

Bericht

des Gesundheitsausschusses

über den Beschluss des Nationalrates vom 24. Februar 2021 betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Gesundheitstelematikgesetz 2012 geändert wird

Die Abgeordneten Dr. Josef Smolle, Ralph Schallmeiner, Kolleginnen und Kollegen haben den dem gegenständlichen Beschluss des Nationalrates zugrundeliegenden Initiativantrag am 4. Februar 2021 im Nationalrat eingebracht und wie folgt begründet:

„Zu Z 1 bis 4 und 11 (Inhaltsverzeichnis, § 20a samt Überschrift, § 28 Abs. 5):

Mit der vorgeschlagenen Änderung soll einerseits eine redaktionelle Anpassung an die übrigen Begriffe des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 erfolgen („eHealth“ statt „e-Health“, „eImpfpass“ statt „e-Impfpass“, „eMedikation“ statt „e-Medikation“), andererseits soll die systemwidrige Einordnung der eMedikation behoben werden. Es erfolgt keine inhaltliche Änderung.

Zu Z 5, 6 und 8 bis 10 (§ 24c Abs. 4 und 4a sowie § 28 Abs. 2a Z 2 lit. i bis k):

Die Vorteile der eHealth-Anwendung „Elektronischer Impfpass“ können nur dann voll ausgeschöpft werden, wenn Informationen über vorangegangene Impfungen vorliegen. Aus diesem Grund sollen Gesundheitsdiensteanbieter verpflichtet werden, die von ihnen verabreichten COVID-19-Impfungen nachzutragen. Die aufgrund der geänderten Rechtslage vorzunehmende Anpassung der eHealth-Verordnung ist avisiert.“

Ein im Zuge der Debatte des Gesundheitsausschusses des Nationalrats eingebrachter und beschlossener Abänderungsantrag wurde wie folgt begründet:

„Zu Z 1 bis 5, 14 bis 16, 18 und 19 (Inhaltsverzeichnis, § 7 Abs. 1, § 16a, § 27 Abs. 17, § 28 Abs. 2a Z 2 lit. i und j und Abs. 5, § 32):

Soweit im Folgenden nicht näher erläutert, handelt es sich um rein redaktionelle Korrekturen oder Anpassungen.

Zu Z 6 bis 8 (§ 20a):

Mit der vorgeschlagenen Änderung soll einerseits eine redaktionelle Anpassung an die übrigen Begriffe des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 erfolgen („eHealth“ statt „e-Health“, „eImpfpass“ statt „eImpfpass“, „eMedikation“ statt „e-Medikation“), andererseits soll die systemwidrige Einordnung der eMedikation behoben werden. Es erfolgt keine inhaltliche Änderung.

Zu Z 9 und 18 (§ 20b, § 28 Abs. 5):

Die Verwendung von ELGA erfüllt ein erhebliches öffentliches Interesse gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. g bis j der DSGVO und zwar insbesondere aus den in § 13 Abs. 1 genannten Gründen. Darüber hinaus wird durch die Verwendung von ELGA aber auch ein erheblicher Beitrag zur Bekämpfung der Ausbreitung des Erregers Sars-CoV-2 (COVID-19) geleistet, etwa durch das niederschwellige Zurverfügungstellen von SARS-CoV-2-Antigentests zur Eigenanwendung, insbesondere in Verbindung mit § 3b Epidemiegesetz 1950 (EpiG), BGBl. Nr. 186/1950.

Da es sich bei SARS-CoV-2-Antigentests zur Eigenanwendung um Medizinprodukte handelt und nur Daten aus den Registern gemäß §§ 73 und 73a des Medizinproduktegesetzes (MPG), BGBl. Nr.

657/1996, ELGA-Gesundheitsdaten sind (vgl. § 2 Z 9 lit. e), gelten § 2 Z 9 und Z 10 sowie die Bestimmungen des 4. Abschnitts im Rahmen des **§ 20b** mit folgender Maßgabe:

SARS-CoV-2-Antigentests zur Eigenanwendung gelten als Medikationsdaten und werden als diese in der eMedikation gespeichert: Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister gilt für diesen Zweck als ELGA-Gesundheitsdiensteanbieter; der Dachverband hat als Auftragsverarbeiter (Art. 4 Z 8 DSGVO) Verordnungen für SARS-CoV-2-Antigentests zur Eigenanwendung für alle bezugsberechtigten Personen zentral in der eMedikation zu speichern. Durch diese zentrale Speicherung ist ein Zugriff auf bereits durch ELGA verfügbar gemachte ELGA-Gesundheitsdaten technisch nicht möglich; nichtsdestotrotz wird auch rechtlich die Verarbeitung auf die Speicherung der Verordnung eingeschränkt und würde eine Verarbeitung der durch ELGA verfügbar gemachten ELGA-Gesundheitsdaten einen Verstoß gegen die DSGVO darstellen.

Für die Speicherung der Verordnungen musste ein eigenes Verfahren abseits des Standardprozesses kreiert werden, das es ermöglicht, große Mengen an Daten zentral zu speichern; eine Protokollierung des Zugriffs ist aus diesem Grund (technisch) nicht möglich und soll deshalb § 22 keine Anwendung finden. Sehr wohl protokolliert werden die Zugriffe der die SARS-CoV-2-Antigentests zur Eigenanwendung abgebenden Apotheken.

Eine Identifizierung der ELGA-Teilnehmer/innen ist unter deren Mitwirkung nicht möglich, weshalb auch § 18 Abs. 4 sowie § 27 Abs. 14b nicht anzuwenden sind. Die Identifizierung der bezugsberechtigten Personen erfolgt durch den Dachverband anhand der bei ihm verarbeiteten Sozialversicherungsdaten. Ebenso nicht anzuwenden ist die Verpflichtung, einen ELGA-Aushang in den Räumlichkeiten des Gesundheitsdiensteanbieters aufhängen zu müssen. Dies aus dem naheliegenden Grund, dass weder der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister, noch der Dachverband solche ‚Räumlichkeiten‘ besitzen.

Bezugsberechtigt sind gemäß § 742b Abs. 2 ASVG die nach den Bundesgesetzen krankenversicherten Personen und ihre anspruchsberechtigten Angehörigen sowie Mitglieder der Krankenfürsorgeanstalten (§ 2 B-KUVG), die vor dem 1. Jänner 2006 geboren wurden. Der Dachverband ist berechtigt, diese bezugsberechtigten Personen anhand der bei ihm verarbeiteten Sozialversicherungsdaten zu ermitteln.

Obwohl alle diese Personen bezugsberechtigt sind, ist eine Abgabe nur an jene Personen möglich, die der Teilnahme an der eMedikation oder an ELGA generell nicht widersprochen haben (ELGA-Teilnehmer/innen im Sinne des § 15 Abs. 1): Der Dachverband speichert die Verordnung in der eMedikation aller bezugsberechtigten Personen, jedoch wird diese gespeicherte Verordnung nur in der eMedikation der ELGA-Teilnehmer/innen angezeigt. Dies entspricht nicht nur dem geltenden Regelungsregime des 4. Abschnitts, wodurch insbesondere dem informationellen Selbstbestimmungsrecht im Rahmen von ELGA Rechnung getragen wird, sondern ließe es sich technisch auch nicht anders umsetzen.

Da das Vorhandensein einer Verordnung Voraussetzung für die Abgabe der SARS-CoV-2-Antigentests zur Eigenanwendung ist, ist eine Abgabe an alle Personen, die der Teilnahme an der eMedikation oder an ELGA generell widersprochen haben, nicht möglich. Die damit einhergehende Benachteiligung in der Kostentragung von jenen Personen, die zwar gemäß § 742b Abs. 2 ASVG bezugsberechtigt sind, aber der Teilnahme an ELGA widersprochen haben, soll entgegen § 16 Abs. 3 in Verbindung mit § 25 keine Verwaltungsübertretung darstellen.

Öffentliche Apotheken dürfen die Verordnungen verarbeiten, um die SARS-CoV-2-Antigentests zur Eigenanwendung kostenlos an die ELGA-Teilnehmer/innen abzugeben. Die Identifizierung hat über das Stecken der e-card oder die Sozialversicherungsnummer (§ 27 Abs. 14b) zu erfolgen.

Die Verordnungen sind zwei Monate, nachdem sie in ELGA gespeichert wurden, automatisch zu löschen.

Gemäß **§ 28 Abs. 5** soll der Dachverband an die Weisungen des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministers gebunden sein.

Zu Z 10, 11 und 17 (§ 24c Abs. 4 und 4a, § 28 Abs. 2a Z 2 lit. k):

Die Vorteile der eHealth-Anwendung ‚Elektronischer Impfpass‘ können nur dann voll ausgeschöpft werden, wenn Informationen über vorangegangene Impfungen vorliegen. Aus diesem Grund sieht **§ 24c Abs. 4** vor, dass verabreichte und schriftlich dokumentierte, aber nicht im zentralen Impfreister gespeicherte Impfungen nachgetragen werden dürfen. Durch die vorgeschlagene Änderung erfolgt die Klarstellung, dass sich das Recht nur auf jene Impfungen bezieht, deren Nachtragung nicht gemäß **§ 24c Abs. 4a** verpflichtend ist:

Im Rahmen der Bekämpfung der Ausbreitung des Erregers SARS-CoV-2 (COVID-19) ist es unbestritten dringend erforderlich, COVID-19-Durchimpfungsraten valide zu berechnen und im Rahmen des

Krisenmanagements oder des Contact Tracing Kenntnis über den Impfstatus der Bürger/innen zu erhalten, um daraus Maßnahmen abzuleiten. Aus diesem Grund sollen durch die vorgeschlagene Bestimmung die Gesundheitsdiensteanbieter verpflichtet werden, die von ihnen seit dem 27. Dezember 2020 verabreichten COVID-19-Impfungen nachzutragen. Die aufgrund der geänderten Rechtslage vorzunehmende Anpassung der eHealth-Verordnung ist avisiert.

Da nicht ausgeschlossen ist, dass zur Bekämpfung der Ausbreitung des Erregers SARS-CoV-2 (COVID19) noch weitere Impfungen relevant sein könnten und sich die Relevanz dieser Impfungen erst aufgrund umfangreicher wissenschaftlicher Forschung ergeben könnte, soll durch den vorgeschlagenen **§ 28 Abs. 2a Z 2 lit. k** auch eine Nachtragungspflicht für andere Impfungen verordnet werden dürfen.

Beim Stichtag der Nachtragungspflicht handelt es sich um den Zeitpunkt, ab dem Impfungen ins zentrale Impfreister nachzutragen sind (bei COVID-19-Impfungen ist der Stichtag sohin der 27. Dezember 2020); definitionsgemäß ist der Stichtag für eine Nachtragungspflicht rückwirkend.

Zu Z 12 und 13 (§ 26 Abs. 10 und 11, § 27 Abs. 16):

§ 26 Abs. 11 soll das In- und Außerkrafttreten der vorgeschlagenen Bestimmungen regeln. § 20b gilt nur im Rahmen der Bekämpfung der Ausbreitung des Erregers SARS-CoV-2 (COVID-19), weshalb er mit 31. Dezember 2021 außer Kraft treten soll.

Die Abs. 12a und 12b sowie die Abs. 14a bis 14c des § 27 gelten gemäß Abs. 16 ebenfalls nur im Rahmen der Bekämpfung der Ausbreitung des Erregers SARS-CoV-2 (COVID-19) und sind ab Außerkrafttreten des COVID-19-Maßnahmengesetzes, BGBl. I Nr. 12/2020, nicht mehr anzuwenden. Durch **§ 26 Abs. 10** soll nun auch das Außerkrafttreten geregelt werden.

Da § 20b Verweise auf § 27 Abs. 14b und 14c enthält, war es notwendig, das Außerkrafttreten der beiden Bestimmungen anzugleichen und durch eine Anpassung des **§ 27 Abs. 16** die Abs. 12a und 12b sowie Abs. 14a bis 14c vom Außerkrafttreten des COVID-19-Maßnahmengesetzes zu lösen. Die inhaltliche Beschränkung, dass die Abs. 12a und 12b sowie die Abs. 14a bis 14c des § 27 nur im Rahmen der Bekämpfung der Ausbreitung des Erregers Sars-CoV-2 (COVID-19) anzuwenden sind, bleibt unverändert bestehen.“

Der Gesundheitsausschuss hat den gegenständlichen Beschluss des Nationalrates in seiner Sitzung am 26. Februar 2021 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 MMag. Dr. Karl-Arthur Arlamovsky, Dr. Andrea Eder-Gitschthaler, Günter Kovacs, Heike Eder, BSc MBA, Dr. Karlheinz Kornhäusl, Elisabeth Grimling, Martin Preineder, Dipl.-Ing. Andrea Holzner, Sonja Zwazl und Christoph Steiner.

Bei der Abstimmung wurde mit Stimmenmehrheit beschlossen, gegen den Beschluss des Nationalrates keinen Einspruch zu erheben (dafür: V, S, G, dagegen: F).

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

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

Wien, 2021 02 26

Claudia Hauschildt-Buschberger

Berichterstatterin

Christoph Steiner

Vorsitzender