impfung und keine spezifische antivirale Therapie.

In mehreren Europäischen Ländern werden jedes Jahr von Reisenden importierte Chikungunyafieber-Fälle registriert. Autochthone Fälle innerhalb Europas wurden aus Italien (217 Fälle im Jahr 2007) und aus Frankreich (2 Fälle im Jahr 2010) gemeldet. In Österreich wurden bisher nur importierte Fälle beobachtet.

Eine autochthone Übertragung in Österreich durch einen eingeschleppten virämischen Chikungunyafieberfall während der Stechmückensaison ist derzeit jedoch als möglich einzustufen, da in den vergangenen Jahren jährlich mehrere importierte Chikungunyafieberfälle in Österreich dokumentiert wurden und mit *Aedes albopictus* ein kompetenter Vektor in Österreich bereits nachgewiesen wurde und die Umwelt bzw. Temperaturbedingungen im Sommer gegeben sind.

Eine Meldepflicht kann eine Basisdatenlage schaffen, um das wahre Ausmaß von eingeschleppten Fällen erfassen zu können. Darüber hinaus konnte das Vorkommen von *Aedes albopictus* auch in Österreich nachgewiesen werden. Da diese Spezies ein potentieller Vektor für die Übertragung des Chikungunya-Virus ist, wären die grundsätzlichen Voraussetzungen gegeben, dass das Virus auch in Österreich übertragen werden könnte. Daher ist es wichtig, auch autochthone Fälle zu identifizieren, um auf Basis dieser Informationen Überlegungen zu weiteren Maßnahmen anstellen zu können.

Der Meldepflicht sollen lediglich Erkrankungs- und Todesfälle an Chikungunyafieber unterworfen werden, wobei von einem Erkrankungsfall lediglich dann auszugehen ist, wenn die Infektion labordiagnostisch nachgewiesen ist.

Zur Einführung der Meldepflicht für Hanta-Virus-Infektionen:

Hantaviren gehören zur Familie der Bunyaviridae. Die Gattung Hantavirus umfasst unter anderem das Hantaan-Virus, Seoul-Virus, Dobrava-Belgrad-Virus, Saaremaa-Virus (bzw. Dobrava-Virus-Kurkino) Puumala-Virus, Sin-Nombre-Virus. Jede Hantaviruspezies hat eine spezifische Nager-Wirtsspezies. Das in Europa am weitesten verbreitete Hantavirus Puumala Hantavirus wird durch die Rötelmaus (*Myodes glareolus*) übertragen.

Die Symptome variieren, von asymptomatisch bis hin zu schweren Krankheitsverläufen. Die Inkubationszeit ist relativ lange, meist 2-3 Wochen, kann aber auch bis zu 8 Wochen betragen. Eine spezifisch gegen Hantavirus-Infektion gerichtete Therapie steht nicht zur Verfügung.

Nager scheiden das Virus im Urin, Fäzes und Speichel aus. Das Virus kann insbesondere durch Einatmen von Staub, der mit Exkrementen von Nagern verunreinigt ist auf den Menschen übertragen werden. Das Virus wird nicht von Mensch-zu-Mensch übertragen.

Das Risiko einer Hantavirus-Infektion kann verringert werden, indem der Kontakt zu Nagern und deren Ausscheidungen vermieden und bestimmte Vorsichtsmaßnahmen eingehalten werden. Dazu gehört vor allem die Verhinderung des Eindringens von Nagern in den Wohnbereich und seine nähere Umgebung.

Die oben angeführten Maßnahmen sollten vor allem in bekannten Endemiegebieten umgesetzt werden, wenn Nagerbefall festgestellt wurde oder wenn Tätigkeiten an Orten ausgeführt werden, wo erwartungsgemäß Nager vorkommen. Außerdem sollten beruflich potentiell exponierte Personen (z. B.: Waldarbeiter, Bauern, Jäger) entsprechende Vorsichtsmaßnahmen treffen.

In Österreich wurden in den letzten Jahren durchschnittlich 35 Hanta-Infektionen pro Jahr nachgewiesen, die Fallzahlen pro Jahr schwanken aber beträchtlich. Die bisher bekannten Hantavirus-Endemiegebiete liegen vorwiegend im Süden Österreichs. Die Hantavirus übertragenden Mäuse sind in ganz Österreich beheimatet. Es ist daher gesamt Österreich als Hanta-Risikogebiet einzustufen und es ist mit einer Zunahme der Endemiegebiete zu rechnen.

In diesem Sinne ist die Einführung einer Meldepflicht von Hanta-Infektionen sinnvoll. Des weiteren ist eine Meldepflicht Voraussetzung zur Verbesserung der Datenlage betreffend Hantavirus-Infektionen. Insbesondere in Jahren mit einer Häufung von Hantavirus-Erkrankungen gibt die Meldepflicht die Möglichkeit, unmittelbar auf diese epidemische Situation mit entsprechenden Maßnahmen zu reagieren.

Ausgehend von den Fallzahlen der letzten Jahre wird für die kommenden Jahre eine zu erwartende Fallzahl von 40 Fällen/Jahr geschätzt.

Der Meldepflicht sollen lediglich Erkrankungs- und Todesfälle an Hanta-Virus-Infektionen unterworfen werden, wobei von einem Erkrankungsfall lediglich dann auszugehen ist, wenn die Infektion labordiagnostisch nachgewiesen ist.

Zur Einführung der Meldepflicht für Zika-Virus-Infektionen:

Der Erreger der Zikavirus-Infektion, das Zika-Virus, gehört zur Familie der Flaviviren. Das Zikavirus ist ein RNA-Virus, bei dem zwei Virenstämme unterschieden werden: ein asiatischer und ein afrikanischer Stamm. Das Virus wurde erstmalig 1947 bei Rhesusaffen im Zikawald in Uganda, Afrika nachgewiesen. Das Zikavirus wird in erster Linie von der vorwiegend tagaktiven Stechmücke *Aedes aegypti* (Gelbfiebermücke), die derzeit in Asien, in der Pazifikregion, Nord- Mittel- und Südamerika, und Afrika weit verbreitet sind, übertragen. Auch andere Stekmückenarten der Gattung *Aedes* gelten als potentielle Vektoren des Zika-Virus, z.B. *Aedes albopictus* (asiatische Tigermücke). Beide Spezies wurden nach Europa eingeschleppt. *Aedes albopictus* kommt in manchen Gegenden Kontinentaleuropas autochthon vor, wurde vereinzelt bereits in Österreich nachgewiesen und könnte sich aufgrund des Klimawandels potentiell weiter ausbreiten. Jedoch sind weitere Untersuchungen notwendig, um gesicherte Aussagen über die Vektorkompetenz einzelner Spezies und die Vektorkapazität treffen zu können.

Zika-Virus-RNA konnte in Blut, Urin, Speichel, Samenflüssigkeit und Muttermilch nachgewiesen werden (11-15). Auch sind Fälle von sexueller Übertragung des Zika-Virus von Mann-zu-Frau bekannt. Fallberichte zeigen, dass das Zika-Virus transplazentar übertragen werden kann. Bisher gibt es keine gesicherten Berichte einer Übertragung durch Bluttransfusion oder Organtransplantation. Eine Übertragung des Virus über Speichel, Urin oder Muttermilch wurde bislang nicht beschrieben.

Bis zu 80% der Zika-Virus-Infektionen verlaufen asymptomatisch. Symptomatische Infektionen sind durch eine selbstlimitierende fiebrige Erkrankung gekennzeichnet, welche häufig von Hautausschlag, Arthralgie, Myalgie, Konjunktivitis und Kopfschmerzen begleitet ist. Die Symptome der Zika-Virus-Infektion ähneln jenen anderer Stechmücken übertragbarer Infektionen (z.B. Denguefieber, Chikungunyafieber), werden aber als deutlich milder beschrieben. Symptome treten innerhalb von drei bis zwölf Tagen (meist drei bis sieben Tage) nach einem infektiösen Mückenstich auf und dauern meist zwei bis sieben Tage an. Einzelne Todesfälle, die in Zusammenhang mit Zika-Virus-Infektionen beschrieben wurden, traten bei Menschen mit schweren Vorerkrankungen auf. Im Oktober 2015 fiel in mehreren Bundesstaaten Brasiliens ein starker Anstieg von Mikrozephalie-Fällen bei Neugeborenen auf. Studienergebnisse deuten darauf hin, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen einer mütterlichen Zika-Virus-Infektion während der Schwangerschaft und Schädel/Hirn-Fehlbildungen bzw. Fehlbildungen des zentralen Nervensystems bei Neugeborenen besteht. In einigen Ländern Zentral- und Südamerikas wurde in den vergangenen Monaten ein ungewöhnlicher Anstieg der Zahl an Guillain-Barré-Syndrom (GBS) Fällen - einer inflammatorischen Erkrankung des peripheren Nervensystems - verzeichnet. Auch diesbezüglich wird ein möglicher Zusammenhang mit einer vorangehenden Zika-Virus-Infektion vermutet und derzeit untersucht.

Eine Zika-Virus-Infektion kann durch direkten Nachweis von Zika-Virus RNA im Blut (und im Urin) oder durch den Nachweis von spezifischen Antikörpern bestätigt werden.

Es gibt derzeit weder eine kausale Therapie noch einen Impfstoff gegen Zika-Virus-Infektionen.

Zu größeren Ausbrüchen beim Menschen kam es 2007 in Mikronesien und ab 2013 in mehreren Inselstaaten des Pazifik, darunter Französisch Polynesien. Derzeit breitet sich das Zika-Virus in Mittel- und Südamerika weiter aus. In Brasilien gab es nach Schätzungen des brasilianischen Gesundheitsministeriums im Jahr 2015 0,4-1,3 Millionen Fälle von Zika-Virus-Infektionen. Außerhalb Mittel- und Südamerikas wurden Fälle autochthoner Zika-Virus-Infektionen unter anderem auf den Kap-Verdischen Inseln, auf Samoa und Solomon-Inseln, Neu-Kaledonien, Fiji, Vanuatu, Thailand und den Philippinen registriert (Stand 16.3.2016).

Aufgrund der weiteren Ausbreitung der Zika-Virus-Epidemie in Mittel – Südamerikas und einem vermuteten Zusammenhang mit der angestiegenen Zahl an Mikrozephalie-Fällen und der Zahl der Guillain-Barré-Syndrom-Fälle hat die WHO am 01.02.2016 einen globalen Gesundheitsnotstand ausgerufen.

Bisher ist in Europa kein Fall einer autochthonen Zika-Virus-Infektion bekannt. Das Risiko, sich bei einem Aufenthalt in betroffenen Ländern mit dem Zika-Virus zu infizieren besteht. Es gibt derzeit keine Evidenz für das Risiko einer Einschleppung von mit Zika-Virus infizierten Stechmücken via Flugzeugen aus betroffenen Ländern nach Europa.

In Österreich trat 2015 ein Fall einer importierten Zika-Virus-Infektion auf, sowie weitere fünf importierte Fälle bis März 2016 (Nationale Referenzzentrale Arboviren).

Das Risiko eine Übertragung von Zika-Virus-Infektionen in Europa ist abhängig vom Vorhandensein potentieller Vektoren, der Kompetenz von *Aedes albopictus*, das Virus zu übertragen und der Kapazität des Vektors (zB Populationsdichte). In den Sommermonaten ist eine autochthone Übertragung in Gegenden, in denen *Aedes albopictus* auftritt, möglich. In Österreich ist Stechmückenspezies *Aedes albopictus* derzeit nicht etabliert ist (und wurde bislang erst und einmalig 2012 nachgewiesen).

In allen neun Bundesländern Österreichs werden an bislang 37 ausgewählten Standorten Mücken mittels spezieller Fallen gesammelt. Die angestrebte Menge liegt bei etwa 5000 Exemplaren pro Jahr. Besonderes Augenmerk gilt der Überwachung des Vorhandenseins der invasiven Arten *Aedes japonicus* und *Aedes albopictus*.

Importierte Fälle von Zika-Virus-Infektionen sind in Österreich wahrscheinlich. Eine Meldepflicht kann eine Basisdatenlage schaffen, um das wahre Ausmaß der eingeschleppten Fälle erfassen zu können. Nachdem *Aedes albopictus* auch einmal schon in Österreich nachgewiesen werden konnte und diese Spezies ein potentieller Vektor für die Übertragung des Zika-Virus ist, wären auf längere Sicht die grundsätzlichen Voraussetzungen gegeben, dass das Zika-Virus autochthon auch in Österreich übertragen werden könnte. Daher ist es wichtig, auch autochthone Fälle zu identifizieren, um auf Basis dieser Informationen Überlegungen zu weiteren Maßnahmen anstellen zu können.

Der Meldepflicht sollen lediglich Erkrankungs- und Todesfälle an Zika-Virus-Infektionen unterworfen werden, wobei von einem Erkrankungsfall lediglich dann auszugehen ist, wenn die Infektion labordiagnostisch nachgewiesen ist.

Schließlich werden die Krankheiten, die nach der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten, BGBl. II Nr. 224/2015 anzeigepflichtig sind, in das Epidemiegesetz integriert.

Zu Z 2 (§ 4 Abs. 7):

Aktualisierung eines Verweises.

Zu Z 3 und 4 (§ 7 Abs. 1 und 1a):

In Abs. 1 erfolgt lediglich eine sprachliche Aktualisierung.

Dem Vorbild des Tuberkulosegesetzes und aktuellen verfassungsrechtlichen Vorgaben folgend soll auch im Epidemiegesetz das Rechtsschutzinstrumentarium für freiheitsbeschränkende Maßnahmen den menschenrechtlichen Standards entsprechend ausgestaltet werden. Daher steht kranken, krankheitsverdächtigen oder ansteckungsverdächtigen Personen, denen gegenüber eine freiheitsbeschränkende Maßnahme (Absonderung in der Wohnung oder einer entsprechenden Krankenanstalt) verfügt wurde, die Möglichkeit einer Überprüfung dieser Maßnahme durch das Gericht zu. Die freiheitsbeschränkende Maßnahme kann dabei je nach Sachlage, insbesondere der Dringlichkeit der Maßnahme, entweder durch die Ausübung unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt (auch unter Assistenz der Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes, vgl. § 28a) oder durch Bescheid erfolgen.

Voraussetzung für die Zulässigkeit eines Eingriffs in die persönliche Freiheit ist auch hier, dass nach der Art der Erkrankung und dem bisherigen oder zu erwartenden Verhalten des Betroffenen substantiierte Anhaltspunkte für eine Fremdgefährdung durch eine übertragbare Krankheit bestehen. Bei Gefahr im Verzug ist eine umfassende medizinische Abklärung noch nicht erforderlich, allerdings eine hinreichende fachliche Abklärung, um im Rahmen einer Prognoseentscheidung beurteilen zu können, ob eine Gefahrenquelle für die Ausbreitung einer ansteckenden Krankheit besteht. Im Einzelfall können daher freiheitsbeschränkende Maßnahmen auch gegenüber einer bloß ansteckungsverdächtigen Person getroffen werden, wenn hinreichende Anhaltspunkte für eine Prognoseentscheidung im Hinblick auf Fremdgefährdung vorliegen.

Hinsichtlich des vorgesehenen gerichtlichen Überprüfungsverfahrens ist sinngemäß der Zweite Abschnitt des Tuberkulosegesetzes anwendbar.

Zu Z 5 und 6 (§ 36 und 43):

Durch das Verwaltungsreformgesetz 2001, BGBl. I Nr. 65/2001, wurde in § 43 Abs. 4 klargestellt, dass die Vollzugszuständigkeit für das Epidemiegesetz bei der Bezirksverwaltungsbehörde liegt. Damit nicht im Einklang stehende Bestimmungen, die in früheren Fassungen auf die Gemeinden als Vollzugsbehörden abstellen, haben zu entfallen. Allerdings wird in § 36 Abs. 3 klargestellt, dass die Kostend es gerichtlichen Verfahrens der Bund trägt.

Zu Z 7 und 8 (§§ 50 und 50b):

§ 50 enthält die Bestimmung über das Inkrafttreten und § 50b berücksichtigt dem Umstand, dass die nach der Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten, BGBl. II Nr. 224/2015 anzeigepflichtigen Krankheiten in das Epidemiegesetz integriert werden. Daher ist die genannte Verordnung aufzuheben.

Zu Z 9 (§ 51):

Hier wird die Vollzugsklausel aktualisiert.