



Amt der Wiener Landesregierung

Magistratsdirektion der Stadt Wien
Geschäftsbereich Recht

Rathaus, Stiege 8, 2. Stock, Tür 428
1082 Wien

Tel.: +43 1 4000 82334

Fax: +43 1 4000 99 82310

E-Mail: post@md-r.wien.gv.at

www.wien.at

Bundesministerium für Gesundheit

MDR - 277142-2016-8
Entwurf eines Bundesgesetzes,
mit dem das Tuberkulosegesetz
und das Epidemiegesetz 1950
geändert werden;
Begutachtung;
Stellungnahme

Wien, 29. April 2016

zu BMG-92731/0003-II/A/4/2015

Zu dem mit Schreiben vom 5. April 2016 übermittelten Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Tuberkulosegesetz und das Epidemiegesetz 1950 geändert werden, wird wie folgt Stellung genommen:

Einleitend wird festgehalten, dass sich der vorliegende Entwurf zur Änderung des Tuberkulosegesetzes von jenem vom Bundesministerium für Gesundheit in den Erläuterungen angesprochenen Vorentwurf vom Sommer 2015 unterscheidet, sodass nicht mehr auf die grundsätzlich positive Bewertung anlässlich der Konferenz der leitenden Sanitätsbeamtinnen und Sanitätsbeamten Bezug genommen werden kann.

Sowohl der Gesetzesentwurf zur Änderung des Tuberkulosegesetzes als auch jener zur Änderung des Epidemiegesetzes 1950 sehen zusätzliche Behördenaufgaben vor, die einen Mehraufwand für die Verwaltung und amtsärztlichen Tätigkeiten nach sich ziehen werden bzw. Bereiche betreffen, die bislang ausschließlich den behandelnden Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren.

Die Meldepflichten werden insofern erweitert, als alle Krankheiten, die durch ein Bakterium des Mycobacterium-Tuberculosis-Komplexes verursacht werden, dem Tuberkulosegesetz unterstellt werden und auch „bloße“ TBC-Verdachtsfälle zu melden sind. Zudem hat die Meldung nunmehr nicht mehr nur auf Verlangen der Bezirksverwaltungsbehörde sondern automatisch zu erfolgen.

Diese neuen bzw. verstärkten Meldepflichten bedeuten sowohl für die Bezirksverwaltungsbehörde, als auch für die Krankenanstalten der Länder einen (administrativen) Mehraufwand. Es wäre unter dem Aspekt der Transparenz der finanziellen Auswirkungen wünschenswert, diesen Aspekt zu erwähnen und mit Aufwandsschätzungen zu hinterlegen.

Insgesamt kann die Notwendigkeit der geplanten Aufgabenerweiterung vor dem Hintergrund der über Jahre abnehmenden Infektionszahlen an Tuberkulose nicht gesehen werden.

Zu Artikel 1 (Änderung des Tuberkulosegesetzes):

Zu § 1:

Es wird angeregt, in die Begriffsbestimmungen des § 1 die Begriffe „krankheitsgefährdete Person“, „ansteckungsverdächtige Person“ und „behandlungsbedürftige Tuberkulose“ aufzunehmen und zu erklären.

Zu § 1 Abs. 3:

§ 1 Abs. 3 definiert den Begriff einer „nicht ansteckenden Tuberkulose“. Dabei werden die Infektion mit einem Tuberkuloseerreger und das Vorliegen einer Erkrankung (also Krankheitszeichen) festgeschrieben, wobei diese Personen keinen Erreger über die Atemwege ausscheiden, also nicht ansteckend sind.

Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass von diesen Personen keine Gefahr für die Allgemeinheit ausgeht.

Im Gegensatz dazu führen die Erläuterungen zum vorliegenden Gesetzesentwurf aus, dass von solchen Personen eine Gefahr für andere ausgehen kann, wenn es aufgrund mangelnder oder falscher Behandlung zu einem Rezidiv kommt. Nach den Erläuterungen besteht somit eine potentielle Gefahr, aufgrund derer künftig gemäß § 2 des vorliegenden Gesetzesentwurfes alle an Tuberkulose erkrankten Personen – unabhängig davon, ob sie an einer ansteckenden oder nicht ansteckenden Tuberkulose leiden – zu einer Behandlung verpflichtet werden sollen, wobei überdies freiheitsbeschränkende Maßnahmen wie die Anhaltung oder die Soforteinweisung über sie verhängt werden können.

Es wird auf die Ausführungen zu § 2 verwiesen.

Zu § 1 Abs. 4:

In § 1 Abs. 4 wird der Begriff „Krankheitsverdacht“ definiert. Zum besseren Verständnis wird vorgeschlagen, das Wort „substantiiert“ durch das Wort „begründet“ zu ersetzen.

Zu § 1 Abs. 5:

In § 1 wurde von der Formulierung „aktive Erkrankung“ in den Absätzen 2 und 3 auf „Erkrankung“ in Absatz 5 gewechselt.

Es wird angeregt, diese Differenzierung zu erklären oder allenfalls einen einheitlichen Terminus zu verwenden.

Zu § 2:

Beim Tuberkulosegesetz handelt es sich um ein seuchenrechtliches Instrument, das einen massiven Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen zulässt. Eine medizinische Behandlung mit Tuberkulosemedikamenten kann für die Betroffenen mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen verbunden sein. Ein solcher Eingriff in die körperliche Integrität erscheint daher nur bei Gefährdung höherwertiger Interessen wie beispielsweise der Volksgesundheit und nur in Anwendung einer ausreichend bestimmten gesetzlichen Regelung zulässig.

Im vorliegenden Entwurf wird nicht nur die ansteckende Tuberkulose einer Behandlungspflicht unterworfen, sondern auch die nicht ansteckende und sogar der Verdachtsfall. Eine generelle Behandlungspflicht wird aufgrund des Eingriffes in Persönlichkeitsrechte als problematisch angesehen.

Die Erläuterungen zum vorliegenden Gesetzesentwurf begründen einen Therapiezwang vorrangig mit der Verhinderung der Gefahr einer Ansteckung (Verbreitung) und der möglichen Rezidivbildung. Weder die unbehandelte nicht ansteckende Tuberkulose noch ein Tuberkuloseverdachtsfall erfüllen diese Parameter. Mangels akuter Gefahr für Dritte ist in diesen Fällen daher die Zulässigkeit eines Therapiezwanges anzuzweifeln.

Sogar bei einer ansteckenden (offenen) Tuberkulose gehen die Erläuterungen zu § 1 des vorliegenden Gesetzesentwurfes von einer geringen Gefahr aus und führen an, dass eine Ansteckung nicht so leicht wie bei anderen über die Luft übertragbaren Krankheiten erfolgt und nur ein Teil der infizierten Personen tatsächlich an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose erkrankt.

Nach den im Vorfeld zum Gesetzesentwurf durchgeführten Verhandlungen war es das Ziel, die Verpflichtung von an Tuberkulose erkrankten Personen festzulegen, sich bis zur Ausheilung der Tuberkulose der Behandlung zu unterziehen. Bei einem Krankheitsverdächtigen wurde noch keine Erkrankung nachgewiesen und auch eine Gefährdung ist nicht bewiesen. Ein Krankheitsverdächtiger ist vielmehr schnellstens einer Aufklärung und Diagnostik zuzuführen.

Zudem würde eine verpflichtende Behandlung bei lediglichem Verdacht einer Erkrankung aufgrund des Eingriffes in die körperliche Integrität der ärztlichen Ethik und der ärztlichen Sorgfaltspflicht widersprechen.

Die Behandlungspflicht für „krankheitsverdächtige Personen“ wird daher abgelehnt.

Zu § 3:

Die in § 3 Z 2 geregelte Meldepflicht für Verdachtsfälle zieht einen erheblichen Mehraufwand für die Behörden nach sich. Es wären schlussendlich alle suspekten Lungensymptome im niedergelassenen Bereich betroffen, bei denen von der behandelnden Ärztin bzw. vom behandelnden Arzt eine differentialdiagnostische Untersuchung eingeleitet wird. In der Praxis hat sich selbst bei von spezialisierten Lungenabteilungen in Krankenhäusern

gemeldeten Erkrankungsfällen im Nachhinein gezeigt, dass nach Durchführung von Spezialuntersuchungen die Tuberkuloseerkrankung nicht bestätigt werden konnte. Aufgrund des geringen Infektionsrisikos sowie der obendrein geringen Wahrscheinlichkeit an TBC zu erkranken, scheint die Aufnahme von Verdachtsfällen in die Meldepflichten nicht gerechtfertigt.

Zu § 4 Abs. 1:

Gemäß dem vorliegenden Gesetzesentwurf entfällt die bisher geltende Meldepflicht von Militärdienststellen. Aus Gründen des Infektionsschutzes wird angeregt, diese Meldepflicht beizubehalten.

Zu § 5:

In § 5 wird unter anderem die Meldepflicht für Ärztinnen und Ärzte geregelt und die elektronische Meldepflicht für Laboratorien vorgesehen. In diesem Zusammenhang wird angeregt, die Möglichkeit einer elektronischen Meldung für Ärztinnen und Ärzte zu schaffen.

Zu § 5 Abs. 1:

Im Hinblick darauf, dass im Verdachtsfall noch keine Diagnose gestellt wurde, wäre die Formulierung „innerhalb von 3 Tagen nach Stellung der Diagnose“ zu überarbeiten.

In redaktioneller Hinsicht wird angemerkt, dass das Wort „ab“ zu entfallen hätte.

Zu § 6 Abs. 2:

Es sollte auch eine Regelung des Zutrittes zu Personen, die ambulant (in der Wohnung) therapiert werden, geschaffen werden.

Die Aufnahme des Rechtes der Behörde auf Einsicht in den Krankenakt in den vorliegenden Gesetzesentwurf wird begrüßt. Aus Gründen der Rechtssicherheit wird aber angeregt, das Wort „gegebenenfalls“ zu streichen.

Für die Erhebung der möglicherweise angesteckten Personen sind Daten von Kontaktpersonen bei Arbeitgebern, Schulen und Kindergärten der erkrankten Person erforderlich. Es wird daher angeregt, eine entsprechende Auskunftspflichtung von nicht betroffenen bzw. nicht meldepflichtigen Personen wie Arbeitgebern, Familienangehörigen, Schulen oder Betreuern im Tuberkulosegesetz zu verankern.

Zu § 7 Abs. 1:

Derzeit ist die Überwachung als Maßnahme für jene Fälle gedacht, die keiner Behandlungspflicht unterliegen. Nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf ist geplant, auch nicht ansteckende und sogar Verdachtsfälle einer Therapie zu unterziehen.

Sollten die neuen Bestimmungen zur Therapiepflicht umgesetzt werden, so sollte die Überwachung als Teil dieser Pflicht angesiedelt werden.

Aufgrund der oben angeführten massiven Bedenken gegen die Therapiepflicht bei Verdachts- und nicht ansteckenden Erkrankungsfällen wird jedoch die Beibehaltung dieser Bestimmung begrüßt.

Zu § 7 Abs. 2:

In § 7 Abs. 2 des vorliegenden Gesetzesentwurfes ist eine Aufrechterhaltung der Überwachung bis zum Ausschluss des Risikos eines Rezidivs vorgesehen. Die Überwachung bis zum Ausschluss des Risikos eines Rezidivs wird abgelehnt, da dies eine lebenslange Überwachung der bzw. des Therapierten bedeuten würde.

Die Regelung des Gesetzesentwurfes würde bedeuten, dass die Bezirksverwaltungsbehörde bei geringer Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung und geringem Infektionsrisiko eine lebenslange Überwachung durchzuführen hat. Aus Gründen der Verhältnismäßigkeit erscheint dies unzulässig. Es wird daher dringend angeregt, einen nach der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls bemessenen maximalen Zeitraum für die Aufrechterhaltung der Überwachung vorzusehen. Vorgeschlagen wird, den Überwachungszeitraum auf 2 Jahre zu beschränken.

Zu § 8 Abs. 2:

Aufgrund der noch über Jahrzehnte parallel bestehenden Berufsgruppen sollten unbedingt sowohl die Fachärztin bzw. der Facharzt für Pneumologie als auch die Fachärztin bzw. der Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie in der Bestimmung angeführt werden.

Zu § 9 Abs. 1:

§ 9 Abs. 1 Z 1 des vorliegenden Gesetzesentwurfes könnte derart ausgelegt werden, dass die Bezirksverwaltungsbehörde verpflichtet ist, einen Verdacht auf Tuberkulose selbst abzuklären (und nicht nur die Abklärung des Verdachtes zu veranlassen). Das wäre der Behörde aber weder im Rahmen der technischen noch der personellen Ressourcen möglich.

Es wird folgende Textadaptierung vorgeschlagen:

„1. die Abklärung des Verdachts auf eine Tuberkuloseerkrankung **sowie** die Diagnose sicherzustellen;“

In Z 2 wird die Bezirksverwaltungsbehörde unter anderem verpflichtet, die Ermittlung des Sozialversicherungsstatus sowie der Arbeitsverhältnisse der bzw. des Betroffenen zu veranlassen. Für die Erhebung des Sozialversicherungsverhältnisses bedarf es eines entsprechenden Zuganges zum Versicherungssystem oder die Durchführung aufwendiger schriftlicher Recherchen. Die Bezirksverwaltungsbehörde behandelt bzw. therapiert nicht selbst und es erfolgt daher auch keine Verrechnung mit der Sozialversicherung. Die Erhebung des Sozialversicherungsstatus ist erst im Rahmen eines Verfahrens zur Geltendmachung von Behandlungskosten als Angabe im Antrag erforderlich. Eine automatische Erhebung bei allen im Rahmen des Tuberkulosegesetzes zu administrierenden Personen erscheint daher nicht zweckmäßig.

Mit der im vorliegenden Gesetzesentwurf geplanten Meldeverpflichtung von Verdachtsfällen wird auch die Verpflichtung der Behörde zur Veranlassung von Erhebungen gemäß Z 2 erweitert.

Die Ermittlung der Wohn-, Sozialversicherungs- und Arbeitsverhältnisse sollte auf erkrankte Personen beschränkt sein und nicht auf krankheitsverdächtige Personen erweitert werden.

Die in Z 3 geregelte Aufklärungspflicht der Behörde über Verhaltensmaßregeln erscheint aufgrund der vorgesehenen Erfassung von Verdachtsfällen und latenten Fällen als zu weitläufig. So wäre hinsichtlich der offenen Tuberkulosefälle nicht anders als hinsichtlich der geschlossenen und diesbezüglich wiederum nicht anders hinsichtlich der Verdachtsfälle oder der latenten Fälle aufzuklären. Eine Aufklärung kann weiters nur dann zweckdienlich sein, wenn ein enger Kontakt zu einer Person mit Verdacht auf eine offene und somit ansteckende Tuberkulose stattgefunden hat. Ansonsten würde diese Aufklärung nicht den Zweck der Verhinderung der Ausbreitung der Krankheit erfüllen.

In Z 4 wird ein 6-monatiges Überwachungsintervall für die Behörde festgelegt. Es wird angeregt – der Praxis entsprechend –, statt einem aktiven Prüfintervall für die Behörde eine Verpflichtung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes oder der behandelnden Einrichtung zur Übermittlung von Therapiedaten vorzusehen (verbunden mit der Möglichkeit der Behörde, ein abweichendes Intervall festzulegen).

Bezüglich der in Z 7 vorgesehenen ausgeweiteten Aufklärungspflichten der Behörde, die nunmehr auch krankheitsverdächtige Personen betreffen und in Bezug auf den Umfang der Aufklärung auf das jeweilige Krankheitsstadium abstellen, wird bemerkt, dass die Aufklärung eines Krankheitsverdächtigen über die Gefahren einer Erkrankung, die Behandlungspflicht oder die Zwangsmaßnahmen der Anhaltung medizinisch auch negative Folgen haben bzw. den Betroffenen stark verunsichern könnte.

Überdies ist der Ausdruck „Krankheitsstadium“ im Zusammenhang mit einer krankheitsverdächtigen Person verfehlt, da der Gesundheitszustand der betreffenden Person erst in Abklärung steht.

Ansteckungsverdächtige Personen (§ 9 Abs. 1 Z 3) sind nunmehr einer umfassenden Beratung – auch betreffend Therapie – zu unterziehen. Die bisher administrierten Personen hatten mit einem an einer ansteckenden Tuberkulose Erkrankten ausreichend zeitlichen Kontakt (Kontaktpersonen) und werden von der Behörde zu einer Umgebungsuntersuchung eingeladen (Röntgen, Bluttest, Hauttest). Bei einer erkrankten Person können durchschnittlich zwischen 50 und mehreren hundert Personen von einer Umgebungsuntersuchung betroffen sein. Pro Jahr werden in Wien rund 20.000 Röntgenuntersuchungen durchgeführt. Rund 4.000 Personen befinden sich derzeit jährlich in laufender Überwachung und Betreuung und rund 5.000 Personen werden pro Jahr in Umgebungsuntersuchungen administriert. Diese Personen sind in der Regel gesund und werden nach der derzeitigen Vorgehensweise nur bei auffälligen Befunden entsprechend informiert, aufgeklärt und zu weiteren diagnostischen Abklärungen bzw. zur Beratung hinsichtlich einer Therapie an den behandelnden Facharzt überwiesen.

Die Notwendigkeit der Beratung bzw. Therapie dieses nunmehr neu hinzugekommenen Personenkreises wird angezweifelt. Vielmehr wird der bisherige Ablauf als ausreichend betrachtet.

Zu § 9 Abs. 2:

Der vorliegende Gesetzesentwurf sieht eine Frist zur Aufbewahrung der Dokumentation von 30 Jahren vor. Die Notwendigkeit der Aufbewahrung sämtlicher Unterlagen bzw. Daten für diese lange Zeit ist nicht nachvollziehbar. Gerade die Aufbewahrung von Röntgenbildern über so einen langen Zeitraum ist aufgrund der technischen Erfordernisse der Datensicherung mit hohen Kosten verbunden. Von der geplanten undifferenzierten Aufbewahrungsverpflichtung über diesen langen Zeitraum sollte daher abgegangen werden. Auch das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz lässt eine (Mindest)Aufbewahrungsdauer von 10 Jahren für Röntgenbilder und für andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht 30 Jahre hindurch gegeben ist, zu. Auch für ambulante Behandlungen ist die Verkürzung der Aufbewahrungsfrist durch den Ausführungsgesetzgeber auf mindestens 10 Jahre möglich (§ 10 Abs. 1 Z 3 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz).

Eine Mindestfrist für die Aufbewahrung von Aufzeichnungen und sonstiger der Dokumentation dienlicher Unterlagen im Ausmaß von 10 Jahren ist auch in § 51 Abs. 3 Ärztegesetz 1998 geregelt.

Eine rechtliche Notwendigkeit für die Aufbewahrung über eine 10-jährige Frist hinaus kann in diesem Sinne nicht nachvollzogen werden.

Zu § 14:

Die Anhaltung krankheitsverdächtiger Personen oder auch von Personen mit einer nicht ansteckenden Tuberkulose (gemäß § 1 Abs. 3) wird abgelehnt.

Lediglich die Anhaltung uneinsichtiger ansteckender Erkrankter erscheint dann gerechtfertigt, wenn sie sich nicht an die Hygieneauflagen halten bzw. der Therapie entziehen und dadurch eine Gesundheitsgefahr für andere Personen darstellen.

In § 14 wird gefordert, dass dem Antrag auf Anhaltung ein fachärztliches Attest beizufügen ist. Ein fachärztliches Attest ist als Gutachten zu werten, das als nicht gerichtlich beauftragtes Gutachten (eines gerichtlich beeideten und zertifizierten Sachverständigen) keine erhöhte rechtliche Beweiskraft entfaltet. Es würde genügen, dass die Behörde im Rahmen des Antrages eine amtsärztliche Begründung vorlegt, die die Sicht der Behörde fachlich fundiert darlegt.

Sofern das Gericht ein medizinisches Gutachten benötigt, wäre ein gerichtliches Sachverständigengutachten zu beauftragen. Es ist nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen der Behörde die Vorlage eines fachärztlichen Attests auferlegt wird.

Zu § 15 Abs. 2:

Es drohen im Falle der „sinngemäßen Anwendung“ der Bestimmungen des Unterbringungsgesetzes durch die nach dem Tuberkulosegesetz anhaltende Anstalt Lücken in der

psychiatrischen Versorgung, weil notwendige fachärztliche Ressourcen für die Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder in einer nichtpsychiatrischen Anstalt bzw. Abteilung (in einer solchen werden Anhaltungen nach dem Tuberkulosegesetz aufgrund der notwendigen infrastrukturellen Voraussetzungen – z. B. Quarantänerraum – regelmäßig vorgenommen) nicht immer bereitgestellt werden können.

Es erscheint daher sachlich eher gerechtfertigt, diese Konstellationen nicht dem analogen, sondern dem primären Regelungsregime des Unterbringungsgesetzes zu unterstellen, weil diesfalls die fachärztliche Verantwortung für das psychiatrische Krankheitsbild - trotz temporärer Anhaltung nach dem Tuberkulosegesetz zu Behandlungszwecken andernorts - in der für die Unterbringung zuständigen psychiatrischen Krankenanstalt bzw. Abteilung verbliebe.

Zu § 15 Abs. 3:

Die Verwendung der Formulierung „insbesondere“ im Gesetzestext eröffnet weite Möglichkeiten des Absehens von der mündlichen Verhandlung, während das Gesetz keine Richtlinien für die Ermessensausübung darüber aufstellt, in welchen weiteren Fällen – neben der Gesundheitsgefährdung des Richters und anderer Verfahrensbeteiligten – die mündliche Verhandlung entfallen kann. Solche Ermessensrichtlinien sollten im Sinn des Art. 18 Abs. 1 B-VG im Gesetz festgelegt werden.

Zu § 15 Abs. 6:

Dass gemäß § 15 Abs. 6 die Anhaltung einer Person in einer Krankenanstalt „sofern das Gericht in seinem Beschluss nichts anderes anordnet“ – also bei einem Schweigen des Gerichts zur Anhaltedauer – auf unbestimmte Dauer zulässig sein soll, erscheint aus rechtsstaatlicher Sicht bedenklich.

Zu § 17 Abs. 1:

Es ist kein Sinn darin erkennbar, dass den Erläuterungen zufolge nach der Beendigung der Anhaltung durch die Bezirksverwaltungsbehörde das von der Beendigung der Anhaltung zu verständigende Gericht zusätzlich einen – noch dazu deklarativen – Beschluss, in dem die Anhaltung für beendet erklärt wird, fassen soll.

Zu § 18 Abs. 3:

Es wird hier neuerlich eine Aufklärungspflicht der Behörde festgelegt, die die Behörde bereits gemäß § 9 Abs. 1 und 3 im Vorfeld zu erfüllen hat.

Bezüglich der Pflicht der Bezirksverwaltungsbehörde sicherzustellen, dass während der Anhaltung die Persönlichkeitsrechte der angehaltenen Person in einem möglichst geringen Ausmaß beschränkt werden und sie über das Stadium der Erkrankung sowie ihre Rechte aufgeklärt wird, wird angeregt zu erläutern, ob diese Bestimmung in der Praxis so ausgelegt werden kann, dass damit allfällige Systemmängel bei der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten in Krankenanstalten erkannt und abgestellt werden sollen und die behördliche Überprüfung – sofern kein Anlass zum sofortigen Einschreiten gege-

ben ist – im Rahmen der krankenanstaltenrechtlich vorgesehenen sanitären Aufsicht (in routinemäßigen Intervallen stichprobenartig) erfolgen kann.

Zu § 20 Abs. 1:

Die Ausweitung der Möglichkeit der Soforteinweisung für nichtansteckende erkrankte Personen und krankheitsverdächtige Personen ist rechtlich und medizinisch nicht vertretbar, da von diesen Personen keine Gefahr ausgeht bzw. die Erkrankung noch nicht letztgültig bewiesen ist.

Zu § 21:

Aufgrund des neu formulierten § 20 wäre § 21 einer Prüfung zu unterziehen bzw. hätte zu entfallen.

Zu § 45 Abs. 4:

§ 45 Abs. 4 sieht vor, dass Bescheide, mit denen entgegen diesem Hauptstück Behandlungskosten übernommen wurden, nichtig sind. Die Rechtsordnung geht jedoch grundsätzlich von der Vernichtbarkeit fehlerhafter Verwaltungsakte aus und lässt eine absolute Nichtigkeit nur in jenen Fällen zu, in denen kein Fehlerkalkül besteht und der Verwaltungsakt somit nicht im Rechtsmittelweg angefochten werden kann (Raschauer, Allgemeines Verwaltungsrecht, 3. Auflage, Rz 71, 515, 886). Da es sich gegenständlich um einen Bescheid handelt, der gemäß § 68 Abs. 4 Z 4 AVG von der sachlich in Betracht kommenden Oberbehörde als nichtig erklärt werden kann oder gegen den Beschwerde an das zuständige Verwaltungsgericht erhoben werden kann, liegt lediglich ein vernichtbarer Akt vor.

Zu § 47 Abs. 1:

Die Änderungen in Z 1 drohen zu einer massiven finanziellen Mehrbelastung für die Vollzugsbehörden zu werden. So waren bislang gemäß Z 1 auch jene Untersuchungen von der Kostentragung des Bundes umfasst, die zur Umgebungsuntersuchung notwendig waren und in Anstalten des Bundes (AGES) vorgenommen wurden. Diese, für die Umgebungsuntersuchung nicht nur wichtigen, sondern auch häufigen Untersuchungen würden nun unter die Kosten der Vollzugsbehörde fallen. Nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf würde der Bund in dem Zusammenhang nur noch die Kosten für die Feintypisierung und Resistenzbestimmung tragen, die jedoch ohnehin nicht den Kosten der Vollzugsbehörden zugefallen wären. Dem wird entgegengetreten.

Zu § 47 Abs. 3:

Die neu geregelte Kompetenz des Bundesministers für Gesundheit, Reihenuntersuchungen durch Verordnung festzusetzen, kann in Verbindung mit der Beibehaltung der bisherigen Kostentragung nach § 47 Abs. 3 zu einer Mehrbelastung führen. Bislang hatte der Landeshauptmann die Reihenuntersuchungen festzulegen. Die budgetären Auswirkungen waren daher berechenbar. Falls es zu einer Erweiterung der Untersuchungspflicht kommen sollte, so wäre der Behörde die Planung zunächst entzogen.

Es wird sohin angeregt, mit der Übertragung der Kompetenz zur Erlassung der Verordnung an den Bundesminister für Gesundheit gleichzeitig auch die Kostenübernahme durch den Bund festzuschreiben. Zudem wird angeregt, die regelmäßige Evaluierung der bestimmten Personengruppen durch den Bund zu regeln, um die Kosten-/Nutzenrelation hinsichtlich Aufwand und tatsächlich festgestellter Inzidenz in der jeweils untersuchten Gruppe festzustellen und allenfalls ergebnisgestützt anzupassen.

Zu § 49:

Zwecks Vermeidung einer Doppelbestrafung im Sinne des Art. 4 des 7. ZPMRK sollte das Verhältnis der Subsidiarität der in § 49 festgelegten Verwaltungsstrafe zu gerichtlich strafbaren Handlungen, wie z. B. zum Tatbestand des Betruges gemäß § 146 StGB, festgelegt werden.

Offene Punkte:

Das Tuberkulosegesetz sieht nach wie vor keine Regelungen (abgesehen von Schulen und ähnlichen Einrichtungen) über ein Berufsverbot, Arbeitsverbot und dergleichen in Fällen einer offenen, also ansteckenden Tuberkulose vor. Nach der geplanten Rechtslage wäre es einer an offener Tuberkulose erkrankten Person daher möglich zur Arbeit zu gehen, solange sie sich an bestimmte Hygienemaßnahmen hält. Dies scheint in einigen Fällen unbefriedigend, weshalb eine Regelung analog zum Epidemiegesetz 1950 zweckmäßig wäre.

Die Vollziehung des Tuberkulosegesetzes bedingt auch die Durchsetzung von Maßnahmen. Vergleichsweise sieht das Epidemiegesetz 1950 ausdrücklich die Möglichkeit der Beiziehung des öffentlichen Sicherheitsdienstes vor. Auch das Unterbringungsgesetz, das in der Novelle mehrfach als Referenz herangezogen wird, kennt eine solche Mitwirkung. Aus verwaltungsökonomischen Gründen wäre es zweckmäßig, die Möglichkeit der Beiziehung des öffentlichen Sicherheitsdienstes auch im Tuberkulosegesetz explizit vorzusehen.

Zu Artikel 2 (Änderung des Epidemiegesetzes 1950):

Zu § 1:

Es wird angeregt, die Liste der Krankheiten auf die epidemierechtliche Relevanz zu überprüfen, um die nicht mehr relevanten Krankheiten zu reduzieren. Es sollte überlegt werden, ob die Anzeigepflichten für Scharlach und Wochenbettfieber noch zeitgemäß sind. Ebenso wird angeregt, die Anzeigepflicht für infektiöse Hepatitiden nur dann vorzusehen, wenn nicht bekannt ist, dass eine chronische Infektion vorliegt.

In Abs. 1 Z 1 sind zunächst die „Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle“ bestimmter Erkrankungen anzeigepflichtig. Vor dem „Influenzavirus A/H5N1“ wurde die Diktion dann auf „Infektionen“ geändert. Die Bestimmung könnte so ausgelegt werden, dass sich die Diktion „Infektionen“ nur auf das A/H5N1 und andere Vogelgrippeviren beschränkt. Die Regelung könnte aber auch so verstanden werden, dass alle nach der Textstelle „Infektionen“ aufgelisteten Krankheiten bereits ab einer Infektion zu melden sind. Es wird daher angeregt, jene Krankheiten, die bereits ab Infektion anzeigepflichtig sind, in eine eigene Ziffer zusammenzufassen.

Das Gleiche gilt für Bissverletzungen durch wutkranke oder -verdächtige Tiere.

Bei den in Abs. 1 Z 2 neu aufgenommenen Erkrankungen wird darauf hingewiesen, dass es sich bei Dengue Fieber, Chikungunya-Fieber und Zika-Virus-Infektionen um ausschließlich reiseassoziierte Erkrankungen handelt, die von Mücken übertragen werden, die derzeit in Österreich nicht heimisch sind. Die Meldepflicht kann daher nur bedingt als Monitoring der Ausbreitung genutzt werden. Vielmehr kann das Risiko einer Infektionsgefahr in Österreich durch die Implementierung eines bundesweit einheitlichen Mückenmonitorings eingeschätzt werden und wäre als gleichzeitige Maßnahme des Bundes zu setzen, worauf von den Bundesländern bereits mehrfach hingewiesen wurde.

Zu § 7 Abs. 1:

Im vorliegenden Gesetzesentwurf ist eine – aufgrund der redaktionellen Aufbereitung leicht zu überlesende – Änderung in der Absonderung vorgesehen. Nunmehr ist die Absonderung nach § 7 nicht mehr zwingend, sondern wurde in eine Kann-Bestimmung umgeändert. Dies scheint im Hinblick auf die der Vollziehung zugrunde liegende Absonderungsverordnung problematisch, in der Krankheiten taxativ aufgezählt sind, bei deren Auftreten eine Absonderung erfolgen muss (§ 4 Satz 1 Absonderungsverordnung, BGBl. Nr. 39/1915).

Zu § 7 Abs. 1a:

In allen Sätzen wird von „Anhaltung“ gesprochen. Die Überschrift zu § 7 lautet aber „Absonderung Kranker“. Der scheinbar aus dem Tuberkulosegesetz übernommene Terminus „Anhaltung“ sollte durch den Terminus „Absonderung“ ersetzt werden.

Der vorliegende Gesetzesentwurf sieht vor, dass Absonderungen gemäß § 7 nunmehr dem Bezirksgericht anzuzeigen sind und sich der Betroffene zur Überprüfung der Absonderungsmaßnahmen an das Gericht wenden kann. Der angeblich geringen Auswirkung dieser geplanten gerichtlichen Überprüfungen von Maßnahmen gemäß § 7 (Absonderung) für die Bezirksverwaltungsbehörde ist zu widersprechen, da seit 2015 auch Masern in die Absonderungsbestimmungen aufgenommen wurde.

Für den Landesamtsdirektor:

OMR Mag.^a Angelika Lerche

Dr. Peter Krasa
Obersenatsrat

Ergeht an:

1. Präsidium des Nationalrates

2. alle Ämter der Landes-
regierungen

3. Verbindungsstelle der Bundesländer

4. MA 40 (MA 40 – GR – 283.559/2016) mit dem Ersuchen um Weiter- leitung an die einbezogenen Dienststellen



Dieses Dokument wurde amtssigniert.

Information zur Prüfung der elektronischen
Signatur und des Ausdrucks finden Sie unter:
<https://www.wien.gv.at/amtssignatur>