

Erläuterungen

I. Allgemeiner Teil:

Seit Beginn des Jahres 2022 ist Omikron die weltweit dominante Virusvariante von SARS-CoV-2. Anfangs hat Omikron in Österreich zu einer sehr hohen und auch gefährdenden Belastung des Gesundheitssystems geführt. Eine hohe Grundimmunität der Bevölkerung und die damit verbundenen milden Krankheitsverläufe führen nunmehr zu einem weitaus geringeren Risiko für die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung und für das Gesundheitssystem (vgl. *European Centre for Disease Prevention and Control*, Threat Assessment Brief: Implications for the EU/EEA of the spread of the SARS-CoV-2 Omicron XBB.1.5 sub-lineage vom 13.01.2023). Vor diesem Hintergrund ist die rechtliche Sonderstellung von SARS-CoV-2 im Vergleich zu anderen nicht meldepflichtigen übertragbaren respiratorischen Krankheiten nicht mehr angemessen. Deshalb werden die mit Ablauf des 30. Juni 2023 befristeten COVID-19-spezifischen Sonderbestimmungen nicht weiter verlängert bzw. aufgehoben. Zeitgleich wird SARS-CoV-2 aus der Verordnung der anzeigepflichtigen Krankheiten und dadurch aus dem Anwendungsbereich des Epidemiegesetzes 1950 (EpiG), BGBl. Nr. 186/1950, gestrichen. COVID-19 soll damit rechtlich wie alle nicht-anzeigepflichtigen Infektionskrankheiten behandelt werden und der Umgang damit in die Regelstrukturen überführt werden.

Aufgrund der seuchenrechtlichen Bewertung sind auch weitere Materiengesetze, die Sonderregelungen zu COVID-19 enthalten, zu ändern, da andernfalls ein Wertungswiderspruch entstünde.

Eine Überführung in Regelstrukturen kann zum Teil nur schrittweise erfolgen, weshalb ein ausgewählter Teil der Bestimmungen auch über den 30. Juni 2023 hinaus für einen begrenzten Zeitraum beibehalten wird. In diesem Zusammenhang wird ein neuer rechtlicher Rahmen für die Bereiche Testen, Impfen und Arzneimittel für SARS-CoV-2 geschaffen. Außerdem sind in bestimmten Bereichen Übergangsbestimmungen erforderlich, etwa um Rechtsklarheit für auch nach dem 30. Juni 2023 anhängige Verwaltungsverfahren zu schaffen.

Zu Art. 1 (COVID-19-Impffinanzierungsgesetz):

Die Corona-Schutzimpfung hat sich als wirkungsvolles Instrument zur Bekämpfung von schweren Verläufen von COVID-19 und damit zur bestmöglichen Eindämmung krankheitsbedingter Folgeschäden erwiesen. Da COVID-19 als nunmehr endemische Erkrankung weiterhin in Österreich auftreten wird, bleibt gemäß den Empfehlungen des Nationalen Impfgremiums auch die Impfung inklusive regelmäßiger Auffrischungen des Impfschutzes notwendig, um einen umfassenden Schutz der Bevölkerung zu erreichen.

Die Versorgungsdichte im niedergelassenen Bereich ist regional stark unterschiedlich ausgeprägt. Auch die Bereitschaft zur Beteiligung an Impfaktionen, insbesondere für Ordinationsfremde, ist regional schwankend. Da gerade im Herbst und Winter die kurativen Kapazitäten im niedergelassenen Bereich intensiv nachgefragt werden, ist die für die Setzung von Impfungen zusätzlich notwendige Zeit im niedergelassenen Bereich schwer bis gar nicht aufzubringen. Daher können nur durch das Weiterbestehen eines breiten Impfangebotes abseits des niedergelassenen Bereichs ausreichend Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden, um in einem relativ kurzen Zeitraum (Herbst/Winter) effektiv und effizient eine große Anzahl von Impfungen zu verabreichen.

Im Laufe der Ausrollung der COVID-19-Schutzimpfung konnten die Länder ein breites Wissen darüber aufbauen, wo und zu welchen Zeiten eine Impfung von der Bevölkerung besonders gut angenommen wird. In Zusammenarbeit mit Städten und Gemeinden wurde das Angebot dem Bedarf angepasst. Impfungen an öffentlichen Orten mit hoher Frequenz (bspw. Einkaufszentren, Messen, Hauptplätze) und Angebote ohne Terminvereinbarung haben insbesondere Menschen erreicht, die sonst aufgrund sozialer Barrieren einen erschwerten Zugang zur Impfung haben. Vor allem das Angebot durch mobile Impfteams (z.B. Impfbusse), deren Einsatz bedarfsgerecht geplant werden kann, fördert den niederschweligen und breiten Zugang zur Impfung. Zudem erleichterten bisher elektronische Anmeldesysteme der Länder den Zugang sowohl zu öffentlichen Impfstellen als auch teils im niedergelassenen Bereich. Die Länder können je nach Bedarf Infrastruktur hochskalieren und schließen. Ein Personalpool an interessiertem Gesundheits- und Verwaltungspersonal ist dafür grundsätzlich bekannt.

Schon bisher wurden die Länder durch die Leistung von Zweckzuschüssen nach dem COVID-19-Zweckzuschussgesetz vom Bund in großem Umfang finanziell unterstützt. Aufgrund des Auslaufens der COVID-19-Maßnahmen wird auch das COVID-19-Zweckzuschussgesetz mit Ablauf des 30. Juni 2023 nicht mehr anwendbar sein. Mit dem nun vorgeschlagenen Bundesgesetz über Zweckzuschüsse an Länder und Gemeinden für die Durchführung der Corona-Schutzimpfung (COVID-19-Impffinanzierungsgesetz) sollen die Länder weiter bei der Abwicklung der Corona-Schutzimpfung

durch Zweckzuschüsse unterstützt werden. Im Sinn einer kosteneffizienten Durchführung der Impfungen soll der Ersatz der Aufwendungen mittels Fallpauschalen erfolgen. Das gewährt den Ländern weitestgehende Flexibilität hinsichtlich der Auswahl der Durchführungsmöglichkeiten.

Beim COVID-19-Impffinanzierungsgesetz handelt es sich um eine rein finanzausgleichsrechtliche Norm, die sich auf die Gebietskörperschaften bezieht und durch die daher keine Bürgerinnen oder Bürger berechtigt oder verpflichtet werden können.

Kompetenzgrundlage:

Art. 1: Die Zuständigkeit des Bundes zur Normierung von Zweckzuschüssen ergibt sich aus den §§ 1 und 12 Abs. 2 des Finanz-Verfassungsgesetzes 1948.

Art. 2, 3 und 8 bis 12: Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG („Gesundheitswesen“)

Art. 4 bis 7: Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG („Sozialversicherungswesen“)

II. Besonderer Teil:

Zu Art. 1 (COVID-19-Impffinanzierungsgesetz):

Zu § 1:

Da es sich beim COVID-19-Impffinanzierungsgesetz um eine finanzausgleichsrechtliche Regelung handelt, beziehen sich die Kostenersätze lediglich auf COVID-19-Impfungen, die im Auftrag der Länder oder Gemeinden oder direkt von diesen durchgeführt werden.

Den Ländern und Gemeinden kam bereits bisher durch die Zurverfügungstellung von Infrastruktur für die COVID-19-Impfung, etwa in der Form von Impfstellen und mobilen Impfteams, eine tragende Rolle bei der Corona-Schutzimpfung zu.

Beruhend auf Erfahrungswerten ist eine Einzelfallpauschale pro durchgeführter Impfung in der Höhe von 20 Euro vorgesehen. Damit können die Länder und Gemeinden bei der Ausgestaltung der Impfungen in Anlehnung an die jeweiligen Bedürfnisse die erforderlichen Maßnahmen setzen (z.B. Adaptierung von Bussen zu Impfbussen) und Impfstellen betreiben.

Die Zweckzuschüsse werden für COVID-19-Impfungen im Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 31. März 2024 gewährt, weil davor noch die Bestimmungen des COVID-19-Zweckzuschussgesetzes zur Anwendung kommen und mit der Regelung die gesamte Impfsaison 2023/2024 abgedeckt werden soll.

Weitere Voraussetzung für die Berücksichtigung im Rahmen der Zweckzuschüsse ist die Unentgeltlichkeit der Impfung. Zusätzlich ist für die Abgeltung der im Rahmen der öffentlichen Impfprogramme anfallenden Kosten jedenfalls auch die Einhaltung der Verpflichtung zur Eintragung von Impfungen gegen COVID-19 in den elektronischen Impfpass („eImpfpass“) gemäß § 4 Abs. 1 Z 1 eHealthVO iVm § 28 Abs. 2a Z 2 lit. c GTelG 2012 Bedingung. Die verpflichtende Eintragung dient den Zielen des eImpfpasses, insbesondere der Optimierung der Impfersorgung der Bevölkerung, vor allem durch eine einheitliche, flächendeckende und lückenlose digitale Impfdokumentation sowie eine verbesserte, schnellere Verfügbarkeit von Impfinformationen, die Steigerung der Prozess- und Ergebnisqualität von Impfungen und die Wirksamkeit von öffentlichen Impfprogrammen, die Erhöhung der Durchimpfungsraten sowie die Erhöhung der Arzneimittel- und Patienten-Sicherheit. Die Impfungen werden mit Impfstoffen, die vom Bund zur Verfügung gestellt werden, und in Übereinstimmung mit dem Impfplan Österreich durchgeführt.

Auch Kostenersätze an Gemeinden werden im Wege der Länder geltend gemacht, wobei diese Geltendmachung auch automationsunterstützt erfolgen kann.

Zu § 2:

Durch die Richtlinie sollen Modalitäten der Abwicklung der Zweckzuschüsse näher geregelt werden, um ein effizientes Verwaltungshandeln sicherzustellen. Der Nachweis über die erbrachten Impfungen wird primär durch die Vorlage von Auszügen aus dem Impfregeister an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz erfolgen. Die Richtlinie ist im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen und nach Anhörung der Länder zu erlassen.

Zu §§ 3 und 4:

Diese Bestimmungen regeln die Vollziehung und das Inkrafttreten des COVID-19-Impffinanzierungsgesetzes.

Zu Art. 2 (Bundesgesetz, mit dem Übergangsbestimmungen für das COVID-19-Maßnahmengesetz getroffen werden):

Dieses Bundesgesetz dient der Rechtsklarheit in Bezug auf Sachverhalte, die sich vor dem Außerkrafttreten des COVID-19-Maßnahmengesetzes ereignet haben. Die Bestimmungen des COVID-19-Maßnahmengesetzes sind nach dessen Außerkrafttreten weiterhin auf Verwaltungsübertretungen, die bis zum Ablauf des 30. Juni 2023 begangen wurden, anzuwenden (vgl. auch VwGH 22.07.2019, Ra 2019/02/0107).

Zu Art. 3 (Änderung des Epidemiegesetzes 1950):

Zu Z 1 bis Z 5, Z 7, Z 8, Z 9 und Z 19 (§ 4 Abs. 1, Abs. 4 Z 3 und Abs. 15, § 4a Abs. 1, § 5c, § 15 Abs. 3, § 24 Abs. 3 Z 1 lit. c, Abs. 4 und 5, §§ 25b, 27a, 28c und 28d, § 32 Abs. 1a, § 43a, § 49 Abs. 1, 2 und 4 bis 6, § 51):

Die für die COVID-19-Pandemie relevanten Sonderbestimmungen laufen aus, werden aufgehoben bzw. in Regelstrukturen überführt.

Vereinzelte aus Anlass der COVID-19-Pandemie eingeführte Bestimmungen, die auch zur Verhinderung sonstiger meldepflichtiger Krankheiten sachadäquat sind, werden beibehalten (s § 24 Abs. 3 und 4).

Zu Z 6 (§ 5a):

Die Erfahrungen mit der COVID-19-Pandemie haben gezeigt, dass für eine zielgerichtete und effektive Pandemiebekämpfung valides Datenmaterial unbedingt erforderlich ist. Insbesondere das Abwassermonitoring hat sich als äußerst aussagekräftige Methode zur Überwachung des Infektionsgeschehens erwiesen. Aufgrund der zentralen Bedeutung für die Infektionsprävention werden nunmehr Früherkennungs- und Überwachungssysteme auch ausdrücklich im Epidemiegesetz verankert.

Ein Bericht der World Health Organization und des European Centre for Disease Prevention and Control aus dem Jahr 2022 hebt hervor, dass effektive Surveillance-Systeme in Europa für respiratorische Viruserkrankungen notwendig sind, um zukünftigen Pandemien wirkungsvoller begegnen zu können (*World Health Organization/European Centre for Disease Prevention and Control, Operational considerations for respiratory virus surveillance in Europe [2022] 5*). Früherkennungs- und Überwachungsprogramme werden daher für meldepflichtige Krankheiten und für nicht meldepflichtige übertragbare respiratorische Krankheiten im EpiG gesetzlich verankert. Insbesondere ist ein gesamthafter Überblick über das generelle Infektionsgeschehen in der Bevölkerung – unabhängig von etwaig bestehenden Meldepflichten – eine zentrale Säule eines zeitgemäßen „Public Health Managements“.

Dies gilt zum Zweck der wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Aufarbeitung der COVID-19-Pandemie insbesondere auch für SARS-CoV-2.

Abs. 1 führt die Ziele der Früherkennungs- und Überwachungsprogramme an. Aufgrund der Systematik des EpiG beziehen sich Programme, die auf die Festlegung hoheitlicher Maßnahmen abzielen (etwa auf Verkehrsbeschränkungen gegenüber dem Ausland nach § 25 EpiG), nur auf meldepflichtige Krankheiten. Jene Zielsetzungen, die lediglich privatwirtschaftliches Handeln umfassen, gelten sowohl für meldepflichtige Krankheiten als auch für nicht meldepflichtige respiratorische Krankheiten. Derartige Maßnahmen, mit denen kein hoheitliches Handeln verbunden ist, sind etwa Präventionsmaßnahmen gemäß Z 2 (wie etwa Aufklärungsarbeit).

Abs. 2 enthält eine demonstrative Aufzählung von Früherkennungs- und Überwachungsprogrammen. § 5a EpiG regelt dabei ausschließlich Programme, im Rahmen derer lediglich anonymisierte Daten verarbeitet werden. Die Vorschrift ermächtigt daher weder zur Verarbeitung personenbezogener Daten noch zu sonstigen hoheitlichen Maßnahmen. § 5a EpiG schränkt jedoch die Forschung nicht auf solche Programme ein. Forschungseinrichtungen können weiterhin als datenschutzrechtlich Verantwortliche iSd Art. 4 Z 7 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung) Verarbeitungen mit personenbezogenen Daten durchführen, wenn sie die dafür einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorgaben einhalten.

Epidemiologische Erhebungen nach Abs. 2 Z 1 sind beispielsweise Sentinel-Erhebungen wie etwa Programme, mit denen festgestellt wird, wie viele Personen in einer bestimmten Altersgruppe Antikörper gegen einen bestimmten Krankheitserreger aufweisen. Abs. 2 Z 3 umfasst Programme, die darauf abzielen, zu einem bestimmten Krankheitsbild, zum Beispiel respiratorische Krankheit, Gesundheitsinformationen wie einen schweren Verlauf oder eine Komorbidität zu erfassen, ohne einen Personenbezug herzustellen. Mit der Wendung „nicht personenbezogene Gesundheitsinformationen“ soll zum Ausdruck gebracht werden, dass keine Gesundheitsdaten iSd. Art. 4 Z 15 Datenschutz-Grundverordnung verarbeitet werden

dürfen. Programme nach Abs. 2 Z 4 beziehen sich auf Proben, bei denen nicht mit vernünftigem Aufwand auf die Identität des Spenders geschlossen werden kann und damit kein Personenbezug vorliegt. Dies ist etwa der Fall, wenn bei Blutproben im Anschluss an diagnostische Testungen der Personenbezug entfernt wird und die so anonymisierte Probe für weitere Testungen verwendet wird (vgl. Hödl in *Knyrim*, DatKomm Art 4 DSGVO [Stand 1.12.2018, rdb.at] Rz. 143).

Da für die Durchführung von Früherkennungs- und Überwachungsprogrammen entsprechende personelle, fachliche und technische Ressourcen erforderlich sind, darf sich der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister geeigneter Stellen bedienen.

Zu Z 10 und 11 (§ 25 Abs. 3 Z 1 lit. d und Abs. 5):

Die bisher auf COVID-19 bezogene Regelung soll für alle meldepflichtige Krankheiten ins Dauerrecht überführt werden. Eine pauschale Dauer für die Aufbewahrungspflicht ist mit Blick auf die sehr unterschiedlichen Eigenschaften der meldepflichtigen Krankheiten und die damit verbundene Vielfalt der zu erfassenden Sachverhalte nicht festlegbar, weshalb sie für die jeweilige Krankheit durch Verordnung zu bestimmen ist.

Zu Z 12 (§ 32 Abs. 1 Z 1a):

Ergänzung der Aufzählung der Tatbestände, auf Grund derer ein Verdienstentgang zu leisten ist, um den Inhalt des bisherigen § 32 Abs. 1a dritter Satz.

Zu Z 13 und 14 (§ 36 Abs. 1 lit. a und n):

Anpassungen an die Terminologie des neuen § 5a bzw. den Entfall des § 27a.

Zu Z 15 (§ 47a):

Die durch BGBl. I Nr. 89/2022 eingefügten § 47a EpiG und § 7a des COVID-19-Maßnahmengesetzes (COVID-19-MG), BGBl. I Nr. 12/2020, ermöglichen dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesminister, gegen Entscheidungen der Verwaltungsgerichte in Verfahren nach diesen Bundesgesetzen Revision wegen Rechtswidrigkeit beim Verwaltungsgerichtshof zu erheben. Obwohl das COVID-19-MG mit Ablauf des 30. Juni 2023 außer Kraft tritt, wird es weiterhin vollzogen werden, weil Verfahren nach dem COVID-19-MG bei Behörden oder Verwaltungsgerichten anhängig sind. Um Rechtsklarheit zu schaffen, wird die Möglichkeit der Amtsrevision in diesen Verfahren auch nach dem COVID-19-MG weiterhin ausdrücklich vorgesehen.

Zu Z 16 (§ 50 Abs. 11):

Das im Vergleich zu den sonstigen Bestimmungen zeitverzögerte Außerkrafttreten des § 5b soll sicherstellen, dass Kosten für Screeningprogramme im Rahmen der Bekämpfung von COVID-19 (§ 5a alt), die bis zum Ablauf des 30. Juni 2023 durchgeführt wurden, bis 31. Dezember 2024 abgerechnet und ersetzt werden können. Durch das zeitverzögerte Außerkrafttreten der Rechtsgrundlagen des Registers für Screeningprogramme ist der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister weiterhin zur Verarbeitung der darin gespeicherten Daten ermächtigt. Diese datenschutzrechtliche Grundlage ist für die Abrechnung der Kosten von Screeningprogrammen nach § 5a und damit für deren Durchführung iSd. § 5b auch noch nach 30. Juni 2023 notwendig, weil andernfalls bis dahin angefallene Kosten zum Teil nicht geordnet abgewickelt werden können.

Zu Z 17 (§ 50 Abs. 13):

Da § 28a Abs. 1b keine COVID-19-Sonderbestimmung darstellt und im Rahmen der Bekämpfung anderer meldepflichtiger Krankheiten notwendig sein kann, soll sie auch über den 30. Juni 2023 hinaus gelten. Die Ausübung der Befugnisse darf nur erfolgen, wenn sie dringend erforderlich ist. Damit ist sie an eine strenge Verhältnismäßigkeitsprüfung gebunden.

Zu Z 18 (§ 50 Abs. 33):

Bereinigung eines redaktionellen Versehens.

Zu Z 20 (§ 50 Abs. 35 bis 39):

Die Sonderbestimmungen zu COVID-19 treten mit Ablauf des 30. Juni 2023 außer Kraft (§ 50 Abs. 35).

Abs. 36 dient der Rechtsbereinigung in Bezug auf Bescheide, mit denen Epidemieärzte gemäß § 27 EpiG aufgrund des Ausbruchs von SARS-CoV-2 oder geeignete Personen zur Unterstützung bei Maßnahmen nach dem EpiG zur Bekämpfung von SARS-CoV-2 gemäß § 27a bestellt wurden. Diese treten nicht automatisch außer Kraft, sondern müssten aufgehoben werden, sofern sie über den 30. Juni 2023 hinaus gelten. Die gesetzliche Aufhebung dient der Verwaltungsvereinfachung und der Konformität mit der gesetzlichen Grundlage des § 27 Abs. 1 EpiG, der eine Bestellung nur für die Dauer des Bedarfs erlaubt.

Abs. 37 dient der Rechtsklarheit in Bezug auf Sachverhalte, die sich vor dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes ereignet haben. Auf diese ist – der Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes entsprechend (s nur VwGH 27. 6. 2013, 2013/12/0067) – die alte Rechtslage anzuwenden. Dies betrifft nicht nur laufende Verwaltungsstrafverfahren in Bezug auf Verwaltungsübertretungen, die vor dem 1. Juli 2023 begangen wurden (vgl. dazu etwa VwGH 17. 12. 2013, 2012/09/0092; *Lewisich* in *Lewisich/Fister/Weilguni*, VStG² § 1 Rz 16), sondern auch behördliche Maßnahmen (insbesondere Absonderungen gemäß § 17 EpiG oder Verkehrsbeschränkungen gemäß § 7b), die vor diesem Zeitpunkt gesetzt wurden und einen Verdienstentgang verursacht haben. Aus gleichheitsrechtlichen Gründen wird die weitere Anwendung der Bestimmungen über den Verdienstentgang nicht nur auf bereits anhängige Verfahren beschränkt, sondern unabhängig von einer bereits erfolgten Antragstellung vorgesehen. Ebenso betrifft die Anordnung der weiteren Anwendung der alten Rechtslage die Kostentragungsregeln des § 36 EpiG.

Abs. 38 legt nach Vorbild des § 2 Abs. 2 COVID-19-Zweckzuschussgesetz ausdrücklich fest, bis zu welchem Zeitpunkt die Länder ihre Kosten nach § 36 EpiG, die im Zusammenhang mit COVID-19 angefallen sind, geltend zu machen haben. Dabei sind jene Kosten zu ersetzen, die bis zum 30. Juni 2023 entstanden sind (s. Abs. 37). Ein begründeter Einzelfall, der eine Verlängerung dieser Fristen ermöglicht, ist etwa anzunehmen, wenn Bescheide nach § 32 EpiG bekämpft werden und das verwaltungsgerichtliche Verfahren im entsprechenden Jahr noch nicht rechtskräftig beendet ist.

Abs. 39 führt das bereits bestehende Regime nach § 4 EpiG für SARS-CoV-2 und damit für eine zukünftig nicht mehr meldepflichtige Krankheit befristet weiter. Der Kreis derjenigen, die zulässigerweise die Daten verarbeiten dürfen, wird von der Bestimmung nicht berührt. Eine befristete, weiterlaufende Verarbeitung bereits im Register anzeigepflichtiger Krankheiten gespeicherter Daten ist zunächst zur Sicherstellung eines effektiven Vollzugs unbedingt erforderlich. Dies betrifft insbesondere Verfahren betreffend die Vergütung von Verdienstentgängen, die durch die COVID-19-Verkehrsbeschränkungsverordnung, BGBl. II Nr. 295/2022 idF BGBl. II Nr. 341/2022, (§ 32 Abs. 1a) oder eine Absonderung gemäß § 17 EpiG (§ 32 Abs. 1 Z 1) bis 30. Juni 2023 eingetreten sind. Entsprechende Anträge können aufgrund der Dreimonatsfrist in § 49 Abs. 1 auch noch nach dem 30. Juni 2023 eingebracht werden; darüber hinaus können sich zeitliche Verzögerungen aus § 49 Abs. 4 EpiG ergeben. Zudem könnten die Daten für Strafverfahren, die nach dem 30. Juni 2023 noch anhängig sind, erforderlich sein. Deshalb stellt Abs. 39 vor dem Hintergrund des Art. 9 Abs. 2 lit. f Datenschutz-Grundverordnung klar, dass die im Register der anzeigepflichtigen Krankheiten gespeicherten Daten zu SARS-CoV-2 weiterhin verarbeitet werden dürfen. Darüber hinaus ist die weitere Verarbeitung zum Zweck der Qualitätssicherung notwendig. Davon erfasst sind insbesondere die wissenschaftliche Aufarbeitung der Pandemie und die Evaluierung im Hinblick auf die Erarbeitung eines neuen Seuchenrechts, in das die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie einfließen sollen. Ziel dieser Aufarbeitung ist die Verbesserung der Überwachung und Vorsorge in Bezug auf Epidemien (vgl. *Weichert* in *Kühling/Buchner/Weichert*, DS-GVO/BDSG² Art. 9 DSGVO, Rn 118). Dafür benötigt es etwa die Zuordnung von Fällen in örtlicher Hinsicht oder in Bezug auf Alter oder Geschlecht. Die befristete Zulässigkeit stellt sicher, dass die Verarbeitung nicht überschießend erfolgt und zugleich die für die Aufarbeitung der Pandemie unbedingt erforderlichen Daten nicht verloren gehen.

Zu den Art. 4 bis 7 jeweils Z 1 sowie Art. 13 Z 1 und Art. 14 Z 1 und 2 (§§ 735, 736 Abs. 3 bis 8, 742a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 238/2021, 742c Abs. 2, 746 Abs. 6 und 7, 748, 750, 761 Abs. 1 Z 2 ASVG; §§ 378 Abs. 1 bis 5, 380a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 238/2021, 380c Abs. 2, 384, 393a GSVG; §§ 372 Abs. 1 bis 4, 374a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 238/2021, 374c Abs. 2, 378, 387a BSVG; §§ 258, 259, 261a in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 238/2021, 261c Abs. 2, 263 und 273 B-KUVG; § 12k GehG; § 29p VBG):

Im Zusammenhang mit der Aufhebung der spezifischen COVID-19-Maßnahmen sollen großteils auch die mit der COVID-19-Pandemie in Verbindung stehenden Bestimmungen in den Sozialversicherungsgesetzen entfallen. Mit Ablauf des 30. Juni 2023 sollen daher folgende Bestimmungen außer Kraft treten:

- COVID-19-Risiko-Attest (§ 735 ASVG, § 258 B-KUVG, § 12k GehG und § 29p VBG)
- Regelungen hinsichtlich der Weitergewährung bestimmter Leistungen aus der Kranken- und Pensionsversicherung, der Verlängerung der Schutzfrist in der Krankenversicherung und der Selbstversicherung in der Krankenversicherung (§ 736 ASVG; § 378 GSVG; § 372 BSVG; § 259 B-KUVG)
- COVID-19-Tests von asymptomatischen Personen (§ 742a ASVG; § 380a GSVG; § 374a BSVG; § 261a B-KUVG; jeweils in der Fassung des BGBl. I Nr. 238/2021)
- Honorar für die Beratung über COVID-19-Heilmittel (§ 742c Abs. 2 ASVG; § 380c Abs. 2 GSVG; § 374c Abs. 2 BSVG; § 261c Abs. 2 B-KUVG)

- Ersatz von Honoraren für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragsgruppenpraxen bzw. Primärversorgungseinheiten (§ 746 Abs. 6 und 7 ASVG)
- Übernahme der Kosten für die Software-Implementierung des Elektronischen Impfpasses (§ 748 ASVG)
- Informationsschreiben Impfung gegen SARS-CoV-2 (§ 750 ASVG)

Die Bestimmungen über die COVID-19-Tests von asymptomatischen Personen (§ 742a ASVG, § 380a GSVG, § 374a BSVG und § 261a B-KUVG) sowie die Bestimmungen über SARS-CoV-2-Antigentests zur Eigenanwendung (§ 742b ASVG, § 380b GSVG, § 374b BSVG und § 261b B-KUVG) treten bereits nach geltender Rechtslage mit Ablauf des 30. Juni 2023 außer Kraft. Der Rechtsfolgenbereich dieser Regelungen dauert jedoch auch nach deren Aufhebung fort, sodass die Krankenversicherungsträger für die von ihnen aufgrund dieser Bestimmungen zu bezahlenden Honorare (inklusive des Verwaltungsaufwandes) einen Ersatzanspruch gegenüber dem Bund (COVID-19-Krisenbewältigungsfonds) haben.

Zu den Art. 4 bis 7 jeweils Z 2 (§ 742 Abs. 1 ASVG; § 380 Abs. 1 GSVG; § 374 Abs. 1 BSVG; § 261 Abs. 1 B-KUVG):

Am 5. Mai 2023 hat die WHO den internationalen Gesundheitsnotstand aufgrund von COVID-19 aufgehoben. Aufgrund der Bezugnahme auf die Dauer der durch die WHO ausgerufenen COVID-19-Pandemie in § 742 Abs. 1 ASVG sowie den Parallelbestimmungen würde die in diesen Bestimmungen festgelegte Berechtigung ihren Anwendungsbereich verlieren. Diese soll jedoch bis zum Inkrafttreten der Neufassung des § 742 ASVG und der Parallelbestimmungen mit 1. Juli 2023 bestehen bleiben. Aus diesem Grund hat die Wortfolge, welche auf die Dauer der durch die WHO ausgerufenen COVID-19-Pandemie Bezug nimmt, rückwirkend mit der Beendigung des internationalen Gesundheitsnotstandes zu entfallen.

Zu den Art. 4 bis 7 jeweils Z 3 (§ 742 ASVG; § 380 GSVG; § 374 BSVG; § 261 B-KUVG):

Die §§ 742 ASVG, 380 GSVG, 374 BSVG und 261 B-KUVG betreffend die Durchführung von COVID-19-Tests im niedergelassenen Bereich verlieren im Hinblick auf das Außerkrafttreten der Durchführungsverordnung mit Ablauf des 30. Juni 2023 mit diesem Zeitpunkt ihre Gültigkeit. Die Durchführung von COVID-19-Tests wird jedoch für die Feststellung einer Infektion mit SARS-CoV-2 und für die Festlegung der weiteren Behandlungsschritte (insbesondere Verschreibung von COVID-19-Heilmitteln) auch weiterhin notwendig sein. Deshalb sollen die im niedergelassenen Bereich tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragsgruppenpraxen bzw. Primärversorgungseinheiten sowie die selbständigen Vertragsambulatorien für Labormedizin weiterhin berechtigt sein, Tests für den Nachweis des Vorliegens einer Infektion mit SARS-CoV-2 durchzuführen.

Ein Test bei nach den Bundesgesetzen krankenversicherten Personen und deren anspruchsberechtigten Angehörigen wird vom zuständigen Krankenversicherungsträger honoriert, sofern bei der betreffenden Person Symptome vorliegen, die eine Infektion mit SARS-CoV-2 vermuten lassen. Es ist grundsätzlich ein Antigentest durchzuführen, zur Ermöglichung der Sequenzierung zwecks Feststellung neuer Virusvarianten ist darüber hinaus jedes fünfte positive Testergebnis eines SARS-CoV-2-Antigentests mittels PCR-Test nachzuprüfen. Dabei ist auf die Anzahl der positiven Testergebnisse pro Ärztin/Arzt abzustellen und nicht auf die Anzahl der Tests derselben/desselben Patientin/Patienten.

Für die Durchführung des Antigentests, für die Probenentnahmen samt Material, die Auswertung des Antigentests, die Übermittlung der Probe für den PCR-Test und die dazugehörige Dokumentation hat der Krankenversicherungsträger den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, Vertragsgruppenpraxen bzw. Primärversorgungseinheiten ein pauschales Honorar in Höhe von 25 Euro zu bezahlen. Die Durchführung eines Antigentests sowie die zusätzliche Probenentnahme für einen allenfalls erforderlichen PCR-Test zählt dabei insgesamt als eine Testung. Außerdem hat der Krankenversicherungsträger den selbstständigen Vertragsambulatorien für Labormedizin und den Vertragsfachärztinnen/Vertragsfachärzten für Labordiagnostik für die laboranalytische Auswertung eines PCR-Tests inklusive des verwendeten Materials und die dazugehörige Dokumentation ein pauschales Honorar in Höhe von 25 Euro zu bezahlen. Der Bund hat den Krankenversicherungsträgern die ausgewiesenen tatsächlichen Kosten für diese Honorare aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds zu ersetzen.

Die Krankenversicherungsträger werden mittels stichprobenartiger Kontrollen das Abrechnungsverhalten der Vertragspartnerinnen und Vertragspartner überprüfen.

Liegen die Voraussetzungen für eine Verrechnung mit dem Krankenversicherungsträger nicht vor, kann selbstverständlich auf Wunsch der Patientin/des Patienten ein COVID-19-Test gegen Verrechnung eines Privathonorars durchgeführt werden.

Zu den Art. 4 bis 7 jeweils Z 4 (§ 742c ASVG; § 380c GSVG; § 374c BSVG; § 261c B-KUVG):

Die §§ 742c Abs. 1 ASVG, 380c Abs. 1 GSVG, 274c Abs. 1 BSVG und 261c Abs. 1 B-KUVG betreffend die Zahlung eines pauschalen Honorars für die Abgabe von Heilmitteln zur Behandlung von COVID-19 treten nach der derzeit geltenden Rechtslage mit Ablauf des 30. Juni 2023 außer Kraft. Da der Einsatz von Heilmitteln bei der Behandlung von COVID-19 auch weiterhin notwendig sein wird und davon auszugehen ist, dass entsprechende vom Bund finanzierte Heilmittel jedenfalls bis Herbst zur Verfügung stehen werden, sollen die diesbezüglichen Regelungen bis Ende des Jahres 2023 bestehen bleiben.

Im Anschluss sollen die Bestimmungen betreffend die Kostentragung in das bestehende System der gesetzlichen und satzungsmäßigen Regelungen der Krankenversicherung überführt werden.

Zu Art. 4 bis 7 jeweils Z 5 (§ 747 ASVG; § 384 GSVG; § 378 BSVG; § 263 B-KUVG):

Die §§ 747 ASVG, 384 GSVG, 378 BSVG und 263 B-KUVG sehen vor, dass die im niedergelassenen Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte, Gruppenpraxen bzw. Primärversorgungseinheiten sowie die selbständigen Ambulatorien bis 30. Juni 2023 berechtigt sind, Impfungen gegen SARS-CoV-2 mit dem vom Bund zur Verfügung gestellten und finanzierten Impfstoff auf Rechnung der Krankenversicherungsträger durchzuführen. Da die Impfung ein wirksames Mittel zur Verhinderung von schweren Erkrankungsverläufen bei einer Infektion mit SARS-Cov-2 darstellt, soll diese auch weiterhin möglichst niederschwellig – im niedergelassenen Bereich – verfügbar sein.

Die Krankenversicherungsträger haben für die Durchführung der Impfung samt Aufklärung und Dokumentation (inkl. Eintragung der Impfung im Zentralen Impfreister gemäß § 24c GTelG) ein pauschales Honorar in Höhe von 15 Euro (unabhängig davon, ob es sich um eine Erst- oder Folgeimpfung handelt) zu bezahlen. Der Bund hat dem jeweiligen Krankenversicherungsträger wiederum die ausgewiesenen tatsächlichen Kosten für diese Honorare aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds zu ersetzen.

Wird der nach § 747 Abs. 1 ASVG, § 384 Abs. 1 GSVG, § 378 Abs. 1 BSVG bzw. § 263 Abs. 1 B-KUVG vom Bund zur Verfügung gestellte Impfstoff im Wege der öffentlichen Apotheken bezogen, hat die Österreichische Gesundheitskasse diesen für ihre Leistung ein Honorar in Höhe von fünf Euro pro Vial (Impffläschchen) zu bezahlen. Der Bund hat der Österreichischen Gesundheitskasse wiederum die ausgewiesenen tatsächlichen Kosten für diese Honorare aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds zu ersetzen.

Die Bestimmungen zur Bezahlung eines Honorars für einen Ausdruck aus dem Elektronischen Impfpass bzw. die Ausstellung eines Impfbzertifikats sollen im Hinblick auf die Aufhebung der spezifischen COVID-19-Maßnahmen jedoch mit 30. Juni 2023 entfallen.

Zu Art. 4 Z 6 (§ 785 ASVG):

Auch die Bestimmung über die zentrale Beschaffung von Schutzausrüstung für bestimmte Berufsgruppen durch die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) soll mit 30. Juni 2023 außer Kraft treten. Die geordnete Beendigung der Beschaffungstätigkeit macht eine Übergangsbestimmung notwendig.

Es wird daher einerseits festgelegt, dass der Bund der ÖGK die Beschaffungskosten für Produkte, welche diese bis einschließlich 30. Juni 2023 bestellt hat (unabhängig vom Zeitpunkt der Lieferung), sowie die bis 31. Dezember 2023 anfallenden Kosten für notwendige Logistik und Lagerhaltung bei der ÖGK aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds zu ersetzen hat.

Andererseits werden die beruflichen und gesetzlichen Interessenvertretungen jener Leistungserbringer/innen, die nach § 741 ASVG aufgrund der durch die Interessenvertretungen erstatteten Bedarfsmeldungen durch die ÖGK mit Schutzausrüstung versorgt wurden, ab 1. Juli 2023 ermächtigt, über die Produkte, die mangels offenem tatsächlichem Bedarf nicht mehr an die Leistungserbringer/innen abgegeben werden können, unentgeltlich zugunsten der im Abs. 3 genannten Stellen (Bundesländer, Bundesministerien, sonstige Bundeseinrichtungen, Sozialversicherungsträger sowie andere inländische Einrichtungen wie zB NGOs, Krankenanstalten, Sozialeinrichtungen etc.) zu verfügen. Es besteht kein Rechtsanspruch auf den Erhalt von Schutzausrüstung.

Die Einräumung der Verfügungsermächtigung an die beruflichen und gesetzlichen Interessenvertretungen ist zweckmäßig, da sich die überschüssigen Produkte in deren Besitz befinden und dadurch eine unbürokratische Abgabe gewährleistet wird. Um jedoch einen Überblick darüber zu haben, an welche Stellen die von den Leistungserbringer/inne/n nicht mehr benötigten Produkte konkret abgegeben werden, wird eine Informationspflicht an die ÖGK normiert.

Zu Art. 4 bis 7 jeweils Z 6 (§ 786 ASVG; § 408 GSVG; § 403 BSVG; § 284 B-KUVG):

Mit der Aufhebung eines Großteils der spezifischen COVID-19-Maßnahmen soll zu Zwecken der Planbarkeit und zeitnahen Durchführung der Abwicklung des in einer Vielzahl an Bestimmungen vorgesehenen Kostenersatzes durch den Bund aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds eine Frist für die Vorlage der erforderlichen Unterlagen und Nachweise durch die Krankenversicherungsträger festgelegt werden. Die entsprechenden Unterlagen betreffend die gesetzmäßigen Aufwendungen sind bei sonstigem Anspruchsverlust innerhalb der festgelegten Fristen vorzulegen. Eine Fristverlängerung durch den/die Bundesminister/in für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ist in begründeten Fällen auf Antrag zulässig.

Zu Art. 8 (Änderung des Apothekengesetzes):

Apotheken waren im Zuge der COVID-19-Pandemie eine der zentralen Anlaufstellen für die Durchführung von SARS-CoV-2-Tests und damit eine wichtige Stütze bei der Eindämmung der Pandemie. Die in diesem Zusammenhang geschaffenen bewährten Teststrukturen und das niederschwellige Testangebot in Apotheken sollen weiterhin genutzt werden können.

§ 5 Abs. 2 entspricht der bisherigen Rechtslage der §§ 28c und 28d EpiG iVm § 4 Abs. 5 MTD-Gesetz. Damit sind Angehörige des pharmazeutischen Fachpersonals (vgl. § 1 der Pharmazeutischen Fachkräfteverordnung, BGBl. Nr. 40/1930 in der Fassung der Verordnung BGBl. II Nr. 177/2016) als Angehörige eines Gesundheitsberufs (wie bisher) berechtigt, eigenverantwortlich Abstriche aus Nase und Rachen zu nehmen.

§ 5 Abs. 2 zweiter Satz regelt die Voraussetzungen für die Auswertung der Testergebnisse in der Apotheke und verweist auf den bisherigen § 28c Abs. 1, 4 und 5 EpiG. Apotheken, die SARS-CoV-2-Tests auswerten, haben vor Neuaufnahme dieser Tätigkeit (vgl. § 68 Abs. 13) Meldung beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz zu erstatten und sind verpflichtet, an Ringversuchen teilzunehmen sowie die produktrechtlichen Vorgaben für Medizinprodukte einzuhalten.

Zu Art. 9 (Änderung des Arzneimittelgesetzes):

Die nach Österreich gelieferten Packungsgrößen der abzugebenden Impfstoffe gegen COVID-19 erfordern eine Auseinzelung bzw. Stückelung durch den Großhändler. Die gegenständliche Ausnahmebestimmung war bisher in den Verordnungen betreffend COVID-19-Sonderregelungen für Arzneimittel (5. COVID-19-ArzneimittelV samt Vorgängerverordnungen) normiert. Diese ist mit 30. Juni 2023 befristet. Trotz Auslaufens der COVID-19 spezifischen Bestimmungen ist davon auszugehen, dass diese Sonderregelung noch länger erforderlich sein wird, weswegen diese nunmehr im Sinne der Rechtsklarheit dauerhaft im AMG aufgenommen wird (§ 94e Abs. 4).

Zu Art. 10 (Änderung des Ärztegesetzes 1998):**Zu Z 1 (§ 2 Abs. 2 Z 1):**

Aufgrund des Entfalls der sogenannten COVID-19-Bestimmungen hat § 2 Abs. 2 Z 1 ÄrzteG 1998 ebenso zu entfallen.

Zu Z 2 (§ 15 Abs. 1):

Die Änderung betrifft die Bereinigung eines Redaktionsversehens.

Zu Z 3, 4 und 9 (Überschrift zu § 36b, § 36b Abs. 1 und § 250):

Um einen Mangel an Gesundheitspersonal in epidemiologischen und sonstigen Krisensituationen ausgleichen zu können, kann der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister durch Verordnung erleichterte Zugangsregelungen zur Ausübung des ärztlichen Berufes ermöglichen. Ärzte dürften zeitlich beschränkt in Folge auch ohne Eintragung in die Ärzteliste bzw. vor Abschluss oder inländischer Anrechnung ihrer postpromotionellen Ausbildung in Zusammenarbeit mit einem zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt tätig werden. Die Aufnahme der Tätigkeit muss der Österreichischen Ärztekammer gemeldet werden.

Unter dem Begriff „Arzt“ ist nicht der Begriff des Arztes iSd § 1 Z 1 zu verstehen, sondern ein weiter Begriff gemäß § 35 wonach als Arzt jeder gilt, der im In- oder Ausland ein Medizinstudium erfolgreich abgeschlossen hat.

Diese Ausnahmebestimmung hat insbesondere folgende Gruppen im Auge: pensionierte Ärzte, die nach § 59 Abs. 1 Z 6 auf ihre Berufsausübung verzichtet haben; im Ausland ausgebildete Ärzte, die nicht die Voraussetzungen der Anerkennung ihrer Ausbildung nach den §§ 4, 5, 5a, 14 erfüllen; Turnusärzte, die außerhalb ihrer Ausbildungsstätte tätig werden wollen. § 250 ermöglicht es den Ärzten, die aufgrund der Pandemieregulierung des § 36b Abs. 1 in der Fassung des BGBl. I Nr. 16/2020 eine Berechtigung erlangt haben in Zusammenarbeit mit im Inland zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Ärzten für

Allgemeinmedizin oder Fachärzten tätig zu werden, diese Tätigkeit bis längstens weitere sechs Monate noch auszuüben. Insbesondere ist dabei an Ärzte aus der Ukraine gedacht, für welche in Folge insbesondere im Sinne der Empfehlungen der EU-Grundrechteagentur vereinfachte Zugangswege zur ärztlichen Berufsberechtigung erarbeitet werden sollen.

Die Verordnungsermächtigung wird jedoch auf die allgemeinen Erfordernisse gemäß § 4 Abs. 2 ÄrzteG 1998, betreffend die Handlungsfähigkeit (Z 1), die Vertrauenswürdigkeit (Z 2) sowie die gesundheitliche Eignung (Z 3) näher eingeschränkt.

Ein Vorbild für eine entsprechende Regelung in Krisensituationen ist § 94d Arzneimittelgesetz (AMG), BGBl. Nr. 185/1983.

Zu Z 5 und 6 (§ 128a Abs. 5 Z 2 und 3):

Hierbei handelt es sich zur Sicherstellung der Vollziehungssicherheit um redaktionelle Änderungen und Klarstellungen im Hinblick auf die Ärztegesetz-Novelle 2022, BGBl. I Nr. 17/2023.

Zu Z 7 (§ 204):

§ 204 erhält eine Klarstellung, dass der im ÄrzteG 1998 statuierte sogenannte „Arztvorbehalt“ durch die genannten Bundesgesetze nicht beeinträchtigt wird. Im Hinblick auf die Ermöglichung der Durchführung von „einfachen Gesundheitstests“ durch Apothekern war § 204 um eine entsprechende Z 9 zu ergänzen.

Zu Z 8 und 9 (§ 242, § 250 und § 251):

Da sich die Möglichkeit der ersatzweisen Beschlussfassung durch schriftliche Abstimmung (Umlaufbeschluss) in den Organen der Österreichischen Ärztekammer sowie in den Organen der Ärztekammern in den Bundesländern bewährt hat, wird dies bei entsprechender Notwendigkeit zunächst vorläufig für die Dauer von sechs Monaten nach Aufhebung der auf die Pandemie bezogenen Regelung beibehalten werden (§ 251 Abs. 2). In diesem Zeitrahmen wird in Folge eine mit der Österreichischen Ärztekammer abzustimmende Klärung und Konkretisierung der Voraussetzungen für die demokratiepolitische Zulässigkeit von Umlaufbeschlüssen durch deren Organe erarbeitet werden.

Zu Art. 11 (Änderung des Psychotherapiegesetzes):

Zu Z 1 und 2 (§ 22a samt Überschrift):

Im Laufe der COVID-19-Pandemie hat sich die Möglichkeit von Gremien bzw. Organen, Beschlüsse nicht in Präsenz, sondern ersatzweise durch schriftliche Beschlussfassung zu verabschieden, bewährt. Solche Umlaufbeschlüsse sollen nunmehr auch für den Psychotherapiebeirat eröffnet werden.

Im Hinblick auf die Zurücknahme der sogenannten Pandemieregulungen (vgl. MRV 46/13 vom 31. Jänner 2023) waren die Aussetzungen der Vollsitzungen und Ausschusssitzungen des Psychotherapiebeirats durch den Bundesminister für Gesundheit, Soziales, Pflege und Konsumentenschutz sowie der in den §§ 4, 5, 7, 8, 11, 12, 17 und 19 vorgesehene verpflichtende Anhörung und die gemäß § 10 vorgesehene Begutachtung des Psychotherapiebeirats mangels Notwendigkeit zurückzunehmen.

Zu Art. 12 (Änderung des Sanitätergesetzes):

Die Durchführung von Abstrichen aus Nase und Rachen einschließlich der Durchführung von Point-of-Care-Tests zu diagnostischen Zwecken einerseits und die Blutabnahme aus der Kapillare zur Bestimmung von Antikörpern andererseits können hinsichtlich unterschiedlicher Erreger bzw. Krankheiten zur Anwendung kommen. Da sich der Einsatz von Sanitätern im Rahmen der Pandemie bewährt hat, entfällt nun der Bezug auf COVID-19 und werden Abstrichnahmen und Blutabnahmen aus der Kapillare dadurch dauerhaft in den Tätigkeitsbereich dieser Berufsgruppe aufgenommen.

Die ebenfalls im Rahmen der Bekämpfung der Ausbreitung von COVID-19 aufgenommene Impfberechtigung für Sanitäter entfällt hingegen, da die Pandemie gezeigt hat, dass mit den entsprechend berechtigten Gesundheitsberufen das Auslangen gefunden werden kann.

Zu Art. 15 (Änderung des Bundesgesetzes, mit dem zur Abdeckung des Bedarfes zur Bekämpfung der Covid-19-Pandemie Ermächtigungen zur Verfügung über Bundesvermögen erteilt werden):

Durch den Entfall der besonderen Außerkrafttretensbestimmung in § 4 Abs. 3 bleibt die Möglichkeit des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

- über COVID-19-Arzneimittel durch Verteilung an inländische Rechtsträger oder Einzelpersonen zu verfügen (§ 1 Abs. 1 Z 5)
- oder - soweit der Bedarf im Inland gedeckt ist - nicht mehr benötigte COVID-19-Arzneimittel im Einvernehmen mit dem Bundesminister für europäische und internationale Angelegenheiten an andere Staaten und internationale Organisationen zu übereignen (§ 2 Abs. 2 Z 2)

über den 30. Juni 2023 hinaus bis zum 31. Dezember 2023 bestehen.