

10518 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Bundesrates

Bericht des Gesundheitsausschusses

über den Beschluss des Nationalrates vom 11. Dezember 2020 betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Epidemiegesetz 1950, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten und das Sanitätergesetz geändert werden

Die Abgeordneten Gabriela Schwarz, Ralph Schallmeiner, Kolleginnen und Kollegen haben den dem gegenständlichen Beschluss des Nationalrates zugrundeliegenden Initiativantrag am 20. November 2020 im Nationalrat eingebracht und wie folgt begründet:

„Zu Artikel 1 Z 1 und Artikel 3:

Nach geltender Rechtslage sind einige Gesundheitsberufe kraft ihres Berufsrechts befugt, Abstriche aus Nase und Rachen zu diagnostischen Zwecken für einen COVID-19-Antigen-Test bzw. für einen COVID-19-Antikörpertest durchzuführen (Ärzte/-innen, Zahnärzte/-innen, Biomedizinische Analytiker/-innen, Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Laborassistenten, Ordinationsassistenten).

Für folgende weitere Berufsangehörige wurden im Rahmen des 2. COVID-19-Gesetzes, BGBl. I Nr. 16/2020, entsprechende berufsrechtliche Ermächtigungen für die Bewältigung der SARS-CoV-2 (COVID-19)-Pandemie getroffen: Absolventen/-innen eines naturwissenschaftlichen oder veterinärmedizinischen Studiums sowie Sanitäter/-innen. Für letztere erfolgt in Artikel 2 eine Klarstellung, dass von dieser Ermächtigung auch die Durchführung von Point-of-Care-Covid-19-Antigen-Tests erfasst ist.

Die nunmehr erforderliche verstärkte Test-Strategie im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Ausbreitung des Erregers SARS-CoV-2 (COVID-19) bedarf auch einer Ausweitung des Personals, das zu diesem Zweck Abstriche durchführen kann.

Dem entsprechend werden die Berufsangehörigen jener Gesundheitsberufe, die nicht ohnedies auf Grund ihres Berufsrechts bzw. ihrer Tätigkeitsberechtigung über eine entsprechende Befugnis verfügen, im Zusammenhang mit COVID-19-Pandemie zur Abstrichnahme aus Nase und Rachen nach ärztlicher Anordnung, Aufsicht und Schulung ermächtigt.“

Ein im Zuge der Debatte im Nationalrat eingebrachter und beschlossener Abänderungsantrag wurde wie folgt begründet:

„Zu a):

Artikel 1 Z 4a (§ 5c):

Es handelt sich hierbei um eine Norm im Sinne des Art. 9 Abs. 2 lit. i der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Für ein effizientes Contact-Tracing – und im Vergleich zu Betriebsschließungen weit gelinderes Mittel – wird eine Ermächtigung geschaffen, dass für die Dauer der Pandemie mit COVID-19 Betreiber von Gastronomie- und Beherbergungsbetrieben, Betreiber von nicht öffentlichen Freizeiteinrichtungen, (davon erfasst sind beispielsweise Spielhallen, Bäder, Indoorspielplätze, etc., nicht aber öffentliche Spielplätze), Betreiber von Kultureinrichtungen (davon erfasst sind beispielsweise Bibliotheken, Museen, kulturelle Ausstellungshäuser etc.), Betreiber von nicht öffentlichen Sportstätten (davon erfasst sind insbesondere Fitnesseinrichtungen, nicht aber allgemein zugängliche Sportanlagen), Betreiber von

Krankenanstalten und Kuranstalten, Betreiber von Alten-, Pflege- und Behindertenheimen und Veranstalter per Verordnung verpflichtet werden können, die in Abs. 2 genannten Daten zu erheben und auf Verlangen den Gesundheitsbehörden zu übermitteln.

Als Veranstaltung im Sinne dieser Bestimmung gilt jedes Ereignis, das ein Zusammenströmen größerer Menschenmengen mit sich bringt (§ 15 EpiG). Von dieser Bestimmung nicht erfasst sind Veranstaltungen im privaten Wohnbereich. Dies ist vor dem Hintergrund nicht erforderlich, da in einem solchen — privaten — Rahmen die Besucher bzw. Kontakte hinlänglich bekannt sind und ein effektives Contact Tracing im Regelfall problemlos möglich ist. Bei Versammlungen nach dem Versammlungsgesetz kommt der Natur der Veranstaltung nach eine Kontakdatenerhebung nicht in Betracht.

Die Erhebungspflicht erfasst insbesondere Kunden, Gäste und Besucher. Eine Datenerhebung ist jedoch nur in Bezug auf Aufenthalte von epidemiologisch relevanter Dauer zulässig; diese ist unter Berücksichtigung des Stands der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der Verordnung konkret festzulegen. So wäre im Falle einer bloßen Abholung von Speisen die Verweildauer regelmäßig zu kurz, um ein Infektionsrisiko zu begründen (gegebenenfalls könnte die Erhebung der Daten sogar mehr Zeit in Anspruch nehmen als der eigentliche Aufenthalt zum Zweck der Abholung). Überdies könnte sich eine Ungleichbehandlung im Verhältnis zu anderen Bereichen, in denen keine derartige Erhebungspflicht besteht (zB Handel), ergeben.

Zum Zweck der raschen Erreichbarkeit sollen als Kontaktdaten, soweit vorhanden, Telefonnummer und E-Mail-Adresse erhoben werden.

Beginn und Ende des Aufenthalts werden erhoben, um eine zeitliche Eingrenzung eines potentiellen Infektionsrisikos vornehmen zu können.

Zusätzlich zur Angabe des Ortes (im Sinne der Adresse) ist in bestimmten Fällen die Erhebung von zusätzlichen Informationen zum konkreten Aufenthaltsort erforderlich, um eine Eingrenzung des Infektionsrisikos zu ermöglichen (zB wenn lediglich ein bestimmter, abgrenzbarer Teilbereich einer Sportstätte oder eines großen Lokals betreten wird). Im Gastronomiebereich erschiene es etwa zweckmäßig, die Tischnummer oder einen bestimmten Gastraum zu erheben, im Veranstaltungsbereich käme etwa – soweit möglich – der konkrete Veranstaltungsraum in Betracht.

Die maximale Inkubationszeit wird in der Regel mit 14 Tagen angegeben. Um auch den Fall abdecken zu können, dass eine Ansteckung am 14. Tag erfolgt und Symptome erst am 28. Tag auftreten, ist eine Aufbewahrungsduer von 28 Tagen erforderlich (so auch normiert in der Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend die Erhebung von Kontaktdaten durch Beförderungsunternehmer, BGBl. II Nr. 324/2020, und in der COVID-19-Einreiseverordnung, BGBl. II Nr. 445/2020).

Zur Gewährleistung, dass die Daten nicht zu anderen Zwecken verwendet und vor Einsicht durch Dritte geschützt werden, könnten diese beispielsweise in einem geschlossenen Behältnis gesammelt und aufbewahrt werden, das nur im Falle einer Anfrage der zuständigen Gesundheitsbehörde im Zusammenhang mit der Kontaktpersonermachverfolgung im Rahmen der COVID-19-Pandemie geöffnet werden darf. „Gästelisten“, die Einträge mehrerer Personen enthalten, dürfen nur eingesetzt werden, wenn sichergestellt ist, dass andere Gäste keinen Einblick nehmen können (Führung ausschließlich durch das Personal).

Die zur Aufbewahrung Verpflichteten haben geeignete Datensicherheitsmaßnahmen zu ergreifen (Art. 5 Abs. 1 lit. f und Art. 32 DSGVO).

Artikel 1 Z 4b (§ 15):

Um bei Veranstaltungen für Zwecke der Besucherregistrierung praxistaugliche Technologien (QR-Codes) verwenden zu können, wird eine Ausnahme von § 15 Abs. 3 für die Kontaktdatenerhebung gemäß § 5c geschaffen. Dies dient der Prozessbeschleunigung und Verwaltungsvereinfachung. Andernfalls wäre eine praxisuntaugliche händische, analoge Datenerhebung erforderlich.

Artikel 1 Z 4c (§ 25a):

Die Bestimmung wird dahingehend erweitert, dass von einer Verordnung gemäß § 25 iVm § 25a EpiG nunmehr – sofern dies aus epidemiologischer Sicht notwendig ist – alle Staaten bzw. Gebiete mit Vorkommen von COVID-19 erfasst sein können. Es entfällt die Einschränkung auf sogenannte Risikostaaten bzw. Risikogebiete. Dies ist zur Verhinderung der Einschleppung von COVID-19 erforderlich und stellt im Vergleich zu Einreisestopps ein weitaus gelinderes Mittel dar.

Zu b):**Artikel 1 Z 5a und 5b (§ 28a Abs. 1 und la):**

Es wird die Mitwirkungspflicht der Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes um § 25 erweitert und eine – als ultima ratio – ausdrückliche Betretungsbefugnis der Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes aufgenommen, sodass auch durch diese neben den Gesundheitsbehörden die Einhaltung von Verpflichtungen nach dem EpiG kontrolliert werden kann.

Als sonstige Gebäude gemäß § 28a Abs. la kommen all jene Gebäude in Betracht, die keine Betriebe bzw. keine Betriebsstätten sind, ausgenommen der private Wohnbereich.

Zu c):**Artikel 1 Z 6 (§ 28d Abs. 2):**

Im Zusammenhang mit den anberaumten „Massentestungen“ der Bevölkerung betreffend SARS-CoV-2-Infektionen sowie der in den einschlägigen Verordnungen vorgesehenen regelmäßigen Testungen von Bewohnern und Personal in Pflegeheimen besteht der Bedarf zur Klarstellung der Frage der ärztlichen Anordnung dieser Testungen.

§ 49 Abs. 3 ÄrzteG 1998, BGBl. I Nr. 169/1998, idGf., sieht eine Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen vor, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufes umfasst sind.

Bei den vorgesehenen Testungen größerer Bevölkerungsgruppen bzw. den regelmäßigen Testungen bestimmter Personen bzw. Personengruppen handelt es sich um medizinisch-diagnostische Tätigkeiten im Rahmen von Screeningprogrammen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie, somit um Vorsorgemaßnahmen an grundsätzlich gesunden Menschen, die keine vorherige ärztliche Anamnese der zu testenden Personen voraussetzen. Diese Testungen richten sich somit an gesunde, symptomfreie Personen. Personen mit Symptomen sollen 1450 oder ihren Hausarzt kontaktieren und sind im Rahmen dieser Screenings nicht zu testen.

Daher ist für die o.a. Testungen unter Übertragung im Sinne des § 49 Abs. 3 ÄrzteG 1998 keine ärztliche Anordnung der Durchführung der Testung für jede einzelne Person zu verstehen, sondern die Übertragung der Durchführung der Testungen in dem jeweiligen Setting bzw. den jeweiligen Einrichtungen an die dort tätigen entsprechend qualifizierten Berufsangehörigen bzw. Personen.

Zur Herstellung der Rechtssicherheit wird in § 28d Abs. 2 eine ausdrückliche Klarstellung hinsichtlich der ärztlichen Anordnung für diese spezifischen COVID-19-Testungen getroffen:

Anwendungsbereich sind Screenings zur Bekämpfung von COVID-19, die entweder durch Gesetz oder Verordnung festgelegt sind (z. B. regelmäßige Testung von Bewohnern und Personal in Pflegeheimen) sowie Screeningprogramme gemäß § 5a EpiG.

Erfasst sind die im Rahmen dieser Screenings durchgeführten Tätigkeiten der Gewinnung von Probenmaterial durch Abstrichnahme aus Nase und Rachen und die Durchführung von Point-of-Care COVID-19-Antigentests.

Bei den zur Durchführung berechtigten Personen handelt es sich um jene Personen bzw. Berufsgruppen, die auf Grund ihres gesetzlich festgelegten Tätigkeitsbereichs hierzu befugt sind, sowie die auf Grund des § 28d Abs. 1 ausschließlich im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie dazu ermächtigt werden.

Eine entsprechende Anordnung hat durch den für die jeweilige Einrichtung zuständigen bzw. verantwortlichen Arzt zu erfolgen. Sofern die Durchführung dieser Testungen auf einer durch Gesetz oder Verordnung vorgesehenen bzw. sanitätsbehördlichen Maßnahme beruht, kann die Anordnung auch in allgemeiner Form für alle in die Zielgruppe fallenden Personen durch den Arzt der jeweils zuständigen Sanitätsbehörde erfolgen.

Zu e und f):**Artikel 2 (KAKuG):**

Die Geltungsdauer des § 42f als grundsatzgesetzliche Norm wird auf ein Jahr verlängert. Dies ist erforderlich, um nach der Umsetzung durch die Landesgesetzgebung diesbezügliche Landesverordnungen – die gemäß Abs. 2 höchstens sechs Monate in Geltung stehen – nicht mit Verfassungswidrigkeit zu belasten, wenn § 42f bereits sechs Monate nach Inkrafttreten wieder außer Kraft treten würde.

Zu g):**Artikel 3 Z 2 (§ 9 Abs. 3 SanG):**

Klargestellt wird, dass die für die Ermächtigung von Sanitätern zur Durchführung der COVID-19-Impfung erforderliche theoretische und praktische Schulung durch die Einrichtung gemäß § 23 SanG, bei welcher der Beruf bzw. die Tätigkeiten ausgeübt werden, zu erfolgen hat.

Dem verantwortlichen Arzt obliegt die Bestätigung über das Vorliegen der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten und damit die Freigabe zur Ermächtigung des Sanitäters zur Durchführung der COVID-19-Impfung. Mit der Bestätigung dieser Befähigung durch den verantwortlichen Arzt ist eine gesetzliche Vorgabe hinsichtlich des Vorliegens einer bestimmten Tätigkeits- bzw. Berufserfahrung obsolet.“

Der Gesundheitsausschuss hat den gegenständlichen Beschluss des Nationalrates in seiner Sitzung am 15. Dezember 2020 in Verhandlung genommen.

Berichterstatterin im Ausschuss war Bundesrätin Claudia **Hauschildt-Buschberger**.

Gemäß § 30 Abs. 2 GO-BR wurde beschlossen, Bundesrat MMag. Dr. Karl-Arthur **Arlamovsky** mit beratender Stimme an den Verhandlungen teilnehmen zu lassen.

An der Debatte beteiligten sich die Mitglieder des Bundesrates Ingo **Appé**, MMag. Dr. Karl-Arthur **Arlamovsky**, Mag. Marlene **Zeidler-Beck**, MBA und Dr. Karlheinz **Kornhäusl**.

Zur Berichterstatterin für das Plenum wurde Bundesrat Claudia **Hauschildt-Buschberger** gewählt.

Der Gesundheitsausschuss stellt nach Beratung der Vorlage am 15. Dezember 2020 mit Stimmenmehrheit den **Antrag**, gegen den vorliegenden Beschluss des Nationalrates keinen Einspruch zu erheben.

Wien, 2020 12 15

Claudia Hauschildt-Buschberger

Berichterstatterin

Eva Prischl

Stv. Vorsitzende