

3541/AB
Bundesministerium vom 24.11.2020 zu 3472/J (XXVII. GP)
sozialministerium.at
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz

Rudolf Anschober
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2020-0.640.079

Wien, 23.11.2020

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 3472/J des Abgeordneten Peter Wurm und weiterer Abgeordneter betreffend Viele offene Fragen zu den verordneten COVID-Maßnahmen seitens der Bundesregierung** wie folgt:

Frage 1:

- *Warum verwendet das BM für Gesundheit für den „Nachweis“ von SARS Cov-2 PCR-Tests, die von der EU nicht zugelassen sind und erlässt basierend darauf gesetzliche Hygienemaßnahmen und Beschränkungen wesentlicher Freiheitsrechte?*

Es erschließt sich nicht, warum das „BM für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz für den „Nachweis“ von SARS CoV-2 PCR-Tests, die von der EU nicht zugelassen sind“, verwenden sollte. Die EU lässt keine Tests zu, da die Europäische Kommission für die Zulassung diagnostischer Tests rechtlich keine Befugnis hat.

Frage 2:

- *Warum ist es den Experten/Beratern des Gesundheitsministeriums nicht aufgefallen, dass der von Dr Dorsten entwickelte und unter dem Titel „Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR“ (doi.org/10.280711560-7917.ES.2020.25.3.2000045) publizierte PCR-Test (und als Basis für nachfolgende PCR-Tests) bereits am 21.01.2020 eingereicht wurde, und damit 3 Tage BEVOR die ersten SARS-CoV2-Gensequenzen von einer chinesischen Arbeitsgruppe, am 24.01.2020 unter dem Titel: „A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019“ (001:10.1056/NEJMoa2001017) publiziert und freigegeben wurden?*

Es erschließt sich hier der Sinn der Frage leider nicht ganz, insbesondere warum die Fragesteller meinen, dass „der von Dr. Dorsten entwickelte und unter dem Titel „Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR“ (doi.org/10.280711560-7917.ES.2020.25.3.2000045) publizierte PCR-Test (und als Basis für nachfolgende PCR-Tests) bereits am 21.01.2020 eingereicht wurde, und damit 3 Tage BEVOR die ersten SARS-CoV2-Gensequenzen von einer chinesischen Arbeitsgruppe, am 24.01.2020 unter dem Titel: „A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019“ (001: 10.1056/NEJMoa2001017) publiziert und freigegeben wurden“.

Die Sequenzen des neuen Virus wurden von China bereits am 12. Jänner 2020 der WHO übermittelt und öffentlich zugänglich gemacht.

Frage 3:

- *Warum wird bei positiven Testergebnissen nach wie vor von Neuinfektionen gesprochen, obwohl per Definition ein PCR-Test niemals einen direkten Erreger nachweisen kann, sondern lediglich kurze Nukleinsäuresequenzen?*

Testen ist ein essentieller Bestandteil der Pandemiebekämpfung. Durch Testen wird die Erfassung von infizierten Personen möglich und ist daher eine Grundlage für eine Unterbrechung von Infektionsketten und für einen Schutz vor Überlastung unseres Gesundheitssystems.

Der Polymerase-Kettenreaktion (PCR) -Test stellt nach wie vor den „Goldstandard“ in der SARS-CoV-2 Diagnostik dar. Bei der PCR handelt es sich um eine molekulargenetische Methode, welche die Erbgutinformation des Virus in der Probe mit einer extrem hohen

Sensitivität direkt nachweist. SARS-CoV-2 PCR Tests sind damit geeignet um festzustellen, ob aktuell eine Infektion vorliegt.

Fragen 4 bis 6:

- *Warum werden die offiziellen Daten dahingehend verfälscht, dass positive Testergebnisse als „Fall“/Neuerkrankung gezählt werden, obwohl keinerlei klinische Symptome vorliegen?*
- *Warum hat das Gesundheitsministerium die Öffentlichkeit nicht darüber informiert, dass positiv getestet nicht gleichbedeutend mit an Covid-19 erkrankt zu sein bzw. daran zu erkranken, obwohl doch schon seit Ende Jänner durch Publikationen aus China bekannt war, dass ein Großteil der positiv-Getesteten keinerlei oder nur schwache Symptome entwickelt?*
- *Warum hat man durch diese Unterlassung unnötige Angst und Panik und dem damit verbundenen Aufleben des Denunziantentums in Kauf genommen, obwohl bekannt ist, dass das die Immunabwehr deutlich schwächt?*

PCR-Tests können in der Frühphase der COVID-19-Erkrankung das Virus - abhängig von der Qualität der Probe - mit hoher Genauigkeit nachweisen. Ein positives Testergebnis bedeutet, dass bei der getesteten Person eine SARS-CoV-2-Infektion erfolgt ist. Eine Infektion bedeutet jedoch nicht in jedem Fall das Auftreten von COVID-19-Symptomen und auch nicht, dass die Personen noch infektiös seien. Aus diesem Grund wird zwischen symptomatischen und asymptomatischen Verläufen unterschieden.

Frage 7:

- *Welcher Psychoneuroimmunologe wurde zur Maßnahmenabschätzung einbezogen, um Kollateralschäden zu verhindern?*

Es wurde nicht explizit ein „Psychoneuroimmunologe“ in die Maßnahmeneinschätzung einbezogen.

Frage 8:

- *Warum wurden Ausgangsbeschränkungen erlassen, wo doch durch viele Studien wie zB Jose-Luis Sagripanti, C. David Lyle, "Inactivation of Influenza Virus by Solar Radiation", Photochemistry and Photobiology, 2007, 83: 1278-1282 bekannt ist, dass die UV-Strahlung Viren in kurzer Zeit abtötet?*

Es erschließt sich nicht, warum die Fragesteller davon ausgehen, dass die viruzide Wirkung natürlicher UV-Strahlung auf Influenzaviren Ausgangsbeschränkungen z.B. in der Nacht erübrigen sollte.

Frage 9:

- *Warum gab das Gesundheitsministerium der Bevölkerung keinerlei Empfehlungen zur Prophylaxe bzw. Stärkung der Abwehrkräfte, zusätzlich zu den ohnehin bekannten Hygiene-Maßnahmen, so wie das in anderen Ländern zu Beginn der Grippeaison und zu Beginn der aktuellen Corona-Pandemie durchgeführt wurde?*

Um sowohl das persönliche Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten als auch die Rahmenbedingungen in den Lebenswelten der Menschen zu verbessern, hat das Gesundheitsressort bereits zahlreiche Maßnahmen zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung gesetzt. Mit den Gesundheitszielen Österreich wollen wir die Lebensqualität aller Menschen in Österreich verbessern und damit zu mehr Wohlbefinden und Gesundheit beitragen. Die zehn Gesundheitsziele ziele darauf ab, die Rahmenbedingungen für körperliche und psychischen Gesundheit für alle Altersgruppen und in allen Lebensbereichen zu verbessern. Im Rahmen der von Bund, Ländern und Sozialversicherung beschlossenen Gesundheitsförderungsstrategie wurden Finanzierungstöpfe zur Umsetzung der Gesundheitsziele geschaffen. Die nationalen Aktionspläne für Ernährung und Bewegung leisten u.a. einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des persönlichen Gesundheitsverhaltens und damit auch zur Stärkung der Abwehrkräfte. Der Fonds Gesundes Österreich, als nationale Förder- und Kompetenzstelle für Gesundheitsförderung, hat unter anderem die Aufgabe Projekte in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsförderung zu fördern und bundesweit zum Wissens- und Kapazitätsaufbau für Gesundheitsförderung beizutragen. Ein besonderes Anliegen in diesem Zusammenhang ist die niederschwellige, zielgruppengerechte Gesundheitskommunikation.

Zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, die eine wichtige Voraussetzung für gesunde Entscheidungen darstellt, wurde 2015 die Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK) ins Leben gerufen. Wichtige Ziele sind die Bereitstellung von qualitätsgesicherten und gut verständlichen Gesundheitsinformationen sowie die gute Gesprächsqualität im Gesundheitswesen. Ist es doch gerade in Zeiten der Pandemie wichtig, Informationen über das neue Corona-Virus zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und für die eigene Gesundheit anzuwenden. In der Corona-Krise hat sich gezeigt, dass die Krisenkommunikation mittels einfacher Botschaften durch öffentliche Kommunikation und massenmediale Informationen weitgehend funktioniert hat. Wenn es um komplexerer Botschaften und schwierige Entscheidungen geht, braucht es jedoch gute persönliche Gespräche mit Gesundheitsprofis.

Frage 10:

- *Wann und wie erfolgte die Risikoabschätzung zu den Nebenwirkungen des Lock downs (Existenzverluste, Depressionen, Vereinsamung bis zum Suizid; Beschränkung von Sozialkontakten und damit verbundener Traumatisierung von Kindern/Großeltern) gegenüber den erhofften Reduktionen von befürchteten Zahlen an Schwererkrankten?*

Die psychosozialen Entwicklungen der COVID-19-Folgen werden seit Beginn der Krise laufend beobachtet. Dafür steht das BMSGPK u.a. im laufenden Austausch mit den Mitgliedern des Expertengremiums Suizidprävention Austria und mit Verantwortlichen für den PSY-Bereich anderer Ressorts im Rahmen des SKKM. Die vom BMSGPK eingerichteten Expertengremien wie beispielsweise der Beirat für psychische Gesundheit oder die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung waren in eine Erhebung zu den psychosozialen Krisenfolgen aus Expertensicht eingebunden. Diese sind auch Ausgangspunkt für ein Maßnahmenpaket zu Verbesserungen im PSY-Bereich, an dem derzeit gearbeitet wird. Des Weiteren wird zur Risikoabschätzung auf aktuelle wissenschaftliche Studien zu den psychosozialen Folgen der COVID-19-Pandemie zurückgegriffen (z.B. Thomas Niederkrotenthaler | MUW Zentrum f. Public Health / SARS CoV-2: Mental Health in Österreich). Studien zu früheren Krisen zeigen zudem, dass der Peak der psychosozialen Belastungen und Belastungsreaktionen erst beim Abflauen der physischen Bedrohung erreicht wird. Das genannte Maßnahmenpaket soll dazu beitragen, diese Auswirkungen entsprechend abzufedern.

Frage 11:

- *Warum wurde anstatt Panikmache und gesetzlicher Freiheitsbeschränkungen nicht auf Eigenverantwortung und Selbstbeschränkungen gesetzt – schließlich bewirkt persönliche Einsicht eine bessere Compliance?*

Zur Gefährlichkeit von SARS-CoV-2 siehe Frage 24. Die Bundesregierung setzt seit Anbeginn der Pandemie auf ein sehr hohes Ausmaß an persönlicher Eigenverantwortung und Selbstbeschränkung. Sowohl die Aufforderung Abstand zu halten als auch das Ersuchen, auf private Feiern, wo es nur geht zu verzichten, sind einige Beispiele dafür. Auch die freiwillige Installation der Stopp Corona App ist hier zu nennen. Bürgerinnen und Bürger nehmen ihre Eigenverantwortung bei der Bekämpfung der Pandemie dabei unterschiedlich wahr.

Wir als Bundesregierung tragen eine Verantwortung zum Schutz der Bevölkerung und haben Vorsorge zu tragen, damit die Gesundheit und das Gesundheitssystem erhalten bleiben. Wir beschränken daher dort durch Vorschriften, wo es unter Abwägung der Güter geboten erscheint. So etwa im Gastronomiebereich, wo eine Nachverfolgung der Infektionsketten schwierig wäre und es ansonsten zur Ungleichheit kommen würde zwischen jenen, die sich an eine Empfehlung halten und anderen, die das eben nicht tun.

Frage 12:

- *Inwiefern erfolgte vor Einführung eines verpflichtenden Mund-Nasen-Schutzes eine Abwägung eines möglichen Nutzens zu den seit Jahren bekannten Nebenwirkungen (Reduktion der Blut-Sauerstoffsättigung bei gleichzeitigem Anstieg von CO₂ (Hyperkapnie) mit Kopfschmerzen, Konzentrationsmangel, Verstärkter Müdigkeit, Erhöhung des Unfallrisikos, Schwächung der Immunabwehr und damit der Erhöhung der Infektionswahrscheinlichkeit sowie verstärkter Metastasierung von Tumoren)?¹*

SARS-CoV-2 ist ein neuartiges Virus, das teils schwer verlaufende COVID-19- Erkrankung verursacht. Der Hauptübertragungsweg des Corona-Virus ist die Aufnahme virushaltiger

¹ Studien dazu siehe hier: „Headaches Associated With Personal Protective Equipment- A Cross Sectional Study Among Frontline Healthcare Workers During COVID-19“, Jonathan J. Y. Ong et al, Headache 2020; 60: 864-877. Oder „Hypercapnia Alters Expression of immune Response, Nucleosome Assembly and Lipid Metabolism Genes in Differentiated Human Bronchial Epithelial Cell/s“, S. Marina Casalino-Matsuda et al, Scientific Reports 2018; 8: 13508. Oder „Hypoxia-driven immunosuppression contributes to the pre-metastatic niche“, J. Scaneay et al, Oncoimmunology 2:1, e22355; 2013

Partikel, die beim Husten, Sprechen und Niesen entstehen, über die Atemwege. Das BMSGPK empfiehlt das generelle Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (MNS) in bestimmten Situationen im öffentlichen Raum als eine weitere Maßnahme, um Risikogruppen zu schützen und die Ausbreitung von SARS-CoV-2 in der Bevölkerung zu reduzieren. Diese Empfehlung beruht auf Untersuchungen, die belegen, dass SARS-CoV-2 bereits übertragen werden kann, bevor die infizierten Personen die Symptome entwickeln.

Personen, die aus gesundheitlichen Gründen keinen MNS tragen können (z.B. Menschen mit chronischen Atemwegserkrankungen, Angststörungen oder mit fortgeschrittener Demenz, Asthma, schwere Herzerkrankungen) sind deshalb von der MNS Pflicht ausgenommen.

Frage 13:

- *Warum hat das Gesundheitsministerium die Bevölkerung über die im Gesetzestext erwähnten Ausnahmen von der Maskenpflicht aus gesundheitlichen Gründen nicht aufgeklärt?*

Das Gesundheitsministerium hat die Bevölkerung über die im Gesetzestext erwähnten Ausnahmen von der Maskenpflicht im von Ihnen erwähnten Gesetzestext aufgeklärt. In Ergänzung der Gesetzestexte gibt es auf der Homepage des Gesundheitsministeriums FAQs. Die zur mechanischen Schutzvorrichtung finden Sie hier:

[https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Haeufig-gestellte-Fragen/FAQ--Mechanische-Schutzvorrichtung-\(MNS\).html](https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Haeufig-gestellte-Fragen/FAQ--Mechanische-Schutzvorrichtung-(MNS).html)

Frage 14:

- *Warum wird die Maskenpflicht vom Gesundheitsministerium weiterhin aufrechterhalten, obwohl selbst Dr Allerberger von der AGES im ZIB-2 Interview am 19.08.2020 erläutert hat, dass diese Maßnahme keine Auswirkung/keinen Einfluss auf das Infektionsgeschehen in Österreich zeigt?*

Die Äußerung persönlicher Meinungen oder Wertvorstellungen fällt nicht unter das Interpellationsrecht des Nationalrates gemäß Art. 52 Abs. 1 B-VG.

Davon unbeschadet:

Fachexpertinnen und Fachexperten sehen die Anwendung von „Masken“ als sinnvolle Maßnahme zur Vermeidung der Weiterverbreitung von COVID-19 (siehe beispielsweise Ausführungen der ÖGHMP – Österreichische Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin). Ebenso ist der Fachliteratur die Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme zu entnehmen.

Frage 15:

- *Warum gibt es zu offenen (damit öffentlichen) Briefen zahlreicher namhafter Experten an die Bundesregierung keine offenen (und damit öffentlichen) Stellungnahmen?*

Die Veröffentlichung der Antworten, die auf die offenen Briefe gegeben wurden, obliegt den Empfängern.

Fragen 16 bis 18:

- *Warum werden in den öffentlich-rechtlichen Medien keine sachlich-fachlichen Diskussionen mit versch. Experten zugelassen bzw. abgehalten, sondern müssen diese auf „alternative Medien“ im Internet wie „Youtube“ ausweichen?*
- *Warum lässt das Gesundheitsministerium damit eine massive Spaltung der Bevölkerung zu?*
- *Warum wurden die öffentlich-rechtlichen Medien vom Gesundheitsministerium nicht dazu angehalten, die Bevölkerung mit sachlich-fachlich richtiger Daten-Darstellung zu informieren, bzw. gesendete Fehlinformationen zu korrigieren? (z.B. es wird nur die Anzahl von neuen „positiven Fällen“ veröffentlicht, ohne Bezug auf die Gesamtzahl der durchgeführten Tests zu nehmen.)*

Die öffentlich-rechtlichen Medien haben einen Informationsauftrag, dem sie unbeeinflusst nachkommen. Nachdem das Gesundheitsministerium nicht für die Programmgestaltung öffentlich-rechtlicher Medien zuständig ist, können diese Fragen nicht beantwortet werden.

Frage 19:

- *Warum ordnete das Gesundheitsministerium nicht lückenlose Obduktionen an, um festzustellen, ob Menschen mit oder durch Corona verstorben sind?*

Das SARS-CoV-2 Virus wird in erster Linie über Schmier- und Tröpfcheninfektionen weitergegeben. Kontakt mit einer an COVID-19 verstorbenen Person sollte nur mit den empfohlenen Schutzmaßnahmen erfolgen, weil das Virus für mehrere Tage persistieren kann und die Leiche somit infektiös ist. Todesfälle durch COVID-19 sind laut Epidemiegesetz meldepflichtig.

COVID-19-Verstorbene sollen nur bei zwingender Indikation obduziert werden.

Frage 20:

- Warum wird die Zahl der an Influenza Verstorbenen nicht publiziert?

Es erschließt sich nicht, warum die Fragesteller davon ausgehen, dass es in Österreich eine „Zahl der an Influenza Verstorbenen“ gäbe. Die Zahl der Übersterblichkeit im Rahmen von saisonaler Influenza und von Influenza-Pandemien wurde von der AGES erstmalig im Jahr 2011 (mit Zahlen 2001-2009 in der Zeitschrift Wiener klinische Wochenschrift 2011; 123:593–598.) veröffentlicht und die Zahlen der jeweils fünf vergangenen Saisonen werden seitdem jährlich auf der AGES-Homepage (<https://www.ages.at/themen/krankheitserreger/grippe/mortalitaet/>) zugänglich gemacht [siehe Tabelle].

Tabelle: Geschätzte Anzahl der Todesfälle, assoziiert mit der saisonalen Influenza (IA) und mit Temperaturextremen (ET) inklusive 95 % Konfidenzintervall (KI) für die Saisonen 2015/2016-2019/2020 (jeweils KW 40-KW 20 des Folgejahres), Österreich.

| Saison | Kalenderwoche | Anzahl geschätzte Todesfälle (95 % KI) assoziiert mit Influenza (IA) | Anzahl geschätzte Todesfälle (95 % KI) assoziiert mit extremer Temperatur (ET) |
|-----------|-----------------------|--|---|
| 2015/2016 | Kalenderwoche 40 - 20 | Anzahl geschätzte Todesfälle (95 % KI) assoziiert mit Influenza (IA) 259 (198; 326) | Anzahl geschätzte Todesfälle (95 % KI) assoziiert mit extremer Temperatur (ET) - |
| 2016/2017 | Kalenderwoche 40 - 20 | Anzahl geschätzte Todesfälle (95 % KI) assoziiert mit Influenza (IA) | Anzahl geschätzte Todesfälle (95 % KI) assoziiert mit extremer Temperatur (ET) |

| Saison | Kalenderwoche | Anzahl geschätzte Todesfälle (95 % KI) assoziiert mit Influenza (IA) | Anzahl geschätzte Todesfälle (95 % KI) assoziiert mit extremer Temperatur (ET) |
|---------------------|--------------------------|--|--|
| | | 4.436 (4.242; 4.634) | 134 (90; 183) |
| Saison 2017/2018 | Kalenderwoche 40 - 20 | Anzahl geschätzte Todesfälle (95 % KI) assoziiert mit Influenza (IA) 2.851 (2.688; 3.016) | Anzahl geschätzte Todesfälle (95 % KI) assoziiert mit extremer Temperatur (ET) 199 (144; 260) |
| Saison 2018/2019 | Kalenderwoche 40 - 20 | Anzahl geschätzte Todesfälle (95 % KI) assoziiert mit Influenza (IA) 1.373 (1.246; 1.504) | Anzahl geschätzte Todesfälle (95 % KI) assoziiert mit extremer Temperatur (ET) 10 (-2; 37) |
| Saison 2019/2020 | Kalenderwoche 40 - 20 | Anzahl geschätzte Todesfälle (95 % KI) assoziiert mit Influenza (IA) 834 (723; 950) | Anzahl geschätzte Todesfälle (95 % KI) assoziiert mit extremer Temperatur (ET) - |

Frage 21:

- *Warum wählt das Gesundheitsministerium eine Testphilosophie, die Massentests in der symptomlosen Bevölkerungsgruppe entgegen den Grundlagen der Epidemiologie, die damit das verstärkte Auftreten von falschpositiven Ergebnissen verhindern will?*

Die Testungen von symptomatischen Personen bzw. von Verdachtsfällen bilden die Kernstücke der österreichischen Teststrategie. Zusätzlich zu diesem ausbruchsbezogenen bzw. diagnostischem Testen mittels Screeninguntersuchungen nach § 5a Epidemiegesetz wurde ein begleitendes Frühwarnsystem geschaffen. Dabei werden nur sehr eng gefasst und gezielt, Personen- bzw. Risikogruppen mittels risikobasiertem Ansatz stichprobenartig

getestet, um nach vordefinierten Programmlinien die besonders vulnerablen oder aufgrund ihres Berufes besonders exponierten Gruppen zu testen.

Frage 22:

- *Welche Kriterien/Voraussetzungen wurden vom Gesundheitsministerium definiert, dass eine Rückkehr zur Normalität möglich ist?*

Zunächst stellt sich hier die Frage, was man unter „Normalität“ versteht. Das SARS-CoV-2-Virus wird unser Leben für einen längeren Zeitraum verändern, auch wenn durch das Vorhandensein eines Impfstoffes und dem damit verbundenen Durchimpfungsgrad, dem Schutz vulnerabler Bevölkerungsgruppen wie auch des Gesundheitspersonals, eine weitgehende Entspannung möglich sein wird. Erlauben Sie mir aber hier zu sagen, dass wir aktuell immer noch von diesem neuen Virus lernen, hier wird uns die Wissenschaft mit Fortdauer der Pandemie immer wieder auch völlig neue Erkenntnisse liefern. Einen Zeitpunkt für eine „Rückkehr zur Normalität“ hier und jetzt zu nennen wäre unseriös, aber: so bald wie irgendwie möglich.

Frage 23:

- *Derzeit wird von offizieller Seite eine Beendigung der Pandemie damit in Verbindung gebracht, dass ein Impfstoff gegen SARS-CoV 2 auf den Markt kommt. Welche Strategie verfolgt das Gesundheitsministerium in dieser Hinsicht und was wäre sein „Plan B“, falls ein derartiger Impfstoff nicht entwickelt werden kann(z.B. wie bei HIV)?*

Es ist ein wesentlicher Teil der Strategie zur Beendigung der Pandemie, dass ein Impfstoff entwickelt wird, woran öffentliche Stellen und Wissenschaft mit Hochdruck arbeiten. Die Durchimpfung aller gefährdeter Personengruppen – von chronisch Kranken über Betagte bis hin zum Gesundheitspersonal – ist hier ein wesentlicher Aspekt. Nachdem sich einige Kandidaten für die Entwicklung bereits in fortgeschrittenen Stadien des Zulassungsprozesses befinden, gehen wir von einer Verfügbarkeit aus.

Frage 24:

- *Welche Kriterien bzw. Datengrundlagen beweisen die Gefährlichkeit von SARSCoV2, mit welcher die aktuellen Maßnahmen vonseiten des Gesundheitsministeriums begründet/gerechtfertigt werden?*

Die Lage wird aktuell täglich evaluiert. Die konkreten Maßnahmen orientieren sich an der epidemiologischen Situation und der Risikobewertung der Corona-Kommission (veröffentlicht auf <https://corona-ampel.gv.at/>). Dabei werden auch die Fachmeinung und die Einschätzung nationaler und internationaler Virologen/Virologinnen sowie die entsprechenden Bewertungen von ECDC, WHO, RKI und CDC berücksichtigt.

Frage 25:

- *Wie ist der in der Bundesverfassung Art.2 Abs. 5 gesetzlich vorgesehene Entzug der persönlichen Freiheit auszulegen?*

Sofern seitens des Anfragestellers Art. 2 Abs. 1 Z 5 leg.cit. gemeint ist („(1) Die persönliche Freiheit darf einem Menschen in folgenden Fällen auf die gesetzlich vorgeschriebene Weise entzogen werden: [...] 5. wenn Grund zur Annahme besteht, dass er eine Gefahrenquelle für die Ausbreitung ansteckender Krankheiten sei oder wegen psychischer Erkrankung sich oder andere gefährde“), so ist festzuhalten, dass die Auslegung dieses Verfassungsgesetzes der Bundesministerin für EU und Verfassung obliegt.

Frage 26:

- *Welches parlamentarische legitimierte Gremium legt fest, was zu den freiheitsbeschränkenden Krankheiten gehört?*

Das Epidemiegesetz normiert in § 1 anzeigepflichtige Krankheiten. Welche dies sind, bestimmt entweder der Gesetzgeber direkt im Gesetz (§ 1 Abs 1 EpiG) oder kann dies von dem/der Bundesminister*in für Gesundheit durch Verordnung festgelegt werden, „wenn dies aus epidemiologischen Gründen gerechtfertigt oder auf Grund internationaler Verpflichtungen erforderlich ist“. Im EpiG ist weiters in § 7 die Absonderung kranker, krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen geregelt. Diese wird durch die von dem/der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister*in erlassenen Absonderungsverordnung (RGBl. Nr. 39/1915idF BGBl. II Nr. 21/2020) präzisiert. In § 4 der Absonderungsverordnung wurde normiert, „mit 2019-nCoV („2019 neuartiges Coronavirus“) sind die Kranken und Krankheitsverdächtigen abzusondern oder nach den Umständen des Falles lediglich bestimmten Verkehrsbeschränkungen zu unterwerfen“.

Frage 27:

- *Wie sind §178 und §179 des Strafgesetzbuches im Zusammenhang mit der Coronavirus-Pandemie konkret aufzufassen bzw. zu interpretieren?*

Die Interpretation der §§ 178, 179 im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 obliegt dem BMJ und den Strafgerichten im Einzelfall.

Frage 28:

- *Wann ist wer wie zu strafen?*

Die Feststellung allfälliger gerichtlicher Strafen erfolgt durch die Strafgerichte nach Durchführung eines Strafverfahrens.

Verwaltungsstrafen finden sich im Epidemiegesetz in §§ 39ff und im COVID-19-Maßnahmengesetz in § 8. Die Durchführung eines Verwaltungsstrafverfahrens und die Festsetzung der Verwaltungsstrafen obliegt den örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden. Weiters ist es möglich, dass die Polizei Organstrafverfügungen nach dem Epidemiegesetz und dem COVID-19-Maßnahmengesetz in der Höhe von 25 bzw. 50 € einhebt (Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz über die Einhebung von Geldstrafen mit Organstrafverfügung nach dem Epidemiegesetz 1950 und dem COVID-19-Maßnahmengesetz, BGBl. II Nr. 152/2020 idgF).

Frage 29:

- *Wie ist das im Falle von SARS CoV2?*

Dazu wird auf die Antworten zu den Fragen 27 und 28 verwiesen.

Frage 30:

- *Wann ist ein Betroffener ein Gefährder (bei positivem Test und/oder wenn er/sie klinische Symptome zeigt?)?*

„Gefährder“ ist kein medizinisch oder seuchenrechtlich determinierter Begriff. Von der Beantwortung dieser Frage muss daher Abstand genommen werden.

Fragen 31 und 32:

- *In Österreich ist der Oberste Sanitätsrat lt. Bundesgesetz ein wissenschaftlich beratendes Gremium und für die Beratung des Ministers zuständig und besitzt eine eigene Geschäftsordnung. Auf welcher gesetzlichen Basis fungiert nun die „Corona-Taskforce“ des Bundesministeriums für Gesundheit?*
- *Welchen Status haben die Mitglieder der „Corona-Taskforce“ in Bezug auf Datenschutz und Verschwiegenheit, wenn diese nicht angelobt wurden?*

Wenn hier unter der Corona-Taskforce der Krisenstab meines Ressorts und/oder der Beraterstab aus externen Expert*innen gemeint ist, so gibt es keine ausdrückliche gesetzliche Grundlage hierfür. Dem Beraterstab gehören unabhängige Expertinnen und Experten an, welche unentgeltlich mit ihrer Expertise zur Verfügung stehen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter meines Ressorts unterliegen der Amtsverschwiegenheit. Der Beraterstab berät mich über medizinische Fragestellungen, es werden hier keine datenschutzrelevanten Themen diskutiert.

Frage 33:

- *Wie sollen Eltern lt. Bundesgesetz, mit dem die Verpflichtung zu Bildung oder Ausbildung für Jugendliche geregelt wird (Ausbildungspflichtgesetz - APfLG) StF: BGBI. 1 Nr. 62/2016 (NR: GP XXV RV 1178 AB 1219 S.136. BR: AB 9617 S.856. oder auch ABGB §231 bis §235) in Coronazeiten umgehen, ohne Gesetze zu verletzen?*

Die Auslegung des Ausbildungspflichtgesetzes obliegt dem für Bildung zuständigen Minister.

Mit freundlichen Grüßen

Rudolf Anschober

