
484/A XXVII. GP

Eingebracht am 22.04.2020

Dieser Text ist elektronisch textinterpretiert. Abweichungen vom Original sind möglich.

Antrag

der Abgeordneten **Gabriela Schwarz, Schallmeiner**
und Kolleginnen und Kollegen

betreffend ein Bundesgesetz, mit dem das Epidemiegesetz 1950 und das Apothekengesetz geändert werden (16. COVID-19-Gesetz)

Der Nationalrat wolle beschließen:

Bundesgesetz, mit dem das Epidemiegesetz 1950 und das Apothekengesetz geändert werden (16. COVID-19-Gesetz)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Epidemiegesetzes 1950

Das Epidemiegesetz 1950, BGBl. 186/1950, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 23/2020, wird wie folgt geändert:

1. § 4 Abs. 7 3. Satz lautet:

„Sofern vom für das Veterinärwesen zuständigen Bundesminister gemäß § 3 Abs. 7 des Zoonosengesetzes bzw. vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister gemäß § 5 Abs. 4 dieses Bundesgesetzes ein Sachverständiger zur Abklärung bundesländerübergreifender Zoonosenausbrüche bzw. Ausbruchcluster bestellt wurde, darf dieser alle Daten von Personen im Register, die im Zusammenhang mit diesem Zoonosenausbruch oder Ausbruchcluster stehen können, personenbezogen verarbeiten, soweit dies zur Abklärung dieses Zoonosenausbruchs oder Ausbruchclusters erforderlich ist. Eine Übermittlung der personenbezogenen Daten an Dritte und eine Datenweiterverarbeitung der personenbezogenen Daten zu anderen Zwecken ist nicht zulässig.“

2. In § 4a Abs. 5 wird das Wort „und“ vor der Wortfolge „die Österreichische“ durch einen Beistrich ersetzt und nach dem Wort „Ernährungssicherheit“ die Wortfolge „und die Gesundheit Österreich GmbH“ eingefügt.

3. § 5 wird folgender Abs. 4 angefügt:

(4) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister kann Mitarbeiter der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit als Sachverständige für die Abklärung von Ausbruchsklustern bestellen, wenn diese mehrere Bundesländer betreffen. Diese sind berechtigt, unter Wahrung der Amtsverschwiegenheit und aller Erfordernisse des Datenschutzes Einsicht in alle Unterlagen zu nehmen, davon Kopien anzufertigen sowie mit den betroffenen Personen einschließlich Kontaktpersonen direkt Kontakt aufzunehmen, soweit dies zur Abklärung des Ausbruchsklusters unbedingt erforderlich ist. Die nach diesem Bundesgesetz zuständigen Behörden der Länder sind verpflichtet, diesen Experten auf Verlangen die zur Besorgung ihrer Aufgaben unbedingt erforderlichen Auskünfte zu erteilen.“

4. Nach § 5 werden folgende § 5a und § 5b samt Überschriften eingefügt:

„Durchführung von Screeningprogrammen im Rahmen der Bekämpfung von COVID-19

§ 5a. (1) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister kann, soweit dies zur Beurteilung der bereits gesetzten Bekämpfungsmaßnahmen, zur Planung der weiteren

Dieser Text ist elektronisch textinterpretiert. Abweichungen vom Original sind möglich.

Bekämpfungsstrategie, zum Schutz bestimmter von der Pandemie besonders betroffener Personengruppen oder zur Sicherung der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems notwendig ist, Screeningprogramme

1. zur Feststellung von Prävalenz des Vorkommens der Krankheit in der Bevölkerung oder einzelnen Bevölkerungsgruppen;
2. zur Feststellung von besonders betroffenen Gebieten oder Einrichtungen;
3. zum Screening von bestimmten Bevölkerungsgruppen, bei denen aufgrund des bisherigen Krankheitsverlaufes mit einer Infektion gerechnet werden kann;
4. zum Screening von Berufsgruppen, die auf Grund ihrer Tätigkeit einem erhöhten Risiko einer COVID-19_Infektion ausgesetzt sind;

durchführen. Dazu werden Labortests für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit SARS-CoV-2 oder Antikörpertests zur Bestätigung einer durchgemachten Infektion oder zum Nachweis einer erworbenen Immunität verwendet. Soweit derartige Programme nur ein Bundesland betreffen, kann der Landeshauptmann mit Zustimmung des Bundesministers entsprechende Screeningprogramme innerhalb des jeweiligen Bundeslandes durchführen.

(2) Im Rahmen der Screeningprogramme dürfen folgende Datenkategorien verarbeitet werden:

1. Daten zur Identifikation der an einem Screeningprogramm teilnehmenden Person (Name, Geschlecht, Geburtsjahr),
2. Kontaktdaten (Wohnsitz, Telefonnummer, E-Mail-Adresse),
3. Daten zur epidemiologischen Auswertung je nach Ziel des Programms nach § 5a (Region des Aufenthalts, Art der Berufsausübung, Ort der Berufsausübung),
4. eine Probenmaterialkennung (Proben ID), die eine eindeutige Zuordnung ermöglicht, und
5. Testergebnis.

(3) Screeningprogramme gemäß Abs. 1 sind unter größtmöglicher Schonung der Privatsphäre der betroffenen Person durchzuführen. Die Teilnahme ist nur mit ausdrücklicher Einwilligung der betroffenen Personen gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO zulässig.

(4) Die inhaltliche Ausgestaltung sowie die Vorgaben für die organisatorische Abwicklung der Programme und die mit deren Durchführung beauftragten Organisationen, sind vom Bundesminister in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

Register für Screeningprogramme

§ 5b. (1) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat als Verantwortlicher (Art. 4 Z 7 DSGVO) ein elektronisches Register zum Zweck der Durchführung von Screeningprogrammen nach § 5a und zum Zweck der Datenübertragung von bestätigten Infektionen mit SARS-CoV-2 in das Register anzeigepflichtiger Krankheiten zu betreiben.

(2) Bei der Durchführung von Screeningprogrammen nach § 5a ist dafür Sorge zu tragen, dass die daraus gewonnenen Daten im Register für Screeningprogramme verarbeitet werden.

(3) Im Register werden folgende Datenkategorien verarbeitet:

1. Daten zur Identifikation der an einem Screeningprogramm teilnehmenden Personen (Name, Geschlecht, Geburtsjahr, bereichsspezifisches Personenkennzeichen (§ 9 E-GovG, BGBl. I Nr. 10/2004),
2. Kontaktdaten (Wohnsitz, Telefonnummer, E-Mail-Adresse),
3. Daten zur epidemiologischen Auswertung je nach Ziel des Programms nach § 5a (Region des Aufenthalts, Art der Berufsausübung, Ort der Berufsausübung),
3. eine Probenmaterialkennung (Proben ID), die eine eindeutige Zuordnung ermöglicht,
4. Testergebnis.

(4) Bei der Datenverarbeitung gemäß Abs. 1 ist zur Identifikation die Verwendung des Namens und des bereichsspezifischen Personenkennzeichens GH und AS (§ 10 Abs. 2 E-Government-Gesetz) zulässig. Das bereichsspezifische Personenkennzeichen AS darf nur in verschlüsselter Form verwendet und gespeichert werden. Der direkte Personenbezug (Name und Kontaktdaten) ist vom Verantwortlichen unverzüglich unumkehrbar zu löschen, sobald das Testergebnis vorliegt und im Fall einer bestätigten Infektion mit SARS-CoV-2 die Datenübertragung in das Register anzeigepflichtiger Krankheiten erfolgt ist.

(5) Die im Register verarbeiteten Daten dürfen ausschließlich zu den in Abs. 1 genannten Zwecken verarbeitet werden. Die Datenarten Namen und Kontaktdaten dürfen im Register ausschließlich zur Gewinnung von Probenmaterial, zur Information der betroffenen Person über das Testergebnis und im Fall einer bestätigten Infektion mit SARS-CoV-2 zur Datenübertragung in das Register anzeigepflichtiger Krankheiten verarbeitet werden.

(6) Die bereichsspezifischen Personenkennzeichen sind zu löschen, sobald sie für die Zwecke nach Abs. 1 nicht mehr erforderlich sind.

(7) § 4 Abs. 9, 10 und 12 bis 14 gilt sinngemäß.

5. § 6 Abs. 2 lautet:

„(2) Verordnungen der Bezirksverwaltungsbehörden sind in elektronischer Form auf der Internetseite der Behörde, sofern aber landesgesetzliche Vorschriften betreffend die Kundmachung von Verordnungen der Behörde bestehen, nach diesen Vorschriften kundzumachen; sie können ohne Auswirkung auf die Kundmachung auch in anderer Form bekannt gemacht werden, insbesondere durch Anschlag an der Amtstafel der Behörde oder an der Amtstafel der Gemeinden des betroffenen Gebiets.“

6. § 15 lautet:

„§ 15. Veranstaltungen, die ein Zusammenströmen größerer Menschenmengen mit sich bringen, sind zu untersagen, oder ist deren Abhaltung auf bestimmte Personengruppen einzuschränken oder an die Einhaltung bestimmter Voraussetzungen oder Auflagen zu binden, sofern und solange dies im Hinblick auf Art und Umfang des Auftretens einer meldepflichtigen Erkrankung zum Schutz vor deren Weiterverbreitung unbedingt erforderlich ist.“

7. Nach § 27 wird folgender § 27a eingefügt:

„§ 27a. Sofern es bei Maßnahmen nach diesem Bundesgesetz im Rahmen der Bekämpfung der Ausbreitung des Erregers SARS-CoV-2 erforderlich ist, kann der Landeshauptmann - soweit es sich nicht um Ärzten vorbehaltene Tätigkeiten handelt - auch andere geeignete Personen zur Unterstützung bei Maßnahmen gemäß diesem Bundesgesetz unter Wahrung der Amtsverschwiegenheit und aller Erfordernisse des Datenschutzes bestellen. Deren Handeln ist der Bezirksverwaltungsbehörde zuzurechnen. Jedenfalls als geeignet gelten Personen, die ihren Beruf bzw. die Tätigkeiten des Sanitäters in Einrichtungen gemäß § 23 Sanitätärgesetz, BGBl. I Nr. 30/2002, ausüben.“

8. In § 28c Abs. 1 wird nach dem Wort „Konsumentenschutz“ die Wortfolge „unter Nachweis ihrer fachlichen Eignung“ eingefügt.

9. In § 28c Abs. 3 entfällt der letzte Satz.

10. Nach § 28c Abs. 3 werden folgende Abs. 4 und 5 angefügt:

„(4) Die Einrichtungen sind verpflichtet, bei ihrer Tätigkeit für den Menschen den Stand der Wissenschaft sowie die Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und der darauf basierenden Verordnungen einzuhalten.

(5) Besteht der begründete Verdacht, dass durch eine Einrichtung gegen Abs. 4 verstoßen wird, hat der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister einer Einrichtung die Tätigkeit für den Menschen zu untersagen, wenn gegen Abs. 4 verstoßen wird und dadurch eine Gefährdung von Menschen zu besorgen ist.“

11. Nach § 32 Abs. 5 wird folgender Abs. 6 angefügt:

„(6) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister kann, wenn und soweit dies zur Gewährleistung einer einheitlichen Verwaltungsführung erforderlich ist, durch Verordnung nähere Vorgaben zur Berechnung der Höhe der Entschädigung oder Vergütung des Verdienstentgangs erlassen.“

12. In § 36 Abs. 1 wird folgende lit. a eingefügt:

„a) die Kosten von Screeningprogrammen nach § 5a;

13. In § 36 Abs. 1 lit. m) wird der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende lit. n) angefügt:

„n) die Kosten für die Beauftragungen nach § 5 Abs. 4 und § 27a.“

14. In § 43 Abs. 4a werden folgende Sätze angefügt:

„Erstreckt sich der Anwendungsbereich auf das gesamte Bundesgebiet, so sind Verordnungen vom für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister zu erlassen. Eine entgegenstehende Verordnung des Landeshauptmanns oder einer Bezirksverwaltungsbehörde tritt mit Rechtswirksamkeit der Verordnung des Bundesministers außer Kraft, sofern darin nicht anderes angeordnet ist.“

15. § 45 samt Überschrift lautet:

„Vorkehrungen im militärischen Bereich

§ 45. Die Durchführung der nach Maßgabe dieses Gesetzes im Bereiche des Bundesheeres und der Heeresverwaltung zu treffenden Vorkehrungen obliegt dem Bundesminister oder der Bundesministerin für Landesverteidigung sowie den zuständigen militärischen Dienststellen. Zu den gedachten Zwecken ist zwischen diesen Stellen und den jeweils zuständigen Gesundheitsbehörden das Einvernehmen zu pflegen.“

16. § 46 lautet:

„§ 46. (1) Bescheide gemäß § 7 oder § 17 dieses Bundesgesetzes können für die Dauer der Pandemie mit COVID-19 abweichend von § 62 Abs. 1 Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991, BGBl. Nr. 51/1991 in der geltenden Fassung, aufgrund eines Verdachts mit der Infektion von SARS-CoV-2 auch telefonisch erlassen werden.

(2) Die Absonderung endet, wenn die Behörde nicht innerhalb von 48 Stunden einen Bescheid über die Absonderung gemäß § 7 dieses Bundesgesetzes wegen einer Infektion mit SARS-CoV-2 erlässt.

(3) Der Inhalt und die Verkündung eines telefonischen Bescheides ist zu beurkunden und der Partei zuzustellen.“

17. § 50 Abs. 7 lautet:

„(7) § 6 Abs. 2 in der Fassung des 3. COVID-19-Gesetzes, BGBl. I Nr. 23/2020, tritt mit 1. Februar 2020 in Kraft, jedoch ohne Auswirkung auf Verordnungen, die entsprechend seiner früheren Fassung bis zum Ablauf des 4. April 2020 kundgemacht wurden.“

18. Dem § 50 werden folgende Abs. 9 bis 11 angefügt:

„(9) § 6 Abs. 2 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xxx/2020 tritt mit Ablauf des Tages der Kundmachung des genannten Bundesgesetzes in Kraft. Verordnungen, die vor dem 5. April entgegen den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes kundgemacht wurden, gelten als den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes entsprechend kundgemacht, wenn durch die Kundmachung ein zumindest den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes entsprechendes Maß an Publizität erreicht wurde. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Verordnung in einem Gesetzblatt oder in einem Amtsblatt eines Landes kundgemacht wurde.

(10) Die Änderungen in § 4 Abs. 7, § 4a Abs. 5, § 5 Abs. 4, §§ 5a und § 5b samt Überschriften, § 15, § 27a, die Änderungen in § 28c, § 32 Abs. 6, die Änderungen in § 36, § 43 Abs. 4a, § 45 samt Überschrift, § 46 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2020 treten mit dem der Kundmachung folgenden Tag in Kraft.

(11) Die §§ 5a, 5b und 46 dieses Bundesgesetzes in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. xx/2020 treten mit Ablauf des 31. Dezember 2021 außer Kraft.“

Artikel 2

Änderung des Apothekengesetzes

Das Apothekengesetz, RGBl. Nr. 5/1907, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 16/2020, wird wie folgt geändert:

§ 66 wird folgender § 66a samt Überschrift eingefügt:

„Militärapotheken

§ 66a. Der Bund betreibt im Vollzugsbereich des Bundesministeriums für Landesverteidigung in unmittelbarem und überwiegendem Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben des Bundesheeres gemäß § 2 des Wehrgesetzes 2001 (WG 2001), BGBl. I Nr. 146, Militärapotheken. Die Festlegung der Zahl und der konkreten Orte, an denen Militärapotheken eingerichtet werden, hat durch die Bundesministerin oder den Bundesminister für Landesverteidigung auf Grund militärischer Notwendigkeiten zu erfolgen. Auf Errichtung und Betrieb von Militärapotheken sind die Bestimmungen der §§ 3a Abs. 1, 3b, § 3c, 3d, 3e, 3f, 5, 45a, 66 und 67 dieses Bundesgesetzes anwendbar. Im Falle eines Einsatzes des Bundesheeres gemäß § 2 Abs. 1 lit. a bis d WG 2001 kann von den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zum Zwecke der Aufrechterhaltung der Sanitätsversorgung aus zwingenden Notwendigkeiten abgewichen werden.“

Begründung

Art. 1 (Änderung des Epidemiegesetzes 1950)

Allgemeine Vorbemerkungen:

Die Zahl der COVID-19-Erkrankten unterliegt in Österreich starken Veränderungen. Hatte Österreich Mitte März noch besorgniserregende tägliche Steigerungsraten von bis zu 40 Prozent und mehr zu verzeichnen und musste daher eine exponentielle Zunahme mit dramatischen Konsequenzen befürchtet werden, so konnte dies durch die eingeleiteten Maßnahmen deutlich verringert und verbessert werden.

Dennoch ist aufgrund der schrittweisen Wiederöffnung der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bereiche eine zweite Welle durchaus möglich.

Die Herausforderung besteht darin, eine zweite Infektionswelle während und nach der schrittweisen Lockerung der Maßnahmen möglichst klein zu halten.

Dies zu erreichen ist das zentrale Ziel der vorliegenden Regelungen.

Denn falls dies nicht gelingen würde und eine zweite starke Welle eintreten würde, so könnte dies zu zehntausenden Erkrankten und sogar zu einem Überschreiten der Kapazitäten unseres Spitalsystems führen.

Es ist wichtig zu betonen, dass es zwischen diesen beiden Szenarien praktisch keine dritte Möglichkeit gibt. Entweder werden die Ansteckungen kontrolliert und die Ausbreitung konsequent verhindert, oder die Krankheit verbreitet sich unkontrolliert mit massiver Überlastung des Gesundheitswesens und unabsehbarer Schäden auch für Nicht-COVID-Erkrankte.

Die massiven Anstrengungen auf allen Ebenen des öffentlichen Gesundheitsdienstes verfolgen daher weiterhin konsequent das Ziel, die Neu-Infektionen in Österreich so früh wie möglich zu erkennen und die weitere Ausbreitung des Virus durch Kontaktreduktionen und Isolationsmaßnahmen mit größtmöglicher Geschwindigkeit zu verhindern und zu verzögern.

Für die Begleitung und Umsetzung der Öffnungsstrategie und den Erfolg der „Containment 2.0“-Strategie sind folgende Punkte entscheidend, um eine weitere Ausbreitung des Virus in Österreich zu vermeiden:

- die ehestmögliche Identifizierung und Absonderung von Personen, die an COVID-19 leiden bzw. mit SARS-CoV-2 infiziert sind und
- das damit einhergehende rasche und konsequente Kontaktpersonenmanagement.

Die vorgeschlagenen rechtlichen Anpassungen dienen dazu, den Behörden den notwendigen Spielraum zu verschaffen, um personell (z. B. Heranziehung weiterer Personengruppen zur Unterstützung der Behörden) reagieren zu können. Weiters werden die technischen (Datenbank, Proben ID etc.) Instrumentarien ergänzt und erweitert, um adäquat auf die Anforderungen zum Schutze der öffentlichen Gesundheit und des öffentlichen Gemeinwesens reagieren zu können, und andererseits die Entwicklung der Pandemie besser abschätzen zu können (Screeningprogramme, Forschung etc.).

Zu Z 1 (§ 4 Abs. 7): siehe Z 3, begleitend erfolgt die ausdrückliche Ermächtigung, die zur Abklärung eines Ausbruchclusters erforderlichen Daten im Register anzeigepflichtiger Krankheiten personenbezogen zu verarbeiten.

Zu Z 2 (§ 4a Abs. 5):

Forschung mit anonymisierten Daten aus dem Statistikregister soll auch der Gesundheit Österreich GmbH möglich sein.

Zu Z 3 (§ 5 Abs. 4):

Das Ziel ist es im Zuge der Containment 2.0 Strategie, die Erhebungen der Kontaktpersonen I innerhalb von 24 Stunden sicherzustellen, wobei vorgesehen ist, innerhalb weiterer 24 Stunden nach dem Vorliegen eines Laborergebnisses die Kontaktpersonen der Kategorie I abzusondern. Dies wird nun möglich sein, wenn - sollte es zu einem entsprechenden erneuten Anstieg der Fallzahlen kommen - rasch die notwendigen Erhebungen durchgeführt werden, und in Folge allfällige weitere betroffene Bezirksverwaltungsbehörden informiert werden. Dazu soll mit dieser Bestimmung die Möglichkeit eingeräumt werden, auf zusätzliche Personenressourcen zugreifen zu können. Ergeben die Erhebungen, dass mehr als ein Bundesland von einem Ausbruchcluster betroffen ist, so kann der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Mitarbeiter der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit als Sachverständige mit der Ausbruchsabklärung beauftragen, um die notwendigen Zusammenhänge erkennen zu können und eine rasche Koordination zwischen den zuständigen Landesbehörden sicherzustellen.

Zu Z 4:

§ 5a:

Die Maßnahmen, welche zur Bekämpfung der Covid-19 Pandemie in Österreich gesetzt wurden, bedürfen einer laufenden Überprüfung und gegebenenfalls Adaptierung auf Basis von entsprechenden Daten. Ebenso ist die mittelfristige Erhebung einer Seroprävalenz in der österreichischen Bevölkerung ein wesentlicher Indikator für den Verlauf der Pandemie. Um hier valide und statistisch gesicherte Daten zu erhalten, ist es erforderlich entsprechende Erhebungen und Studien durchführen zu können. Mit diesem neuen § 5a wird die rechtliche Grundlage gelegt, solche Screeningprogramme etablieren zu können. Je nach Fragestellung wird sich das Screeningprogramm auf bestimmte Einrichtungen beziehen, zB Pflegeheime, auf bestimmte Berufsgruppen (zB Gesundheitspersonal) oder bestimmte Regionen (Ausbruchs-Hotspots). Dabei werden Testungen für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit SARS-CoV-2, Antikörper Tests zur Bestätigung einer durchgemachten Infektion oder zum Nachweis einer erworbenen Immunität verwendet.

Für derartige Maßnahmen wird nunmehr eine ausdrückliche Grundlage geschaffen. Es wird auch dem Landeshauptmann ermöglicht, für das jeweilige Bundesland Screeningprogramme durchzuführen. Da jedoch sämtliche Kosten vom Bund getragen werden, bedarf dies der Zustimmung des Bundesministers.

Festzuhalten ist, dass die Teilnahme am Programm freiwillig ist und der ausdrücklichen Einwilligung zur Verarbeitung der personenbezogenen Gesundheitsdaten im Sinne des § 9 Abs. 2 lit. a DSGVO bedarf.

§ 5b:

Mit der Schaffung des Registers für Screeningprogramme wird sichergestellt, dass Informationen zu den jeweiligen Screeningprogrammen einheitlich erfasst und für die weitere Beurteilung des Pandemieverlaufes herangezogen werden können.

Um auch die Erhebung und Durchführung der Screeningprogramme zu erleichtern, ist vorgesehen, dass für die Probenahme eine einheitliche Proben ID erstellt wird, um die Prozesse im Rahmen der Laborabläufe zu beschleunigen und im Falle von positiven Ergebnissen, eine unmittelbare Datenübertragung an das Register anzeigepflichtiger Krankheiten sicherzustellen. Nach Einwilligung in die Teilnahme an einem Screeningprogramm generiert das Register eine Probenmaterialkennung (Proben ID), die eine eindeutige Zuordnung zu einer Person ermöglicht, und auf dem Probenröhrchen angebracht wird. Dabei ist auch der Name erforderlich, da das Probenröhrchen die richtige Person erreichen muss. Die Probenmaterial-ID dient der labormäßigen Abarbeitung der Test, und der eindeutigen Zuordnung zu einer Person. Der Name und die Kontaktdaten ist solange erforderlich, bis das Testergebnis vorliegt und positive Testergebnisse in das Register anzeigepflichtiger Krankheiten übertragen wurden, damit umgehend die nötigen gesundheitsbehördlichen Maßnahmen eingeleitet werden können. So wird einerseits die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde beim Auftreten eines positiven Untersuchungsergebnisses sofort im Wege des Registers anzeigepflichtiger Krankheiten auf elektronischem Wege informiert, damit ohne Zeitverzug die notwendigen Maßnahmen gesetzt werden können. Andererseits wird sichergestellt, dass auch die negativen Untersuchungsergebnisse als wichtige Informationen für eine Gesamtbetrachtung vorliegen.

Zu Z 5 und 17 und 18 (§ 6 Abs. 2 und § 50 Abs. 7 und 9): Sanierung der nicht intendierten Invalidierung von Verordnungen auf Länderebene durch das 3. Covid-19-Gesetz. Im Hinblick auf das Betretungsverbot für den öffentlichen Raum war es zweifelhaft, ob eine Kundmachung in ortsüblicher Weise in jeder Gemeinde der betroffenen Gebiete ein nötiges Maß an Publizität gewährleistet hätte. Daher wird nunmehr eine Kundmachung in elektronischer Form im Internet oder – wenn landesrechtliche Vorschriften anderes vorsehen – nach diesen Regeln ermöglicht.

Zu Z 6 (§ 15):

§ 15 sieht derzeit eine Zuständigkeit der Bezirksverwaltungsbehörden für Maßnahmen gegen das Zusammenströmen größerer Menschenmengen vor, dies erscheint bei Maßnahmen, die für das ganze Bundesgebiet gelten sollen, nicht sinnvoll. Überdies soll es nunmehr möglich sein, anstelle eines Totalverbots die Abhaltung an Bedingungen und Auflagen zu knüpfen oder das Zusammenkommen auf bestimmte Personengruppen einzuschränken. Die Zuständigkeit zur Verordnungserlassung ergibt sich – wie auch in allen anderen Fällen – aus § 43 Abs. 4a.

Zu Z 7 (§ 27a):

Nach dem Vorbild von Epidemieärzten als Instrument der Personalressourcenerweiterung soll es möglich sein, für nicht den Ärzten vorbehaltene Tätigkeiten auf andere geeignete Personen zurückzugreifen, die durch den Landeshauptmann für ihre Tätigkeit bestellt werden. Deren Handeln ist der Bezirksverwaltungsbehörde zuzurechnen.

Zu Z 8 bis 10 (Änderungen in § 28c): Für die Zeit der Pandemie sind auch nichtmedizinischen Labors ermächtigt, Labortest für den Menschen durchzuführen, sie haben die Aufnahme dieser Tätigkeit dem BMSGPK zu melden. Nunmehr werden die für diese Labors bestehenden Qualitätsanforderungen konkretisiert und kann diesen erforderlichenfalls die Berechtigung auch wieder entzogen werden.

Zu Z 11 (§ 32 Abs. 6): Verordnungsermächtigung für den BMSGPK, um eine österreichweit einheitliche Verwaltungsführung durch die Bezirksverwaltungsbehörden zu gewährleisten.

Zu Z 12 und 13 (§ 36 Abs. 1 lit. a und n): Klarstellung hinsichtlich der Kostentragung für Screeningprogramme und von zusätzlichen Personalerfordernissen auf Länderebene.

Zu Z 14 (§ 43 Abs. 4a.): Sofern eine Verordnung für das ganze Bundesgebiet gelten soll, erscheint eine Klarstellung hinsichtlich der Zuständigkeit des für das Gesundheitswesen zuständige Bundesministers sinnvoll.

Zu Z 15 (§ 45):

Die in der geltenden Fassung des § 45 verwendeten Begrifflichkeiten entsprechen nicht den heute im Wehrrecht verwendeten Termini. Dies hat in der laufenden Praxis wiederholt zu Unklarheiten, Missverständnissen und Zweifelsfragen geführt. Im Interesse der Rechtssicherheit und -klarheit soll daher die relevante Terminologie im Epidemiegesetz 1950 an jene im Wehrrecht (vgl. insbesondere § 1 WG 2001) angepasst werden. Mit dieser Klarstellung sind keinerlei materielle Änderungen verbunden.

Zu Z 16 (§ 46): Im Hinblick auf die Containment-Strategie ist es unabdingbar (im Sinne zur Regelung des Gegenstandes erforderlich), abweichend von § 62 Abs. 1 AVG mündliche Bescheide auch telefonisch aussprechen zu können, um sicherzustellen, dass ein Krankheitsverdächtiger sofort seine Wohnung nicht verlässt oder diese unverzüglich aufsucht. Diese Bescheide sind mit höchstens 48 Stunden befristet, sofern das Testergebnis nicht früher vorliegt. Im Fall eines positiven Testergebnisses ist ein Absonderungsbescheid für eine Erkrankten zu erlassen.

Zu Z 18 (§ 50 Abs. 9 bis 11):

Diese Bestimmungen regeln das Inkrafttreten. Bestimmungen, die spezifisch nur für die COVID-19-Pandemie (§ 5a und § 5b sowie § 46) zeitlich befristet werden.

Art. 2 (Änderung des Apothekengesetzes)

Hier wird die Bestimmung über Militärapotheken systematisch richtig ins Apothekengesetz überführt.

In formeller Hinsicht wird beantragt, diesen Antrag dem Gesundheitsausschuss zuzuweisen.