

# ÖFFENTLICHES RECHT UND EUROPARECHT AKTUELL.



SONDERAUSGABE #2 | 01.04.2020

Institut für Europarecht | Institut für Verwaltungsrecht und Verwaltungslehre  
Redaktionelle Leitung: Assoz. Univ.-Prof. Dr. Franz Leidenmühler | Univ.-Prof. Dr. Michael Mayrhofer

## COVID-19: Aktuelle Rechtsfragen #2

Bearbeitet von Univ.-Prof. Dr. Mathis Fister, Univ.-Prof. Dr. Andreas Janko, Univ.-Prof. Dr. Michael Mayrhofer, Univ.-Ass.<sup>in</sup> MMag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Ranjana Andrea Achleitner, Mag.<sup>a</sup> Clara Buder, Univ.-Ass.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Nicole Dannerbauer, Univ.-Ass. Mag. Michael Denk, Univ.-Ass.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Nina Felbinger-Forster, Univ.-Ass.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Sarah Heiml, Univ.-Ass.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Lisa Janko und Mag. Philipp Lukas Leitner, LL.B.

## I. BUNDESGESETZBLATT

### [BGBl I 16/2020](#)

Bundesgesetz, mit dem das Telekommunikationsgesetz 2003, das Bundesgesetz über besondere Förderungen von kleinen und mittleren Unternehmen (KMU-Förderungsgesetz), das Arbeitslosenversicherungsgesetz, das Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz, das Arbeitsmarktservicegesetz, das Arbeitsverfassungsgesetz, das Gleichbehandlungsgesetz, das Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz, das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch, das Gebührengesetz 1957, das Tabaksteuergesetz 1995, die Bundesabgabenordnung, das Zivildienstgesetz 1986, das Verwaltungsgerichtshofgesetz 1985, das Verfassungsgerichtshofgesetz 1953, das Bundes-Verfassungsgesetz, das Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz, die Exekutionsordnung, die Insolvenzordnung, die Strafprozessordnung 1975, das Finanzstrafgesetz, das COVID-19-Maßnahmengesetz, das Zustellgesetz, das Künstler-Sozialversicherungsfondsgesetz, das Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979, das Vertragsbedienstetengesetz 1948, das Heeresdisziplinalgesetz 2014, das Epidemiegesetz 1950, das **Ärztegesetz 1998**, das **Sanitätergesetz**, das **Gesundheits- und Krankenpflegegesetz**, das **MTD-Gesetz**, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das **Medizinproduktegesetz**, das **Apothekengesetz**, das **Gesundheitstelematikgesetz 2012**, das Suchtmittelgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Pflegefondsgesetz geändert sowie ein Bundesgesetz über die Festlegung von Fristen für Eignungs-, Aufnahme- und Auswahlverfahren an Universitäten, Pädagogischen Hochschulen, Einrichtungen zur Durchführung von Fachhochschul-Studiengängen, Fachhochschulen und Privatuniversitäten für das Studienjahr 2020/21, ein Bundesgesetz betreffend Begleitmaßnahmen zu COVID-19 im Verwaltungsverfahren, im Verfahren der Verwaltungsgerichte sowie im Verfahren des Verwaltungsgerichtshofes und des Verfassungsgerichtshofes, ein Bundesgesetz betreffend Begleitmaßnahmen zu COVID-19 in der Justiz, ein Bundesgesetz betreffend besondere Maßnahmen im Gesellschaftsrecht aufgrund von COVID-19 (Gesellschaftsrechtliches COVID-19-Gesetz – COVID-19-GesG) und ein Bundesgesetz über die Errichtung eines Härtefallfonds (Härtefallfondsgesetz) erlassen werden (**2. COVID-19-Gesetz**)

## **1. Art 34 des 2. COVID-19-Gesetzes**

### **Lockerung des Ärztevorbhalts und (fach)ärztlicher Beschränkungen**

#### **Rechtsgrundlagen**

Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG, §§ 2 Abs 2 Z 1, 31 Abs 3 Z 5 (novelliert) und 36b (neu)

#### **Beschreibung der Maßnahmen**

Von den Ärzten vorbehaltenen Tätigkeiten („Ärztevorbhalt“) werden Untersuchungen ausgenommen, die im Rahmen einer Pandemie durch naturwissenschaftliche, insbesondere veterinärmedizinische Einrichtungen, durchgeführt werden. Auch die Beschränkung der fachärztlichen Berufstätigkeit von Fachärzten auf ihr Sonderfach wird dahingehend gelockert, dass diese insb bei einer Pandemie nicht gilt (zuvor war dieser Ausnahmetatbestand auf Fachärzte klinischer Sonderfächer im Hinblick auf notwendige Impfungen beschränkt). Darüber hinaus gestattet der neu eingefügte § 36b die Heranziehung von Ärzten, welchen es an einem Erfordernis iSd § 4 Ärztegesetz mangelt (pensionierte oder ausländische Ärzte sowie Turnusärzte). Schließlich werden sämtliche Fristen auf Grundlage des Ärztegesetzes iZm der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie ärztlichen Berufsausübung für die Dauer einer Pandemie ausgesetzt.

#### **Einzelfragen**

##### **1. Dürfen Labore ohne Ärzte (zB naturwissenschaftliche Labore einer Universität) COVID-19-Tests durchführen und auswerten?**

Ja. Geeignete Labore oder Institute, insb veterinärmedizinische Einrichtungen, dürfen Untersuchungen im Rahmen einer Pandemie durchführen (vgl IA 397/A BlgNR 27. GP 42). Die entsprechenden Grundlagen dafür ergeben sich aus folgenden Regelungen:

- > § 2 Abs 2 Z 1 ÄrzteG normiert eine Ausnahme vom ärztlichen Tätigkeitsvorbehalt, der zufolge Untersuchungen, die im Rahmen einer Pandemie durch naturwissenschaftliche, insb veterinärmedizinische Einrichtungen, durchgeführt werden, nicht mehr von diesem umfasst sind.
- > Korrespondierend dazu gestattet es § 4 Abs 5 MTD-G, Personen, die zur Ausübung des medizinisch-technischen Laboratoriumsdienstes berechtigt sind oder ein naturwissenschaftliches oder veterinärmedizinisches Studium erfolgreich abgeschlossen haben, die iZm der Pandemie anfallenden Laboratoriumsmethoden auch ohne ärztliche Anordnung durchzuführen. Gleichzeitig werden durch § 3 Abs 7 MTD-G die Voraussetzungen dafür gelockert, welche Personen für Tätigkeiten eines gehobenen medizinisch-technischen Dienstes herangezogen werden dürfen (dazu näher Anm 1 zu Art 37 des 2. COVID-19-Gesetzes).
- > Vor Aufnahme ihrer Tätigkeit für den Menschen haben solche Einrichtungen dies jedoch gem § 28c Abs 1 EpidemieG dem BMSGPK zu melden. Diese Meldungen sind wiederum vom BMSGPK den Bezirksverwaltungsbehörden zur Kenntnis zu bringen. Außerdem unterliegen die Einrichtungen der Meldepflicht gem §§ 2 und 3 EpidemieG (so insb gem § 3 Abs 1a EpidemieG über die Diagnose des Erregers einer meldepflichtigen Krankheit). Diese Meldungen haben jeweils gem der Verordnung des Bundesministers für Gesundheit betreffend elektronische Labormeldung in das Register anzeigepflichtiger Krankheiten, BGBl II 184/2013, zu erfolgen, oder können, solange dies technisch nicht möglich ist, auch schriftlich, mündlich oder telefonisch erfolgen, wobei sie nach mündlicher oder telefonischer Meldung schriftlich zu wiederholen sind (§ 28c Abs 2 und 3 EpidemieG).

##### **2. Besteht ungeachtet der Aufhebung der Beschränkung von Fachärzten auf ihr Sonderfach aus krankenanstaltenrechtlicher Sicht eine Verpflichtung des KA-Trägers, die „Eignung“ des Arztes für sein konkretes (fachfremdes) Einsatzgebiet zu beachten?**

Ja. Aus krankenanstaltenrechtlicher Sicht gelten unverändert die §§ 7 und 8 KAKuG (zB §§ 14 und 15 Oö KrankenanstaltenG) über den ärztlichen Dienst, für Universitätskliniken gilt weiterhin auch § 7b KAKuG (zB § 14b Oö KrankenanstaltenG). Auch in den Gesetzesmaterialien (IA 397/A BlgNR 27. GP 42) ist die Rede vom „Tätigwerden aller geeigneten Fachärztinnen/Fachärzte“, womit die Eignung des jeweiligen Arztes angesprochen ist. An dieser Rechtslage wird sich nach derzeitigem Stand auch nichts ändern (die einzige Änderung des KAKuG laut Art 38 des 2. COVID-19-Gesetzes ist nicht einschlägig).

##### **3. Wie ist in § 36b ÄrzteG die Formulierung „in Zusammenarbeit mit einem berechtigten Arzt“ zu verstehen – Anleitung, Aufsicht oder selbständiges Arbeiten lediglich unter Leitung eines berechtigten Arztes?**

Die Beschränkung der Ausübung des ärztlichen Berufs auf die Zusammenarbeit mit einem berechtigten Arzt regelt bereits § 36 Abs 1 Z 1 ÄrzteG für solche ausländischen Ärzte, für die insb nicht § 37 ÄrzteG zur Anwendung kommt. Die neue Regelung

des § 36b ÄrzteG soll – ausweislich der Gesetzesmaterialien (IA 397/A BlgNR 27. GP 42) – nicht nur die umfassende (und nicht bloß auf Einzelfälle beschränkte) Heranziehung von ausländischen Ärzten, sondern überdies auch von pensionierten Ärzten und von Turnusärzten ermöglichen. Diese Ärzte dürfen jedenfalls nicht alleine, sondern nur iZm einem nach dem ÄrzteG berechtigten Arzt tätig werden.

Zusammenarbeit ist – im Lichte der gesetzlichen Regelungen des § 3 [Anleitung und Aufsicht bei Turnusärzten], des § 36 Abs 1 [Tätigwerden eines ausländischen Arztes im Inland] und des § 49 Abs 2 ÄrzteG [Zusammenarbeit zwischen Ärzten] – ein vom „Vertrauensgrundsatz“ geprägtes, jeweils selbständiges Handeln von zwei oder mehreren Ärzten. Demnach darf, wer sich selbst objektiv sorgfaltsgemäß verhält, grundsätzlich auf das sorgfaltsgemäße Verhalten eines anderen vertrauen, es sei denn, dass dessen sorgfaltswidriges Verhalten eindeutig erkennbar ist oder doch aufgrund konkreter Umstände naheliegt (*Wallner*, Ärztliches Berufsrecht [2018] 83 mwN). Zusammenarbeit meint damit grundsätzlich nicht, dass der berechnigte Arzt den anderen Arzt anzuleiten oder zu beaufsichtigen hätte. Die Eigenverantwortung des gem § 36b Abs 1 ÄrzteG tätig werdenden Arztes unterstreicht die Bestimmung des Abs 3 leg cit, welche den Arzt uneingeschränkt den ärztlichen Berufspflichten und Disziplinarvorschriften unterwirft.

Bei der Ausnahmeregelung des § 36b Abs 1 ÄrzteG ist gleichwohl zu beachten, dass sich diese auf eine – im Hinblick auf Ausbildung und Erfahrung – sehr heterogene Gruppe bezieht (die etwa kürzlich pensionierte Ärzte ebenso wie Turnusärzte im ersten Ausbildungsjahr umfasst), was eine differenzierende Anwendung des Vertrauensgrundsatzes erforderlich macht. Der berechnigte Arzt wird auf das sorgfaltsmäßige Verhalten des aufgrund des § 36b ÄrzteG selbständig tätig werdenden Arztes vertrauen können, soweit nicht – unter den gegebenen Rahmenbedingungen – erkennbare Defizite bei der Ausbildung (einschließlich der erforderlichen Sprachkenntnisse) und bei der Erfahrung im Verein mit der Art der übertragenen Aufgaben ein sorgfaltsgemäßes Handeln nicht erwarten lassen. Damit wird beispielsweise eine dem § 49 Abs 2 ÄrzteG entsprechende (also „reguläre“) Zusammenarbeit bei (erst in den letzten Jahren) pensionierten inländischen Ärzten regelmäßig möglich sein. Bei einem Turnusarzt hingegen wird dies nur dann anzunehmen sein, wenn bei diesem auch im „Normalbetrieb“ die Aufsichtspflicht nach § 3 Abs 3 ÄrzteG aufgrund seines (fortgeschrittenen) Ausbildungs- und Erfahrungsstands schon ausgedünnt ist (vgl *Wallner*, Ärztliches Berufsrecht 47). Im Zweifel kann es angezeigt sein, dass der berechnigte Arzt iSd Aufsichtspflicht gem § 3 Abs 3 ÄrzteG überprüft, ob der Turnusarzt oder ein ausländischer Arzt die von ihm erwarteten ärztlichen Maßnahmen – unter den konkreten Rahmenbedingungen (dazu zählen zB die Organisation und Ausstattung eines Krankenhauses) – beherrscht (dazu *Wallner*, Ärztliches Berufsrecht 47 f).

#### **4. Tätigkeiten gem § 36b Abs 1 ÄrzteG sind vor Aufnahme der Tätigkeit der Österreichischen Ärztekammer zu melden. Wer ist meldepflichtig, der Arzt oder die Krankenanstalt? Ist die Ärztekammer lediglich Adressat der Meldung oder kann sie eine Tätigkeit auch untersagen?**

Die Meldepflicht trifft den Arzt (so explizit etwa § 37 Abs 3 ÄrzteG).

Überprüfungsbefugnisse der Kammer, wie sie etwa § 37 Abs 5 ff ÄrzteG kennt, enthält § 36b ÄrzteG nicht. Allerdings wird man in teleologischer Reduktion der Bestimmung des § 36b Abs 1 ÄrzteG (in Übereinstimmung mit den Gesetzesmaterialien) annehmen müssen, dass diese nicht schlechterdings von allen Anforderungen gem § 4 ÄrzteG freistellen kann:

- > Die Person muss erstens ein Arzt sein, dh eine entsprechende akademische Ausbildung, die zumindest mit dem Doktorat der gesamten Heilkunde (§ 4 Abs 3 Z 1 lit a ÄrzteG) vergleichbar ist, erworben haben.
- > Es ist weiters anzunehmen, dass der Arzt für die konkrete Berufsausübung gesundheitlich geeignet ist (vgl § 4 Abs 2 Z 3 ÄrzteG). Dies ergibt sich – unabhängig von den epidemierechtlichen Anforderungen – schon aus den weiterhin bestehenden qualitativen Kriterien für die Behandlung (vgl zB § 49 Abs 1 ÄrzteG und § 8 Abs 2 KAKuG).
- > Da die Regelung des § 36b Abs 1 ÄrzteG nicht jenen Personen, die wegen fehlender Vertrauenswürdigkeit nicht auf die Ärzteliste gesetzt (bzw werden könnten) oder von dieser gestrichen wurden, einen Umweg zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit im Inland erlauben soll, kann schließlich auch das Kriterium der Vertrauenswürdigkeit (vgl § 4 Abs 2 Z 2 ÄrzteG) nicht gänzlich entfallen. Dafür spricht auch § 36b Abs 3 ÄrzteG, wonach die Disziplinarvorschriften auf Ärzte iSd § 36b Abs 1 ÄrzteG uneingeschränkt anwendbar sind.

Der Ärztekammer kommt daher aufgrund einer Meldung gem § 36b Abs 2 ÄrzteG eine eingeschränkte Befugnis zur (Einzelfall-)Prüfung der Mindestvoraussetzungen für ein Tätigwerden gem Abs 1 leg cit zu, die sie offenbar auch auszuüben gedenkt (vgl Rundschreiben 99/2020 betreffend Vorgehen zur Meldung von Ärztinnen und Ärzten gem § 36b ÄrzteG 1998 der Ärztekammer Österreich vom 30.03.2020).

## **2. Art 35 des 2. COVID-19-Gesetzes**

### **Lockerung der Berufsanforderungen für den Sanitätsdienst**

#### **Rechtsgrundlagen**

Sanitätergesetz – SanG, §§ 9 Abs 1 Z 3a, 14 Abs 4, 26 Abs 4 und 43 Abs 3 (jeweils neu)

#### **Beschreibung der Maßnahmen**

Der Tätigkeitsbereich des Rettungssanitäters wird bei Vorliegen (insb) einer Pandemie um die Durchführung von Abstrichen aus Nase und Rachen zu diagnostischen Zwecken erweitert. Gleichzeitig wird die erfolgreiche Absolvierung des Berufsmoduls gem §§ 43 und 44 SanG für die berufliche Ausübung von Tätigkeiten eines Sanitäters bei einer Pandemie nicht mehr vorausgesetzt. Das Ruhen der Berufs- bzw Tätigkeitsberechtigung des Sanitäters aufgrund dessen Nichtnachkommens der Verpflichtung zur Fortbildung, der nicht erfolgten Rezertifizierung oder wegen mangelnder arbeitsplatzbezogener gesundheitlicher Eignung gilt nicht für den Einsatz von Sanitätern bei einer Pandemie.

#### **Einzelfragen**

##### **1. Ist eine Abstrichnahme aus Nase und Rachen zu diagnostischen Zwecken von Sanitätern zulässig?**

Die Abstrichnahme aus Nase und Rachen zu diagnostischen Zwecken darf im Zusammenhang mit einer Pandemie von Sanitätern durchgeführt werden.

##### **2. Wer darf im Falle einer Pandemie die Tätigkeit als Rettungssanitäter zusätzlich ausüben?**

Für den Einsatz iZm einer Pandemie wird von verpflichtenden Fortbildungen oder einer Rezertifizierung abgesehen, wodurch die Anzahl der für den Rettungsdienst qualifizierten Personen erhöht wird. Dabei wird vor allem an Personen gedacht, die in jüngerer Vergangenheit ihren Zivildienst iRd Rettungsdienstes absolviert haben oder auch an Personen, die aktuell nicht mehr im Rettungsdienst tätig sind (IA 397/A BlgNr 27. GP 43).

## **3. Art 36 des 2. COVID-19-Gesetzes**

### **Erweiterung des berechtigten Personenkreises für krankenpflegerische (Unterstützungs-)Tätigkeiten**

#### **Rechtsgrundlagen**

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG, § 3a Abs 7, § 27 Abs 3 und § 85 Abs 2 (jeweils neu)

#### **Beschreibung der Maßnahmen**

Für unterstützende Tätigkeiten bei der Basisversorgung können für die Dauer einer Pandemie auch solche Personen herangezogen werden, welche weder zur Ausübung eines Gesundheits- und Krankenpflegeberufs berechtigt sind noch das Ausbildungsmodul zur Ausübung der Pflegeassistenten absolviert haben (§ 3a Abs 7 GuKG).

Für die Tätigkeiten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege können nunmehr auch nicht in das Gesundheitsregister Eingetragene herangezogen werden, wenn sie entweder einen inländischen oder einen anerkannten bzw nostrifizierten ausländischen Qualifikationsnachweis gem § 28 ff GuKG aufweisen (§ 27 Abs 3 GuKG). Dasselbe gilt für Tätigkeiten der Pflegeassistentenberufe hinsichtlich eines Qualifikationsnachweises gem §§ 86 ff GuKG (§ 85 Abs 2 GuKG).

#### **Einzelfragen**

##### **1. Was sind „unterstützende Tätigkeiten“ iSd § 3a Abs 7 GuKG?**

Der Begriff der „unterstützenden Tätigkeiten“ findet sich bereits zB in § 3a Abs 1 und § 3d GuKG sowie § 5 Abs 3 Z 1 GuK-BAV. In diesen Vorschriften wird jeweils auf Anlage 2 Punkt 3 der Vereinbarung gem Artikel 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe, BGBl I 55/2005, verwiesen. In dieser Anlage findet sich eine sehr detaillierte Liste an

Tätigkeiten, die vom Begriff der „unterstützenden Tätigkeit bei der Basisversorgung“ umfasst sind. Dieses Tätigkeitsspektrum, welches sich überwiegend auf die Assistenz bei Alltagshandlungen und das Erkennen von Veränderungen an der versorgten Person bezieht, gelangt wohl auch hier zur Anwendung. „Unterstützende Tätigkeiten“ (auch) iSd § 3a Abs 7 KaKUG sind daher:

- > Unterstützung bei der Körperpflege;
- > Unterstützung beim An- und Auskleiden;
- > Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme;
- > Unterstützung im Zusammenhang mit Ausscheidungen;
- > Unterstützung und Förderung der Bewegungsfähigkeit;
- > Unterstützung beim Lagern;
- > Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln.

Die gem Abs 7 herangezogenen Personen dürfen bei diesen Tätigkeiten nur in Unterstützung der Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und der Ärzte tätig werden. Sie dürfen keine eigenverantwortliche pflegerische Tätigkeit durchführen (vgl dazu näher Müller in GmundKomm § 3a GuKG [Stand 01.03.2016, rdb.at] Rz 5). Die aufgezählten Tätigkeiten können allerdings auch Laintätigkeiten sein, sofern nicht Umstände vorliegen, die medizinisches oder pflegerisches Fachwissen erfordern. In diesem Fall dürfen diese Tätigkeiten auch ohne entsprechende Anordnung, Anleitung und Aufsicht von den genannten Berufsangehörigen durchgeführt werden (vgl Müller in GmundKomm § 3a GuKG Rz 5 mwN iVm § 3 GuKG Rz 5).

## **2. Bezieht sich die Ermächtigung des § 3a Abs 7 GuKG auf alle Personen oder gibt es hier doch Einschränkungen auf zB medizinisches Personal oder Personen, die bereits in Krankenanstalten tätig waren?**

Nein. Schon aus dem Wortlaut ist nicht herzuleiten, dass die „Personen“ bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen oder auch nur medizinische (pflegerische) Vorkenntnisse aufweisen müssten. Erwogen werden könnte zwar, dies der Gesetzessystematik zu entnehmen (das GuKG gilt ja an sich nur für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe), wirklich überzeugend wäre das aber nicht, weil § 3a Abs 7 GuKG selbst im systematischen Zusammenhang mit den Vorschriften über den Geltungsbereich des Gesetzes steht und auch vom Wortlaut her ausdrücklich Personen adressiert, „die weder zur Ausübung eines Gesundheits- und Krankenpflegeberufs noch das Ausbildungsmodul gemäß Abs. 1 Z 1 [„Unterstützung bei der Basisversorgung“] absolviert haben“. Zudem richtet sich § 3a Abs 1 und 3 GuKG zumindest noch an bestimmte Berufsangehörige (Angehörige von Sozialbetreuungsberufen und Personen, die in Einrichtungen der Behindertenbetreuung tätig sind), Abs 7 jedoch allgemein an „Personen“, ohne diesen Begriff weiter einzuengen. In den Gesetzesmaterialien ist dementsprechend allgemein von Personen die Rede, „die nicht über eine Berechtigung zur Durchführung pflegerischer Tätigkeiten verfügen“ (IA 397/A BlgNR 27. GP 43). Für dieses weite Verständnis spricht auch, dass die „unterstützenden Tätigkeiten“ auch Laintätigkeiten iSd § 3 Abs 3 GuKG sein können, sofern nicht Umstände vorliegen, die medizinisches oder pflegerisches Fachwissen erfordern (vgl Müller in GmundKomm § 3a GuKG [Stand 01.03.2016, rdb.at] Rz 5 mwN iVm § 3 GuKG Rz 5).

## **4. Art 37 des 2. COVID-19-Gesetzes**

### **Lockerung der Berufsanforderungen für die gehobenen medizinisch-technischen Dienste**

#### **Rechtsgrundlagen**

Bundesgesetz über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz), §§ 3 Abs 7 und 4 Abs 5 (jeweils neu)

#### **Beschreibung der Maßnahmen**

Für Tätigkeiten im medizinisch-technischen Dienst werden für die Dauer einer Pandemie die Anforderungen an die Berufsausübung gelockert und zwar dahingehend, dass auch nicht ins Gesundheitsberuferegister eingetragene Personen herangezogen werden können, wenn sie einen inländischen Qualifikationsnachweis gem § 3 Abs 1 Z 3, Abs 3 Z 1 oder Abs 4 oder einen ausländischen anerkannten oder nostrifizierten Qualifikationsnachweis gem Abs 3 Z 2, 2a oder 3 leg cit nachweisen können. Die iZm der Pandemie anfallenden Laboruntersuchungen dürfen von zur Ausübung des medizinisch-technischen Laboratoriumsdienstes Berechtigten auch ohne ärztliche Anordnung oder von Personen, die ein naturwissenschaftliches oder veterinärmedizinisches Studium erfolgreich abgeschlossen haben, durchgeführt werden.

## Einzelfragen

### **1. Welche Personen sind von der Lockerung der Anforderungen im Hinblick auf die Berufsausübung betroffen?**

Der Gesetzgeber stellt ausweislich der Gesetzesmaterialien (IA 397/A BlgNR 27. GP 43) auf solche Personen ab, die zwar eine Qualifikation erworben haben, aber (noch) nicht im Gesundheitsberuferegister eingetragen sind. Es handelt sich dabei vor allem um Absolventen einer inländischen Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, in der Pflegefachassistenz und in der Pflegeassistenz, deren Eintragung ins Register noch nicht beantragt oder abgeschlossen ist. Auch Berufsangehörige, die ihre Ausbildung im Ausland absolviert und ihren Anerkennungs- bzw. Nostrifikationsbescheid bereits erhalten haben, aber allenfalls ihre Ergänzungsausbildung noch nicht abgeschlossen haben und nicht im Gesundheitsberuferegister eingetragen sind, erhalten die Berufsberechtigung für die Dauer der Pandemie. Auch Berufsangehörige im Ruhestand werden von dieser Regelung umfasst.

### **2. Dürfen nicht ins Gesundheitsberuferegister eingetragene Personen die Berufsausübung auch nach einer Pandemie weiter fortsetzen?**

Nein, die Berufsberechtigung erlischt mit Ende der Pandemie. Für die weitere Ausübung ist eine Eintragung ins Gesundheitsberuferegister erforderlich (vgl IA 397/A BlgNR 27. GP 43).

### **3. Welche Änderungen ergeben sich bei Laboruntersuchungen, die iZm einer Pandemie anfallen?**

Bei der Durchführung von Laboruntersuchungen durch biomedizinische Analytiker im Zusammenhang mit einer Pandemie entfällt die verpflichtende ärztliche Anordnung. Auch Personen, die ein naturwissenschaftliches oder veterinärmedizinisches Studium abgeschlossen haben, dürfen für derartige Laboruntersuchungen herangezogen werden.

## 5. Art 39 des 2. COVID-19-Gesetzes

### **Verordnungsermächtigung im Medizinproduktegesetz**

#### Rechtsgrundlagen

Medizinproduktegesetz – MPG, § 113a (neu)

#### Beschreibung der Maßnahmen

Durch den neu eingefügten § 113a Abs 1 MPG wird der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) ermächtigt, durch Verordnung Ausnahmen von einem Großteil der im MPG getroffenen Regelungen vorzusehen. Im Einzelnen kann er

- > die Voraussetzungen für das Inverkehrbringen oder die Inbetriebnahme von Medizinprodukten dahingehend abändern, dass ein Medizinprodukt beispielsweise auch ohne CE-Kennzeichnung und vorheriger Konformitätsbewertung in Verkehr gebracht bzw in Betrieb genommen werden darf;
- > die Bestimmungen über die Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Hersteller, Vertreiber, Prüfstellen, Anwender sowie der mit der Durchführung klinischer Prüfungen beauftragten Personen anpassen;
- > die Regelungen, die die Registrierung, Überwachung, Meldung und Verfolgbarkeit von Medizinprodukten betreffen, adaptieren;
- > die Vorschriften bezüglich der Errichtung, Inbetriebnahme, Anwendung und Instandhaltung von Medizinprodukten in und außerhalb von Einrichtungen des Gesundheitswesens – insb im Hinblick auf den Personenkreis, der nach dem MPG berechtigt ist, ein Medizinprodukt zu errichten, zu betreiben, anzuwenden oder Instand zu halten – anpassen; sowie
- > abweichende Regelungen hinsichtlich der Einrichtungen, die nach dem MPG zur Herstellung, Lagerung, Abgabe und Verschreibung sowie zum Erwerb und Vertrieb von Medizinprodukten berechtigt sind, vorsehen.

Darüber hinaus eröffnet § 113a Abs 2 MPG dem BMSGPK die Möglichkeit der ordnungsförmigen Einführung von Versorgungs- und Bereitstellungsverpflichtungen für Hersteller, Bevollmächtigte und Abgabestellen von Medizinprodukten.

Diese dem BMSGPK eingeräumten Verordnungsermächtigungen greifen nach dem Wortlaut des § 113a MPG im nunmehrigen Fall einer Pandemie (sowie darüber hinaus auch bei anderen Krisensituationen), wenn die notwendige Versorgung der Bevölkerung sonst ernstlich und erheblich gefährdet wäre. Eine Verordnung auf der Grundlage des § 113a Abs 1 oder 2 MPG darf Ausnahmen vorsehen, soweit und solange dies auf Grund der besonderen Situation erforderlich ist und – bei Verordnungen

gem Abs 1 – der Schutz des Lebens und der Gesundheit von Mensch und Tier gewahrt bleibt. Sie gelten jedoch höchstens sechs Monate (§ 113a Abs 3 MPG).

### Einzelfragen

#### **Wurde bereits eine Verordnung iSd § 113a MPG erlassen?**

Nein. Da der Bedarf an Medizinprodukten wie Operationsmasken, Untersuchungshandschuhen und verschiedenen Arten von Schutzkitteln aufgrund der rasanten Ausbreitung des COVID-19-Virus exponentiell ansteigt, werden aber bereits auf EU-Ebene Maßnahmen gesetzt, um Medizinprodukte rasch verfügbar zu machen und Lieferengpässe zu verhindern. In einer Empfehlung der Kommission (EU) 2020/403 vom 13.03.2020 wird ua darauf hingewiesen, dass die Mitgliedstaaten – angesichts der derzeitigen Situation – Genehmigungen für das Inverkehrbringen von Medizinprodukten, die noch über keine CE-Kennzeichnung verfügen und die noch das Konformitätsbewertungsverfahrens durchlaufen, für einen begrenzten Zeitraum erteilen können. Eine dahingehende Verordnung des BMSGPK würde daher unionsrechtlich nicht beanstandet werden.

## 6. Art 40 des 2. COVID-19-Gesetzes

### **Ermächtigung zur Festlegung abweichender Betriebszeiten und Notbereitschaften im Apothekenrecht**

#### Rechtsgrundlagen

Apothekengesetz – ApothekenG, § 8 Abs 9 (neu)

#### Beschreibung der Maßnahmen

§ 8 ApothekenG enthält nähere Regelungen über die Öffnungszeiten von öffentlichen Apotheken. Im Unterschied zum Ladenschlussrecht für den Einzelhandel intendiert das ApothekenG freilich in erster Linie keine Beschränkung des Offenhaltens von Apotheken, sondern statuiert – mit dem Ziel, die jederzeitige Verfügbarkeit von Arzneimitteln für die Bevölkerung sicherzustellen – entsprechende, bei Nichtbeachtung als Verwaltungsübertretung mit Geldstrafe bis zu € 4.360,- (vgl § 41 Abs 1 ApothekenG) zu ahndende Betreiberpflichten. Ergänzt werden diese durch – nach derselben Bestimmung verwaltungsstrafrechtlich zu verfolgende – Vorschriften über einen außerhalb der behördlich vorgegebenen Betriebszeiten zu leistenden Bereitschaftsdienst bzw über die Rufereichbarkeit des Apothekenleiters oder eines anderen allgemein berufsberechtigten Apothekers.

Eine besondere Rolle kommt im gegebenen Zusammenhang schon bisher den Bezirksverwaltungsbehörden zu, die per Verordnung

1. die sog „Betriebszeiten“ – dh jene Zeiten, während derer die öffentlichen Apotheken an Werktagen offengehalten werden müssen – festzusetzen haben (vgl § 8 Abs 1 ApothekenG);
2. für Orte mit mehreren öffentlichen Apotheken festlegen müssen, welche von diesen in den – sich e contrario aus den Betriebszeiten ergebenden – Sperrzeiten zu welchen Zeiten den Bereitschaftsdienst zu versehen haben (vgl § 8 Abs 2 ApothekenG); und
3. hinsichtlich des Bereitschaftsdienstes öffentlicher Apotheken einen Diensturnus von Orten mit nur einer öffentlichen Apotheke untereinander oder mit Orten mit mehreren öffentlichen Apotheken zusammen festsetzen können (vgl § 8 Abs 5 ApothekenG).

Unmittelbar anwendbares Gesetzesrecht bilden hingegen die Bestimmungen über die Rufereichbarkeit während der Sperrzeiten in Orten mit bloß einer öffentlichen Apotheke (vgl § 8 Abs 3 ApothekenG) sowie über das Offenhalten und den Bereitschaftsdienst an Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und jenen Tagen, die im betreffenden Bundesland wie Feiertage behandelt werden (vgl § 8 Abs 5 ApothekenG). Was Letzteres betrifft, verfügen die Bezirksverwaltungsbehörden freilich auch hier über einen gewissen Gestaltungsspielraum, etwa indem sie in Orten mit mehreren öffentlichen Apotheken anstelle des an sich gebotenen Offenhaltens bis 12 Uhr einen Bereitschaftsdienst oder anstelle der anschließenden Dienstbereitschaft für dringende Fälle auch ein Offenhalten bis längstens 18 Uhr bewilligen können.

Durch den neu angefügten Abs 9 werden die Bezirksverwaltungsbehörden nunmehr für den Fall, dass es „aufgrund von Krisensituationen erforderlich ist“, ermächtigt, „durch Verordnung oder auf Antrag für einen begrenzten Zeitraum abweichende Regelungen über Betriebszeiten und Notfallbereitschaften“ zu erlassen. COVID-19 ist zwar augenscheinlich der Regelungsanlass, ein Zusammenhang zwischen der als Tatbestandsvoraussetzung geforderten „Krisensituation“ mit dieser spezifischen Krankheit wird jedoch nicht verlangt. Von der Ermächtigung kann vielmehr auch in „Krisensituationen“ mit einem völlig anderen Auslöser

Gebrauch gemacht werden, und ihr zeitlicher Anwendungsbereich ist auch nicht mit einer „Sunset Clause“ befristet, sondern als Dauerrecht konzipiert.

Als Grundlage für ein behördliches Abweichen vom eingangs geschilderten Regelungskonzept weist § 8 Abs 9 (neu) ApothekenG gewisse strukturelle Parallelen zu Abs 6 leg cit auf, der die Bezirksverwaltungsbehörden dazu beruft, „während der Dauer eines gesteigerten Bedarfs an Arzneimitteln“ abweichende Regelungen „über die Sperrzeit, den Bereitschaftsdienst und die Sonn- und Feiertagsruhe in öffentlichen Apotheken“ zu treffen. Es gibt aber auch signifikante Unterschiede:

1. Während § 8 Abs 6 ApothekenG das Einschreiten der Bezirksverwaltungsbehörden von einem gesteigerten Bedarf an Arzneimitteln abhängig macht, können „Krisensituationen“, die eine Inanspruchnahme der Ermächtigung nach Abs 9 (neu) leg cit legitimieren, schon aus systematischen Erwägungen heraus nicht nachfrageseitig ausgelöst werden. Wie nicht zuletzt auch die Gesetzesmaterialien erkennen lassen, in denen die Sicherstellung der Aufrechterhaltung der Arzneimittelversorgung der österreichischen Bevölkerung als Regelungszweck genannt wird (vgl den IA 397/A BgNR 27. GP 44), soll die neue Verordnungsermächtigung vielmehr Versorgungsprobleme infolge von Komplikationen auf Seiten der Anbieter, dh der öffentlichen Apotheken zu bewältigen helfen. Dies passt auch zum durch COVID-19 geprägten historischen Hintergrund der neuen Ermächtigung mit der bestehenden Sorge, dass wegen der Virusverbreitung der (zumindest vorübergehende) Ausfall eines Teils der öffentlichen Apotheken droht und die verbleibenden Anbieter in der Folge mit einer gesteigerten Nachfrage konfrontiert sein könnten, die sie – noch dazu im Lichte der bestehenden Verkehrsbeschränkungen – während der geltenden Betriebszeiten nicht zu bewältigen imstande sind.
2. Während § 8 Abs 6 ApothekenG abweichende Regelungen „über die Sperrzeit, den Bereitschaftsdienst und die Sonn- und Feiertagsruhe in öffentlichen Apotheken“ erlaubt, ermächtigt Abs 9 (neu) leg cit die Bezirksverwaltungsbehörden dazu, abweichende Regelungen „über Betriebszeiten und Notfallbereitschaften“ zu treffen.

Nimmt man den Gesetzeswortlaut und die grammatikalischen Unterschiede zwischen den beiden in Rede stehenden Bestimmungen ernst, ermöglicht § 8 Abs 9 (neu) ApothekenG demnach bloß die Festlegung von alternativen (und zwar wohl ausschließlich von ausgedehnteren) Öffnungszeiten an Werktagen; eine Ausweitung der Offenhaltungspflicht an Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und landesrechtlich gleichgestellten Tagen kommt hingegen nicht in Betracht. Da die Legaldefinition des Begriffs „Betriebszeiten“ in § 8 Abs 1 ApothekenG *expressis verbis* nur auf den Kundenverkehr an Werktagen Bezug nimmt, kommt dem – im Vergleich zu Abs 6 leg cit – fehlenden Rekurs auf die Sonn- und Feiertagsruhe normative Bedeutung zu.

Für Sonn- und Feiertage (in einem weiten, landesrechtlich gleichgestellte Tage mit umfassenden Sinn) können nach § 8 Abs 9 (neu) ApothekenG – wie auch für Werktage – lediglich (zusätzliche) „Notfallbereitschaften“ angeordnet werden. Im Zusammenhang mit diesem, im Kontext des ApothekenG bisher unbekanntem Begriff stellt sich zum einen die Frage, ob er lediglich die Festlegung zusätzlicher „echter“ Bereitschaftsdienste (iSv § 8 Abs 2 und 5 ApothekenG) legitimiert oder ob auf dieser Grundlage auch bloße Ruferreichbarkeit (iSv Abs 3 und 5a leg cit) angeordnet werden kann; der Unterschied besteht darin, dass beim Bereitschaftsdienst der Apothekenleiter oder ein anderer allgemein berufsberechtigter Apotheker zur Abgabe von Arzneimitteln anwesend sein muss, während in den anderen Fällen die rasche Erreichbarkeit in dringenden Fällen genügt. Obwohl der Wortlaut eine Beschränkung auf „echte“ Bereitschaftsdienste nahezu legen scheint, wird die Möglichkeit einer Anordnung von bloßer Ruferreichbarkeit als gelinderes Mittel in Betracht zu ziehen sein, sofern diese zur Bewältigung der Krisensituation ausreicht. Zum anderen bleibt unklar, ob der Gesetzgeber mit der Voranstellung des Wortteils „Notfall-“ eine Einschränkung gegenüber herkömmlichen Bereitschaftsdiensten verfügen wollte. Beispielsweise könnte in dieser Beifügung ein – die Anordnungsbefugnis der Bezirksverwaltungsbehörden beschränkender – Rekurs auf § 8 Abs 4 ApothekenG gesehen werden, der an Sonn- und Feiertagen (in einem weiten, landesrechtlich gleichgestellte Tage mit umfassenden Sinn) für die Zeit nach 12 Uhr lediglich eine Dienstbereitschaft „für dringende Fälle“ fordert, während Abs 2 leg cit beim klassischen Bereitschaftsdienst „ständige Dienstbereitschaft“ verlangt. Vielleicht wird durch die neue Begriffsschöpfung aber auch bloß der Ausnahmecharakter der ermöglichten Maßnahme unterstrichen und betont, dass die Ausweitung des Bereitschaftsdienstes unbedingt erforderlich sein muss, um jene „Krisensituation“ zu bewältigen, die tatbestandliche Voraussetzung für ein Einschreiten nach § 8 Abs 9 (neu) ApothekenG ist. Mit ein bisschen mehr legislatischer Sorgfalt wäre diese Unklarheit leicht zu vermeiden gewesen.

3. Während Anordnungen nach § 8 Abs 6 ApothekenG ausschließlich in Verordnungsform zu treffen sind (so ausdrücklich VwSlg 18.005 A/2010), indiziert der Wortlaut von Abs 9 (neu) leg cit, dass auf seiner Grundlage zumindest in bestimmten Fällen auch die Erlassung eines Bescheids zulässig sein kann. Die Formulierung „durch Verordnung oder auf Antrag“, insb die Verwendung der Konjunktion „oder“, lässt eigentlich keine andere Deutung zu, als dass die Behörde zwar bei amtswegigem Einschreiten – wie gem § 8 Abs 6 ApothekenG – ausschließlich Verordnungen erlassen darf, über einen Antrag jedoch in anderer Form zu entscheiden hat, und da bleibt im heimischen Rechtsquellenystem dann nur noch der Bescheid. Als mögliche Antragsteller kommen, auch wenn dies *expressis verbis* weder im Gesetzestext noch in den Materialien gesagt wird, wohl nur die Betreiber öffentlicher Apotheken in Betracht; dass diese durch einen solchen Antrag – neben für sie günstigen Folgewirkungen wie



der Ausdehnung der für sie zulässigen Öffnungszeiten – auch die Grundlage für eine Ausweitung ihrer strafbewährten Betreiberpflichten schaffen, sei nur am Rande erwähnt. Folgt man diesem Ansatz, gestattet § 8 Abs 9 (neu) ApothekenG wohl jedenfalls auch ein Abgehen von dem in Abs 1 letzter Satz leg cit verankerten Grundsatz, dass für mehrere öffentliche Apotheken in einem Ort immer gleiche Betriebszeiten festzulegen sind (natürlich aber immer nur unter der Voraussetzung, dass die für eine Apotheke beantragte Maßnahme zur Bewältigung der Krisensituation ausreicht).

4. Während Verordnungen, die auf Grundlage von § 8 Abs 6 ApothekenG erlassen werden, zwar ohne Anhörungsverfahren vor der Verordnungserlassung auskommen, nach ihrer Erlassung aber gem Abs 7 leg cit ohne Verzug dem Landeshauptmann, der Österreichischen Apothekerkammer und der zuständigen Arbeiterkammer mitzuteilen sind, fehlt für Verordnungen (und erst recht für Bescheide) nach Abs 9 leg cit eine vergleichbare Anordnung.

### Einzelfragen

#### **1. Welche Anordnungen dürfen die Bezirksverwaltungsbehörden im Falle einer Krisensituation auf Grundlage von § 8 Abs 9 (neu) ApothekenG treffen?**

Zur Frage nach der Auslegung der Begriffe „Betriebszeiten“ und „Notfallbereitschaft“ siehe bereits oben unter Punkt 2. In dem hierdurch gezogenen Rahmen haben die Bezirksverwaltungsbehörden freilich zu bedenken, dass nicht nur das Ob ihrer Anordnungsbefugnis, sondern auch deren Reichweite durch die Wendung „Wenn es aufgrund von Krisensituationen erforderlich ist“ limitiert wird. Dh sie dürfen eine Abweichung vom geltenden Standard jeweils nur insoweit verfügen, als dies zur Bewältigung der Krisensituation – und das bedeutet im apothekenrechtlichen Kontext: zur Aufrechterhaltung der durch die Krisensituation gefährdeten Arzneimittelversorgung der österreichischen Bevölkerung (vgl den IA 397/A BgNR 27. GP 44) – unbedingt erforderlich ist. Dies folgt nicht zuletzt daraus, dass mit einer Ausweitung der Betriebszeiten und erst recht mit der Festlegung zusätzlicher Bereitschaftsdienste Handlungspflichten für die Betreiber von öffentlichen Apotheken verbunden sind, die einen Eingriff in deren Grundrechte, insb in das Recht auf Erwerbsfreiheit gem Art 6 StGG bewirken. Im Lichte des den Grundrechten immanenten Verhältnismäßigkeitsgebots muss die Ermächtigung der Bezirksverwaltungsbehörden in diesem Sinne restriktiv interpretiert werden.

#### **2. Bedarf eine Anordnung nach § 8 Abs 9 (neu) ApothekenG einer zeitlichen Befristung?**

Abweichende Regelungen über Betriebszeiten und Notfallbereitschaften dürfen von den Bezirksverwaltungsbehörden *expressis verbis* nur „für einen begrenzten Zeitraum“ vorgesehen werden. Klar ist, dass die auf dieser Grundlage zu erlassenden Vorschriften immer nur so lange in Geltung bleiben dürfen, als dies zur Bewältigung der jeweiligen Krisensituation unbedingt erforderlich ist. Auch hier gelten die bereits iZm Frage 1 behandelten grundrechtlichen Erwägungen. Da sich diese Einschränkung bereits aus dem Einleitungshalbsatz des § 8 Abs 9 (neu) ApothekenG ergibt („Wenn es aufgrund von Krisensituationen erforderlich ist“), könnte die eingangs zitierte Wendung freilich in der Tat als Pflicht zur ausdrücklichen Festlegung einer Befristung iSe „Sunset Clause“ verstanden werden. Selbst während des Laufes einer solchen Befristung muss die erlassende Behörde freilich laufend überprüfen, ob die von ihr angeordnete Maßnahme nach wie vor erforderlich ist. Bei Verordnungen droht ansonsten die Invalidation. Bei Bescheiden wäre für solche Fälle die Aufnahme eines Widerrufvorbehalts anzudenken.

## **7. Art 41 des 2. COVID-19-Gesetzes**

### **Vereinfachte Übermittlung von Gesundheitsdaten**

#### **Rechtsgrundlagen**

Gesundheitstelematikgesetz 2012 – GTelG 2012, §§ 26 Abs 8, 27 Abs 12a und 12b (jeweils neu), 13 und 14 (jeweils novelliert), 14a, 14a, 14c und 16 (jeweils neu)

#### **Beschreibung der Maßnahmen**

Im GTelG 2012 wurden vorläufige Erleichterungen hinsichtlich der Übermittlung von Gesundheitsdaten etabliert. Ziel der Novelle ist, besonders vulnerablen Gruppen (Personen über 70 Jahren bzw mit Vorerkrankungen) nicht unbedingt notwendige Kontakte mit dem Gesundheitssystem ersparen zu können, insb, nur für den Zweck der Arzneimittelverschreibung Ärzte und Apotheken aufsuchen zu müssen (vgl IA 397/A BgINR 27. GP 44). Die vereinfachten Übermittlungsmodalitäten gelten ausweislich § 27 Abs 16 GTelG 2012 nur iRd Bekämpfung der Ausbreitung des Erregers COVID-19 und sind ab Außerkrafttreten des

COVID-19-Maßnahmengesetz BGBl I 12/2020 (sohin mit Ablauf des 31.12.2020 gem § 4 Abs 1 COVID-19-Maßnahmengesetz idF BGBl I 16/2020) nicht mehr anzuwenden.

### **1. Übermittlung von Gesundheitsdaten zwischen Gesundheitsdiensteanbietern („GDA“) via Fax (§ 27 Abs 12a GTelG 2012)**

Die bisher nur in engerem Rahmen zulässige Übermittlung von Gesundheitsdaten iSd Art 4 Z 15 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und genetischen Daten iSd Art 4 Z 13 DSGVO per Fax wird auch für den Fall ermöglicht, dass zumindest die Identitäten und maßgeblichen Rollen der an der Übermittlung beteiligten GDA gegenseitig durch Abfrage näher bezeichneter elektronischer Verzeichnisse (zB die elektronischen Verzeichnisse der Österreichischen Ärztekammer oder der Österreichischen Apothekerkammer) bestätigt sind (Abs 10 Z 4 leg cit). So ist es nunmehr zulässig, dass ein Arzt Gesundheitsdaten eines Patienten an eine Apotheke übermittelt, ohne dass es dafür etwa eines persönlichen oder telefonischen Kontakts bedarf, sofern er die Identität der Apotheke über das von der Österreichischen Apothekerkammer zu führende Verzeichnis nach § 2 Abs 4 Z 12 ApothekerkammerG 2001 vorab überprüft hat. Die (insb sicherheits)technischen Voraussetzungen einer Übermittlung via Fax nach § 27 Abs 12 GTelG 2012 bleiben von der Novelle jedoch unberührt. Wie bisher kann die wechselseitige Prüfung der Rolle und Identität bei einer Übermittlung per Fax auch durch persönlichen oder telefonischen Kontakt erfolgen, oder vertraglich festgelegt sein (Abs 10 Z 1 bis 3 leg cit).

### **2. Übermittlung von Gesundheitsdaten zwischen GDA via E-Mail (§ 27 Abs 12b GTelG 2012)**

Die Übermittlung von Gesundheitsdaten iSd Art 4 Z 15 DSGVO und genetischen Daten iSd Art 4 Z 13 DSGVO zwischen GDA darf nunmehr auch per E-Mail unter der Voraussetzung der vorherigen wechselseitigen Feststellung der Rollen bzw Identitäten (siehe bereits Abs 12a) erfolgen. Diese Übermittlung erfolgt kraft gesetzlicher Anordnung „ungeachtet des § 6“, sodass die dort geregelten strengen Vorgaben zur Sicherstellung der Vertraulichkeit bei der Übermittlung (gesicherte Netzwerke, Einrichtung von Protokollen und Verfahren zur vollständigen Verschlüsselung nach Maßgabe der GesundheitstelematikVO2013) grundsätzlich nicht zur Anwendung gelangen. Aufgrund des Verweises auf die „sinngemäße“ Anwendung von Abs 12 leg cit werden GDA jedoch nicht völlig von technischen und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen entbunden. So sind E-Mail-Zugänge vor unbefugtem Zugang und Gebrauch zu sichern (Abs 12 Z 1) sowie auf Aktualität zu überprüfen (Abs 12 Z 2). Automatische Weiterleitungen („forwarding“) von E-Mails auf E-Mail-Accounts außerhalb des Verfügungsbereichs des GDA sind unzulässig (Abs 12 Z 3). „Vom Gerät“ unterstützte Sicherheitsmaßnahmen sind zu nützen, zB Aktivierung des Lockscreens bei mobilen Geräten, standardmäßige Verschlüsselung der E-Mails (Abs 12 Z 4). Zudem ist sicherzustellen, dass Fernwartungsfunktionen des Endgeräts, wodurch ein Zugriff auf den E-Mail-Account ermöglicht wird, nur für die vereinbarte Dauer der Fernwartung aktiviert sind (Abs 12 Z 5). Fernwartungstools, die zu ihrer Ausführung keine Freigabe des Benutzers erfordern oder gar unerkannt im Hintergrund bleiben, sind demnach unzulässig.

### **3. Zumutbarkeitsvorbehalt (§ 27 Abs 13 GTelG 2012)**

Das Erfordernis, geeignete technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen, ergibt sich allgemein aus Art 32 DSGVO. Der 2. Abschnitt des GTelG 2012 enthält Bestimmungen zur Datensicherheit bei der elektronischen Übermittlung von Gesundheitsdaten (Art 4 Z 15 DSGVO) sowie genetischen Daten (Art 4 Z 13 DSGVO). Schon nach bisheriger Rechtslage konnten die erleichterten Bedingungen der Abs 10 sowie 12 nicht in Anspruch genommen werden, sofern die nach dem 2. Abschnitt erforderlichen Maßnahmen im Hinblick auf den Stand der Technik und die Implementierungskosten (Art 32 Abs 1 DSGVO) zumutbar sind. Im Hinblick auf die nunmehrige Ausweitung der vereinfachten Übermittlungen iSd Abs 12a und 12b wurde auch der Zumutbarkeitsvorbehalt angepasst. Abzustellen ist dabei auf die Verfügbarkeit der benötigten Hard- und/oder Software sowie die ökonomische Zumutbarkeit deren Anschaffung einschließlich der erforderlichen Schulungen und Wartungen (vgl IA 1308/A BlgNR 24.GP 3 zum wesensgleichen § 19 Abs 4 GTelG, BGBl I 179/2004 idF BGBl I 103/2010). Die Sicherstellung eines angemessenen Schutzniveaus der Daten iSd Art 32 DSGVO darf dabei keinesfalls unterlaufen werden.

### **4. Allseitige Wohltat der erleichterten Bedingungen für die Übermittlung (§ 27 Abs 14 GTelG 2012)**

Nach Abs 14 leg cit kommen die erleichterten Bedingungen bereits dann (für alle an der Übermittlung beteiligten GDA) zur Anwendung, wenn für zumindest einen der beteiligten GDA die jeweils erleichterten Bedingungen nach Abs 10 oder 12 bis 12b gelten. Wenn demnach einem GDA eine Übermittlung nur im Wege von Fax oder E-Mail möglich ist, muss dies auch den anderen beteiligten GDA möglich sein, da sonst die Übermittlung nicht straffrei möglich wäre (vgl IA 1308/A BlgNR 24.GP 3 zum wesensgleichen § 19 Abs 6 GTelG BGBl I 179/2004 idF BGBl I 103/2010).

### **5. Erleichterte Bedingungen für die Übermittlung von Gesundheitsdaten durch GDA an betroffene oder beauftragte Person (§ 27 Abs 14a GTelG 2012)**

Die erleichterten Bedingungen für die Übermittlung von Gesundheitsdaten (Art 4 Z 15 DSGVO) sowie genetischen Daten (Art 4 Z 13 DSGVO) durch einen GDA gem Abs 10 oder 12 bis 12b leg cit gelten nunmehr auch bei der Übermittlung an die betroffene Person selbst (den Patienten) oder an eine von ihr bekannt gegebene Person (zB Angehörige). Damit können Daten nunmehr direkt per Fax oder E-Mail an diese Personen übermittelt werden. Diese Bestimmung entbindet den GDA jedoch nicht von der

Einholung einer ausdrücklichen (im Idealfall schriftlichen) Einwilligungserklärung der betroffenen Person, wenn Daten an eine von ihr bekannt gegebene Person übermittelt werden sollen. Inhalt der Einwilligungserklärung ist die Übermittlung der Daten an einen Dritten, nicht jedoch die Herabsetzung technischer oder organisatorischer Maßnahmen. Diese sind einer Einwilligung nicht zugänglich (DSB 16.11.2018, DSB-D213.692/0001-DSB/2018).

#### **6. Erleichterte Bedingungen für die Identitätsprüfung (§ 27 Abs 14b GTelG 2012)**

Bereits nach alter Rechtslage kann für die Überprüfung der Identität betroffener Personen bei der Übermittlung von Gesundheitsdaten (Art 4 Z 15 DSGVO) oder genetischen Daten (Art 4 Z 13 DSGVO) außerhalb von ELGA der Patientenindex herangezogen werden. Im Rahmen von ELGA erfolgt die Überprüfung der Identität durch Abgleich der im Patientenindex gespeicherten Daten mit den nach Maßgabe von § 18 Abs 4 Z 1 bis 4 GTelG 2012 erhobenen Daten. Nunmehr darf die Überprüfung der Identität der betroffenen Personen inner- und außerhalb von ELGA (§ 4 Abs 3, § 18 Abs 4) anhand des Namens, der Sozialversicherungsnummer der betroffenen Person und der „geeignete[n] Identifikationskarten des e-card-Systems“ erfolgen. Damit wird im Ergebnis eine Identitätsfeststellung ohne physische Anwesenheit der betroffenen Person ermöglicht (arg Verweis auf die eigentlich systemwidrige, da im Kontext der Identifikation von ELGA-GDA stehende Bestimmung des § 19 Abs 2 Z 1 anstelle von § 18 Abs 4 Z 1). Eine Übermittlung von Gesundheitsdaten oder genetischen Daten an betroffene Personen oder an von ihnen bekannt gegebene Personen darf daher unter isolierter Betrachtung des Gesetzeswortlauts auch bei telefonischer Identitätsfeststellung durch Abgleich von Namen/Sozialversicherungsnummer und Identifikationsmerkmalen der E-Card erfolgen.

#### **7. Übermittlung von Verordnungen an Apotheken bei Widerspruch gegen ELGA-Teilnahme (§ 27 Abs 14c GTelG 2012)**

Im Fall eines gültigen Widerspruchs gegen die Teilnahme an ELGA dürfen Verordnungen (gemeint sind ua Rezepte) von einem GDA auch per Fax oder E-Mail an eine Apotheke übermittelt werden, die von der betroffenen Person selbst oder einer von ihr bekannt gegebenen Person benannt wurde.

#### **Einzelfragen**

**1. Ein Patient ersucht telefonisch um Übermittlung eines dringlichen Befunds per E-Mail. Seitens der Krankenanstalt wird er nach seinem Namen und seiner SV-Nummer (und seiner aktuellen E-Mail-Adresse) gefragt, um seine Identität abzuklären. Ist hier zusätzlich auch die Identitätskontrolle anhand der e-card erforderlich? Wenn ja, wie soll diese hier erfolgen?**

Nach § 27 Abs 14b GTelG 2012 soll die Überprüfung der Identität anhand des Namens und der Sozialversicherungsnummer der betroffenen Person „und gemäß § 19 Abs 2 Z 1“ (sohin „durch geeignete Identifikationskarten des e-card-Systems“) erfolgen. Inhalt der Bestimmung scheint offenbar zu sein, dass der GDA zunächst den Namen und die Sozialversicherungsnummer der betroffenen Person (fernelektronisch) zu erfragen hat, wobei diese abgefragten Daten im Anschluss mit den im e-card-System hinterlegten Daten der betroffenen Person abzugleichen sind. Abs 14b leg cit kann demnach wohl als Beschreibung eines nach dem Willen des Gesetzgebers zulässigen Prozesses der Identitätsfeststellung gewertet werden, der jedoch (wie alle Verarbeitungen im Anwendungsbereich der DSGVO) den (sonstigen) allgemeinen datenschutzrechtlichen Vorgaben zu entsprechen hat (inbs Art 32 DSGVO). Da der Gesetzgeber die Einhaltung des Art 32 DSGVO auch in Abs 13 leg cit zum Ausdruck bringt, kann ihm nicht unterstellt werden, dass er von dessen Einhaltung Abstand nehmen wollte. Der in § 27 Abs 14b GTelG 2012 beschriebene Vorgang ist daher als absolutes Mindestanforderung einer zulässigen Identitätsfeststellung im Kontext angemessener technischer und organisatorischer Maßnahmen iSd Art 32 DSGVO zu betrachten.

**2. Darf mein Apotheker meinem Nachbarn ein Medikament aushändigen, das für mich bestimmt ist? Was ist dafür erforderlich?**

Ja, dies ist zulässig. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass der Nachbar vom Patienten – im Idealfall schriftlich – damit beauftragt wurde. Ebenso ist es zulässig, dass der behandelnde Arzt dem Nachbarn das Rezept für den Patienten übermittelt. Auch dafür ist jedoch eine vorherige Ermächtigung durch den Patienten erforderlich.

**3. Wie sollte eine Übermittlung via E-Mail erfolgen?**

Nach § 27 Abs 12b GTelG 2012 sind die Bestimmungen für die Übermittlung per Fax gem Abs 12 leg cit „sinngemäß“ anzuwenden. Nach Abs 12 Z 4 leg cit sind „die vom Gerät unterstützten Sicherheitsmechanismen“ zu nützen. Unter sinngemäßer Anwendung sind – nicht zuletzt auch im Lichte der nach allgemeinem Datenschutzrecht vorgeschriebenen technischen und organisatorischen Maßnahmen (Art 32 DSGVO) – E-Mails jedenfalls zu verschlüsseln. Dabei sind „Bordmittel“ der eingesetzten E-Mail-Infrastruktur nur insoweit zulässig, als diese auch ein angemessenes Maß an Datensicherheit gewährleisten.

## **II. MASSNAHMEN DER EUROPÄISCHEN UNION ZUR EINDÄMMUNG VON COVID-19 IM ÜBERBLICK**

### **1. Welche Funktion hat die Europäische Kommission in der Krisenreaktion der EU?**

Die Europäische Kommission koordiniert die gemeinsamen Maßnahmen der Mitgliedsländer insb in ihrer Rolle als Exekutivorgan der EU. Sie hat zumeist ein Initiativmonopol bei der Rechtsetzung, sodass die aktuellen Sekundärrechtsaktvorschläge zur Bekämpfung der Auswirkungen des COVID-19 auf sie zurückzuführen sind. In Ausübung ihrer Kompetenzen im Bereich der Beihilfenkontrolle hat sie in Bezug auf die Vergabe staatlicher Beihilfen in der derzeitigen Notsituation zuletzt verstärkt Maßnahmen initiiert bzw gesetzt. In ihrer Mitteilung vom 13.03.2020 hat die Kommission ihr erstes Maßnahmenpaket vorgeschlagen (Mitteilung, Die koordinierte wirtschaftliche Reaktion auf die COVID-19-Pandemie, [COM\[2020\] 112 final](#)).

Die Europäische Union hat eingeschränkte Kompetenzen im Gesundheitsbereich (Art 168 AEUV), sodass ihr hierbei vor allem eine koordinierende Rolle zukommt und die Mitgliedstaaten primär hierfür zuständig sind.

### **2. Welche Maßnahmen hat die Europäische Union bisher ergriffen?**

#### **a. Mobilität**

##### **Außengrenzen der EU**

Die Europäische Kommission hat in ihrer Mitteilung vom 16.03.2020 eine vorübergehende Beschränkung von nicht unbedingt notwendigen Reisen in die EU vorgeschlagen und alle Staaten des Schengen-Raums haben dieser Maßnahme iRd Videokonferenz der Mitglieder des Europäischen Rates am 17.03.2020 zugestimmt. Die vorübergehende Reisebeschränkung wurde für 30 Tage angesetzt. Gemäß dem Schengener Grenzkodex ([VO \[EU\] 2016/399](#)) darf Drittstaatsangehörigen die Einreise in das Hoheitsgebiet der EU verweigert werden, wenn sie eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstellen (gem Art 6 iVm Art 14); die Entscheidung hierüber liegt beim jeweiligen Mitgliedstaat.

##### **Grenzkontrollen an den Binnengrenzen**

Eine vorübergehende Wiedereinführung von Grenzkontrollen an den Binnengrenzen ist gem Art 25 des Schengener Grenzkodex (VO [EU] 2016/399) gestattet, wenn dies aus Gründen der öffentlichen Ordnung oder der inneren Sicherheit gerechtfertigt ist. Es ist demnach zulässig, dass ein Mitgliedstaat in einer äußerst kritischen Situation, aufgrund des bestehenden Risikos einer ansteckenden Krankheit Kontrollen an den Binnengrenzen durchführt.

Mit den Leitlinien für die Wahrung der Freizügigkeit systemrelevanter Arbeitskräfte vom 30.03.2020 ([C\[2020\] 2050 final](#)) reagiert die Europäische Kommission auf die derzeit prekäre Situation von Grenzgängern wie etwa Pflegekräften und Saisonarbeitskräften, denen es möglich sein muss ihre Tätigkeit weiterhin auszuüben. Die Leitlinien enthalten eine nicht abschließende Aufzählung von Arbeitskräften, die systemrelevante Funktionen einnehmen.

Die Europäische Kommission hat ebenso Leitlinien zu Kontrollen an den Binnengrenzen veröffentlicht (COVID-19 Leitlinien für Grenzmanagementmaßnahmen zum Schutz der Gesundheit und zur Sicherstellung der Verfügbarkeit von Waren und wesentlichen Dienstleistungen [[ABI C 86I v 16.03.2020, 1](#)]).

#### **b. Freier Warenverkehr**

##### **Green-Lanes für Güterfahrzeuge**

Mitteilung über die Umsetzung sogenannter „Green Lanes“ iRd Leitlinien für Grenzmanagementmaßnahmen zum Schutz der Gesundheit und zur Sicherstellung der Verfügbarkeit von Waren und wesentlichen Dienstleistungen ([ABI C 96I v 24.03.2020, 1](#)).

## **Beschreibung der Maßnahme**

Damit der freie Warenverkehr trotz verstärkter Gesundheitskontrollen an den Binnengrenzen weiterhin gewährleistet ist, hat die Europäische Kommission in ihrer Mitteilung alle Mitgliedstaaten dazu aufgefordert, an den relevanten Übergangsstellen an Binnengrenzen innerhalb des transeuropäischen Verkehrsnetzes (TEN-V-Netz) sog. „grüne Korridore“ (Green Lanes) zu errichten. Derartige Green-Lane-Übergangsstellen sind für alle Güterfahrzeuge, unabhängig welche Ware sie mitführen, offen und die Kontrollen (inklusive Gesundheitsüberprüfung) sollten nicht länger als 15 Minuten in Anspruch nehmen.

## **Luftfracht**

Der Luftfrachtbetrieb ist insb für die Beförderung von medizinischen Hilfsgütern weiterhin von großer Bedeutung. Die Europäische Kommission hat Leitlinien zur Erleichterung des Luftfrachtbetriebs während des COVID-19-Ausbruchs erlassen ([ABI C 100 I v 27.03.2020, 1](#)).

## **c. Gesundheit**

### **Maßnahmen, um Engpässen bei Medizinprodukten und Schutzausrüstung entgegenzuwirken**

Die EU erleichtert die Herstellung und das Inverkehrbringen von Medizinprodukten.

Um Engpässen bei Schutzausrüstungen entgegenzuwirken, wurde beschlossen, interessierten Unternehmen den Zugang zu allen einschlägigen harmonisierten europäischen Normen kostenlos bereitzustellen. Hierdurch soll eine rasche Herstellung von Produkten gemäß den europäischen Gesundheits- und Sicherheitsstandards ermöglicht werden. Die Standards können [hier](#) frei heruntergeladen werden.

Damit Medizinprodukte, wie zB medizinische Geräte und Schutzausrüstungen wie Masken und Textilien für den klinischen Bereich, rascher in Verkehr gebracht werden können, hat die Europäische Kommission [Durchführungsbeschlüsse](#) über neue harmonisierte Normen angenommen. Ziel ist ein rascheres und kostengünstiges Konformitätsbewertungsverfahren.

In ihrer [Empfehlung \(EU\) 2020/403](#) vom 13.03.2020 über Konformitätsbewertungs- und Marktüberwachungsverfahren im Kontext der COVID-19-Bedrohung legt die Europäische Kommission zwei Szenarien fest, in denen es gestattet sein soll, Produkte in Verkehr zu bringen, obwohl die Konformitätsbewertungsverfahren noch nicht vollständig beendet sind.

Die Europäische Kommission bietet außerdem seit 30.03.2020 zusätzliches und laufend aktualisiertes Informationsmaterial für Hersteller an, sodass die Produktion von Masken und anderen Schutzausrüstungen, Desinfektionsmitteln und 3D-Druckern gesteigert werden kann.

Weitere Informationen [hier](#).

### **Inkrafttreten der neuen Medizinprodukte-Verordnung soll verschoben werden**

Die Medizinprodukte-Verordnung (MDR) sollte ursprünglich bereits im Mai 2020 Anwendung finden. Diese Verordnung sieht ua neue einheitliche und strengere Vorgaben für sog Benannte Stellen bei der Zertifizierung von Medizinprodukten vor. Die Europäische Kommission schlägt zur Vermeidung von Lieferengpässen aufgrund der verschärften Vorgaben der Verordnung eine Verschiebung des Inkrafttretens der Verordnung (ein Jahr) vor und wird ihren Vorschlag bis Anfang April ausarbeiten und sodann dem Rat der EU und dem Europäischen Parlament vorlegen ([Pressekonferenz](#) zur MDR).

### **Exportbeschränkung für Schutzausrüstung**

Durchführungsverordnung (EU) 2020/402 der Kommission vom 14.03.2020 über die Einführung der Verpflichtung zur Vorlage einer Ausfuhrgenehmigung bei der Ausfuhr bestimmter Produkte ([ABI L 771 v 15.03.2020, 1](#)).

Durchführungsverordnung (EU) 2020/426 der Kommission vom 19.03.2020 zur Änderung der Durchführungsverordnung (EU) 2020/402 über die Einführung der Verpflichtung zur Vorlage einer Ausfuhrgenehmigung bei der Ausfuhr bestimmter Produkte ([ABI L 84 I v 20.03.2020, 1](#)).

## **Beschreibung der Maßnahme**

Die Ausfuhr von persönlicher Schutzausrüstung (PSA) in Drittstaaten wurde von der Europäischen Kommission einer Genehmigungspflicht unterstellt (Norwegen, Island, Liechtenstein und die Schweiz sind ausgenommen). Hierfür wurden Durchführungsleitlinien von der Kommission veröffentlicht ([ABI C 911 v 20.03.2020, 10](#)).

### **Vorrat an medizinischer Ausrüstung**

Durchführungsbeschluss (EU) 2020/414 der Kommission vom 19.03.2020 zur Änderung des Durchführungsbeschlusses (EU) 2019/570 hinsichtlich der rescEU-Kapazitäten für die medizinische Bevorratung ([ABI L 82I v 19.03.2020, 1](#)).

### **Beschreibung der Maßnahme**

Die Europäische Kommission hat eine gemeinsame strategische Vorratshaltung der EU für Medizinprodukte beschlossen (rescEU-Reserve) und wird die Kosten hierfür zu 90 % tragen. Die Verteilung der Ausrüstung wird ebenso von der Kommission organisiert (Zentrum für die Koordination von Notfallmaßnahmen – ERCC).

Die Europäische Kommission plant in ihrem Entwurf eines Berichtigungshaushaltsplans, das Budget für die rescEU-Reserve massiv aufzustocken (weitere Informationen [hier](#)).

## **d. Wirtschaft**

### **Beihilfenrechtliche Maßnahmen**

Mitteilung der Kommission Befristeter Rahmen für staatliche Beihilfen zur Stützung der Wirtschaft angesichts des derzeitigen Ausbruchs von COVID-19 ([ABI C 91I v 20.03.2020, 1](#)).

### **Rechtsgrundlage**

Insb Art 107 Abs 3 lit b AEUV

### **Beschreibung der Maßnahme**

Die Europäische Kommission hat einen Befristeten Rahmen für staatliche Beihilfen angenommen. Ziel ist es, damit den Spielraum, welchen die EU-Beihilfe-Vorschriften gewähren, in vollem Umfang auszuschöpfen, sodass die Wirtschaft der Mitgliedstaaten unterstützt wird. Diese Regelung soll ermöglichen, dass Mitgliedstaaten Unternehmen jeglicher Größe eine gezielte öffentliche Unterstützung gewähren. Möglich ist dies aufgrund der Bestimmung in Art 107 Abs 3 lit b AEUV. Diese erlaubt, dass die Kommission eine Beihilfe für mit dem Binnenmarkt vereinbar erklärt, wenn eine solche zur „*Behebung einer beträchtlichen Störung im Wirtschaftsleben eines Mitgliedstaats*“ beiträgt. Für die Europäische Kommission stellt der Ausbruch der COVID-19 ein außergewöhnliches Ereignis dar, welches sich erheblich auf die Wirtschaft auswirkt.

Mitgliedstaaten ist es nun möglich, folgende befristete Beihilfemaßnahmen vorzunehmen:

- > Beihilfen in Form von direkten Zuschüssen, rückzahlbaren Vorschüssen oder Steuervorteilen (bis max € 800.000,--)
- > Beihilfen in Form von Garantien für Darlehen
- > Beihilfen in Form von Zinszuschüssen für Darlehen
- > Kurzfristige Exportkreditversicherungen
- > Beihilfen in Form von Garantien und Darlehen über Kreditinstitute oder andere Finanzintermediäre

### **Ab wann können die Mitgliedstaaten Maßnahmen anmelden?**

Die Bestimmungen dieser Mitteilung werden ab 19.03.2020 auf alle einschlägigen angemeldeten Maßnahmen angewendet, selbst wenn die betreffenden Maßnahmen vor diesem Datum bereits gemeldet wurden. Es wurden in den letzten Tagen bereits eine große Anzahl nationaler Beihilfenregelungen genehmigt, welche auf Grundlage des Befristeten Rahmens für staatliche Beihilfen erlassen wurden. Die Beschlüsse zur Genehmigung einer Beihilfe sind im Beihilfenregister der Generaldirektion Wettbewerb der Europäischen Kommission zugänglich ([Beihilfenregister](#)).

### **Erweiterung des Befristeten Rahmens in Planung**

Die Europäische Kommission hat am 27.03.2020 vorgeschlagen, den Befristeten Rahmen um zusätzliche Fördermöglichkeiten zu erweitern, die Mitgliedstaaten haben nun Zeit, hierzu Stellung zu nehmen, sodass die Europäische Kommission bereits nächste Woche den geänderten befristeten Rahmen in Kraft setzen kann (weitere Informationen [hier](#)).

### **Investitionsinitiative zur Bewältigung der Coronavirus-Krise**

Verordnung (EU) 2020/460 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. März 2020 zur Änderung der Verordnungen (EU) 1301/2013, (EU) 1303/2013 und (EU) 508/2014 im Hinblick auf besondere Maßnahmen zur Mobilisierung von Investitionen in die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten und in andere Sektoren von deren Volkswirtschaften zur Bewältigung des COVID-19-Ausbruchs (Investitionsinitiative zur Bewältigung der Coronavirus-Krise) ([ABI L 99 v 31.3.2020, 5](#)).

### **Rechtsgrundlagen**

Art 43 Abs 2 AEUV, Art 177 AEUV, Art 178 AEUV

### **Beschreibung der Maßnahme**

Die Verordnung sieht insb eine Unterstützung für folgende Bereiche vor: Gesundheitssysteme, KMU, Arbeitsmärkte und andere schutzbedürftige Teile der Wirtschaft. Ziel der Maßnahme ist die Förderung von Investitionen durch die Bereitstellung von verfügbaren Liquiditätsreserven im Rahmen der europäischen Struktur- und Investitionsfonds. Die Investitionsinitiative soll insgesamt € 37 Mrd umfassen; hierzu musste der bisher bestehende Rechtsrahmen für die Kohäsionspolitik (bzw Strukturfonds) der EU angepasst werden. Die Verordnung erlaubt den Mitgliedstaaten die von ihnen nicht in Anspruch genommenen Mittel aus Vorfinanzierungen iRd europäischen Struktur- und Investitionsfonds nicht zurückzahlen, wodurch den Mitgliedstaaten direkt liquide Mittel iHv von € 8 Mrd zur Verfügung stehen. Der restliche Teil des Gesamtbetrags iHv € 29 Mrd wird vorzeitig aus Mittelzuweisungen ausgezahlt. Zudem dürfen die Mitgliedsländer Mittel aus den kohäsionspolitischen Programmen umlenken, sodass sie es in jenen Bereichen einsetzen können, wo es am wichtigsten ist.

Kritiker bemängeln an dieser Sofortmaßnahme, dass die Finanzmittel nicht aus einem separaten Fonds für derartige Notsituationen stammen, sondern Mittel des EU-Budgets „umgelenkt“ werden, dh vorhandene Haushaltsmittel werden mobilisiert.

### **Ausweitung des EU-Solidaritätsfonds**

Verordnung (EU) 2020/461 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30.03.2020 zur Änderung der Verordnung (EG) 2012/2002 des Rates zur finanziellen Unterstützung von Mitgliedstaaten und von Ländern, die ihren Beitritt zur Union verhandeln und die von einer Notlage größeren Ausmaßes im Bereich der öffentlichen Gesundheit schwer betroffen sind ([ABI L 99 v 31.03.2020, 9](#)).

### **Rechtsgrundlagen**

Art 175 Abs 3 AEUV, Art 212 Abs 2, Art 294 AEUV.

### **Beschreibung der Maßnahme**

Die Maßnahme richtet sich insb an von COVID-19 am stärksten betroffene Mitgliedsländer. Die Förderung erfolgt in Form eines Finanzbeitrags für Hilfs- und Wiederaufbaumaßnahmen. Ursprünglich wurde der Solidaritätsfonds der Europäischen Union (EUSF) geschaffen, um den Mitgliedstaaten (und Beitrittsländern) im Falle von großen Naturkatastrophen (zB Stürme, Überschwemmungen, Erdbeben, Waldbrände) Hilfe zu leisten. In seiner derzeitigen Ausgestaltung liegen ausschließlich Naturkatastrophen, die materielle Schäden hervorrufen, im Anwendungsbereich des EUSF. Durch die neue Verordnung soll der Anwendungsbereich des EUSF ebenso auf Notlagen im Bereich der öffentlichen Gesundheit (medizinischer Art) und zur Eindämmung der Verbreitung von Infektionskrankheiten ausgedehnt werden. Außerdem werden die Vorschusszahlungen für Katastrophen aller Kategorien auf 25 % des veranschlagten EUSF-Beitrags erhöht und die Gesamtmittelausstattung für Vorschüsse aus dem EUSF im Jahreshaushalt von € 50 Mio auf € 100 Mio aufgestockt. Insgesamt sollen so die betroffenen Mitgliedsländer eine zusätzliche Hilfe iHv € 800 Mio erhalten. Die Gewährung einer Unterstützung erfolgt nach wie vor nach dem derzeitigen Verfahren, dh die Unterstützung erfolgt auf Antrag eines Mitgliedstaates und wird von Fall zu Fall entschieden.

### **Neuer Vorschlag für den EU-Haushaltsplan (2021-2027)**

Entwurf eines Berichtigungshaushaltsplans (27.03.2020), [COM\(2020\)145 final](#).

### **Beschreibung der Maßnahme**

*Von der Leyen* kündigt die Änderung des Vorschlags der Europäischen Kommission für den EU-Haushaltsplan (langfristigen Haushaltsrahmen 2021-2027) an. Hierbei soll eine Neuzuweisung von EU-Ausgaben erfolgen, sodass COVID-19-Gegenmaßnahmen gesichert sind.

### **Allgemeine Ausweichklausel des Stabilitäts- und Wachstumspakts (SWP) aktiviert**

Der Rat der EU hat die von der Europäischen Kommission vorgeschlagene Aktivierung der Ausweichklausel des SWP bereits gebilligt, es bedarf noch eines schriftlichen formalen Verfahrens. Hierdurch werden die Regeln der EU hinsichtlich der Schulden- und der Haushaltsdefizite ausgesetzt. Der SWP sieht vor, dass das jährliche Haushaltsdefizit max 3 % des BIP und der Schuldenstand max 60 % des BIP ergeben dürfen. Die Ausweichklausel wurde seit ihrer Aufnahme in den SWP im Jahre 2011 bisher noch nie aktiviert.

Siehe hierzu ebenso: Mitteilung der Europäischen Kommission an den Rat über die Aktivierung der allgemeinen Ausweichklausel des Stabilitäts- und Wachstumspakts ([COM\[2020\]123 final](#)).

### **Maßnahmenpaket der EIB-Gruppe**

Europäische Investitionsbank (EIB) und der Europäische Investitionsfonds (EIF), schlägt ein Finanzpaket vor, das bis zu € 40 Mrd bereitstellen soll. Die Maßnahmen umfassen ua spezielle Garantiesysteme für Banken, ausgewiesene Liquiditätslinien an Banken und spezielle Kaufprogramme für Asset-Backed Securities (ABS).

Weitere Informationen [hier](#).

### **Maßnahmen der Europäischen Zentralbank**

Beschluss (EU) 2020/440 der Europäischen Zentralbank vom 24.03.2020 zu einem zeitlich befristeten Pandemie-Notfallankaufprogramm ([ABI L 91 v 25.03.2020, 1](#)).

Beschluss (EU) 2020/441 der Europäischen Zentralbank vom 24.03.2020 zur Änderung des Beschlusses (EU) 2016/948 der Europäischen Zentralbank zur Umsetzung des Programms zum Ankauf von Wertpapieren des Unternehmenssektors ([ABI L 91 v 25.03.2020, 5](#)).

### **Beschreibung der Maßnahme**

Die EZB hat ua ein zeitlich befristetes Pandemie-Notfallankaufprogramm von Staatsanleihen im Gesamtvolumen von € 750 Mrd beschlossen (Pandemic Emergency Purchase Programme [PEPP]).

Weitere Informationen [hier](#).

### **Maßnahmen der Europäischen Bankenaufsicht (EBA/SSM)**

Der eigentlich für 2020 vorgesehene Stresstest für Banken wird auf 2021 verschoben.

Weitere Informationen zu dem Maßnahmenpaket der EBA/SSM für Banken [hier](#).

### **Neue Leitlinien für die Überprüfung ausländischer Direktinvestitionen**

Die Europäische Kommission möchte durch diese Leitlinien einen „Ausverkauf“ strategischer Unternehmen verhindern. Damit sollen vor allem in Sektoren wie zB Gesundheit, medizinische Forschung, Biotechnologie und Infrastruktur Unternehmen und kritische Vermögenswerte in der EU gehalten werden.

Weitere Informationen [hier](#).

### **Maßnahmen der Europäischen Wertpapier- und Marktaufsichtsbehörde (ESMA)**

Die ESMA empfiehlt in ihrer [Stellungnahme](#), dass verspätete Finanzberichte kurzfristig und aufgrund der COVID-19-Krise von den nationalen Aufsichtsbehörden (National Competent Authorities [NCAs]) nicht verfolgt werden.

### **Einsatz des ESM (Euro-Rettungsschirm)**

Der Europäische Stabilitätsmechanismus, durch völkerrechtlichen Vertrag (2012) als internationale Finanzierungsinstitutionen mit Sitz in Luxemburg gegründet, hat den Zweck Finanzmittel zu mobilisieren, um diese in finanzielle Nöte geratenen Mitgliedstaaten (der Eurozone) zur Verfügung zu stellen. Die Mittel werden unter strengen wirtschaftspolitischen Auflagen ausgegeben. Es wird derzeit noch diskutiert, ob oder in welcher Weise der ESM in der Corona-Krise eine Rolle spielen soll bzw wird.



### **Einsatz von sogenannten „Corona-Bonds“ (Eurobonds)**

Bei den derzeit viel diskutierten „Corona-Bonds“ (Eurobonds) handelt es sich um gemeinsame Anleihen der Staaten der Eurozone, um besonders von der Corona-Krise betroffene Staaten finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen. Ob Corona-Bonds ausbezahlt werden sollen, ist derzeit auf Ebene der EU strittig und wird aktuell geprüft.

Weitere Informationen [hier](#).

## **e. Weitere Maßnahmen**

### **Passagierrechte**

Bekanntmachung der Kommission, Auslegungsleitlinien zu den EU-Verordnungen über Passagierrechte vor dem Hintergrund der sich entwickelnden Situation im Zusammenhang mit COVID-19 ([C\[2020\] 1830 final](#)).

### **Beschreibung der Maßnahme**

Um eine kohärente Anwendung bestimmter Bestimmungen in den Verordnungen über Fahr- und Fluggastrechte sicherzustellen, hat die Europäische Kommission Auslegungsleitlinien zu den diesbezüglichen EU-Vorschriften veröffentlicht.

### **Rückholflüge im Rahmen des EU-Katastrophenschutzverfahrens**

Die Europäische Kommission stellt eine Unterstützung bei der Organisation von Rückholmaßnahmen bzw Rückholflügen für Unionsbürger zur Verfügung, wobei auch Transportkosten bis zu 75 % finanziert werden können. Auch Drittstaatsangehörige sind von der Maßnahme umfasst.

Die Europäische Kommission plant in ihrem Entwurf eines Berichtigungshaushaltsplans das Budget für Rückholflüge massiv aufzustocken (Infos hierzu [hier](#)).

Weitere Informationen [hier](#) und [hier](#).

### **Vermeidung von „Geisterflügen“ – Lockerung der EU-Zeitnischenverordnung**

Verordnung (EU) 2020/459 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30.03.2020 zur Änderung der Verordnung (EWG) 95/93 des Rates über gemeinsame Regeln für die Zuweisung von Zeitnischen auf Flughäfen in der Gemeinschaft ([ABI L 99 v 31.03.2020, 1](#)).

### **Beschreibung der Maßnahme**

Es wurde eine Änderung der EU-Zeitnischenverordnung ([EWG] 95/93) beschlossen, um Fluggesellschaften zu unterstützen. Die bisherige Verordnung sah eine Verpflichtung von Fluggesellschaften zur Nutzung der Zeitnischen an den Flughäfen (mind 80 %), bei sonstigem Verlust in der künftigen Saison, vor. Diese Regelung wurde nun gelockert und die Ausnahmebestimmung gilt vorerst von 01.03.2020 bis 25.10.2020; als Beginn der Geltungsdauer wurde der 23.01.2020 bestimmt.

### **Gibt es eine offizielle Reaktion der Europäischen Kommission zu dem Corona-Notstandsgesetz in Ungarn?**

Kommissionspräsidentin *Von der Leyen* hat am 31.03.2020 eine [Stellungnahme](#) zu den Corona-Notstandsmaßnahmen in den Mitgliedstaaten veröffentlicht. Darin stellt sie klar, dass nationale Notstandsmaßnahmen auf das Notwendige begrenzt und strikt verhältnismäßig sein müssen. Außerdem dürfen diese nicht unbegrenzt andauern. *„It is of utmost importance that emergency measures are not at the expense of our fundamental principles and values as set out in the Treaties.“* *Von der Leyen* bezieht sich in ihrer Erklärung nicht explizit auf das jüngst beschlossene ungarische Notstandsgesetz.

Ein Kommissionssprecher gab den Medien zudem bekannt, dass die Europäische Kommission über nationale Notstandsmaßnahmen am 01.04.2020 beraten werde.

Der Ausschuss für bürgerliche Freiheiten des Europäischen Parlaments zeigte sich bereits am 24.03.2020 in einer Pressemeldung äußerst besorgt über die Ausweitung des „Gefahrenzustands“ in Ungarn und forderte die Europäische Kommission auf, die Maßnahmen der Regierung auf deren Vereinbarkeit mit den Werten der Europäischen Union (Art 2 EUV) zu prüfen.

Weitere Informationen [hier](#) und [hier](#).

## [Newsletter ÖER Aktuell kostenlos abonnieren](#)

### **DISCLAIMER**

**COVID-19: Aktuelle Rechtsfragen:** Die Sonderausgabe ist eine rechtswissenschaftliche Publikation. Weder die Johannes Kepler Universität noch die/der jeweilige AutorIn (BearbeiterIn) übernehmen für die Richtigkeit, Aktualität, Vollständigkeit und Verfügbarkeit der darin enthalten Aussagen und Informationen eine Gewährleistung oder Haftung welcher Art auch immer. Insbesondere können aus der Verwendung der in der Publikation enthaltenen Informationen keine Rechtsansprüche begründet werden. Sie können keine umfassende rechtliche Beratung ersetzen.

### **IMPRESSUM**

**Herausgeber/Medieninhaber:** Institut für Europarecht, Institut für Verwaltungsrecht und Verwaltungslehre, Johannes Kepler Universität Linz, Altenberger Straße 69, A-4040 Linz.

**Redaktion der Sonderausgabe:** Univ.-Ass.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Sarah Heimpl.