

An das
BMSGPK -
Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
zH Sektion II/A/9
Stubenring 1
1010 Wien

Wien, 02.05.2023

Betrifft: Stellungnahme der Initiative Gesundes Österreich (IGÖ) zum Ministerialentwurf betreffend Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über Zweckzuschüsse an Länder und Gemeinden für die Durchführung der Corona-Schutzimpfung (COVID-19-Impffinanzierungsgesetz) und ein Bundesgesetz, mit dem Übergangsbestimmungen für das COVID-19-Maßnahmengesetz getroffen werden, erlassen und das Epidemiegesetz 1950, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Apothekengesetz, das Arzneimittelgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Psychotherapiegesetz und das Sanitättergesetz geändert werden (COVID-19-Überführungsgesetz); GZ: 2023-0.217.288.

Die Initiative Gesundes Österreich (IGÖ) beehrt sich, Stellungnahme zum Ministerialentwurf eines COVID-19-Impffinanzierungsgesetzes und COVID-19-Überführungsgesetzes (261/ME) binnen offener – und gem § 9 Abs 3 WFA- Grundsatz-Verordnung zu kurz angesetzter – Frist aus Sicht einer Institution, die den Menschen, seine Gesundheit und sein Wohlergehen in den Mittelpunkt stellt und die Prävention von übertragbaren Krankheiten unter Einsatz präventiver Maßnahmen wie saubere Luft in Innenräumen bezweckt, abzugeben.

Zusammenfassend stellen sich die Eckpunkte der Stellungnahme wie folgt dar:

1. Ablehnung der rechtlichen Gleichbehandlung von SARS-CoV-2 mit anderen nicht meldepflichtigen respiratorischen Krankheiten;
2. Bedenken gegen die Regelung zur Finanzierung des Impfschutzes im Rahmen eines befristeten Zweckzuschussgesetzes, die im Widerspruch zur beabsichtigten Dauerregelung steht;
3. Bedenken gegen das Außerkrafttreten des COVID-19-Maßnahmengesetzes, insb der Verunmöglichung, Maßnahmen gegen die Verbreitung festlegen zu können;

4. Bedenken gegen inhaltliche und rechtstechnische Änderungen des Epidemiegesetzes 1950, insb der praktischen Durchführbarkeit von Meldungen zu nicht meldepflichtigen Erkrankungen;
5. Ablehnung des Entfalls des Freistellungs- oder Home Office-Anspruches für Risikogruppen in den sozialversicherungsrechtlichen Regelungen wegen Unzumutbarkeit mangels alternativer, geeigneter Schutzmaßnahmen;
6. Ablehnung der Einschränkung von Testungen auf COVID-19 auf ausschließlich symptomatische Personen, die für eine Inanspruchnahme der bislang zur Verfügung stehenden Heilbehelfe geeignet sind, auch unter dem Aspekt, dass eine nachgewiesene Infektion Voraussetzung für korrekte Diagnostik und weiterführende Behandlung darstellt;
7. Ersuchen um Sicherstellung der Kostentragung für Heilmittel bei der Behandlung von COVID-19 sowie Impfungen gegen SARS-CoV-2.

Im Sinne eines nachhaltig verstandenen Public Health Managements zum Schutz der Gesundheit der Allgemeinbevölkerung wird daher dringend ersucht, die geäußerten Bedenken zur Kenntnis zu nehmen und entsprechende Änderungen in diesem Sinne am Gesetzesentwurf vorzunehmen, insbesondere jene Anregungen die sich auf den Schutz der Gesundheit der Allgemeinbevölkerung beziehen.

Zu Zielen, Inhalt und Hauptgesichtspunkten gemäß Kurzinformation zum Ministerialentwurf sowie Wirkungsorientierter Folgenabschätzung wird wie folgt angemerkt:

Die IGÖ begrüßt die verfolgten Ziele der Sicherstellung der Finanzierung für COVID-19-Impfungen, von COVID-19-Tests für die Feststellung einer Infektion mit SARS-CoV-2, die Verschreibungsmöglichkeiten von Heilmitteln und dem Bestehen von Früherkennungs- und Überwachungssystemen unter angemessenem Umgang mit Bundesmitteln dem Grunde nach.

Es ist eingangs jedoch festzuhalten, dass das Ziel der „*rechtlichen Gleichbehandlung von SARS-CoV-2 mit anderen nicht meldepflichtigen respiratorischen Krankheiten*“ nicht nachvollzogen werden kann und dagegen gewichtige Bedenken bestehen, wie im Folgenden unter Vorgriff auf Gesetzestext und Materialien inhaltlich erläutert wird.

Weiters muss darauf hingewiesen werden, dass die Gesamtbelastung durch respiratorisch übertragene Erkrankungen eine viel höhere ist als noch vor der Pandemie. Eine Gleichbehandlung von SARS-CoV-2 mit anderen nicht meldepflichtigen Krankheiten ist unter den aktuellen Voraussetzungen nicht adäquat.

Darüber hinaus wird vorweggenommen, dass es sich bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 eben nicht um eine respiratorische Erkrankung handelt, sondern laut einer Vielzahl an Studien um eine Multisystemerkrankung, die respiratorisch übertragen wird (vgl zB Novak et al, Multisystem Involvement in Post-Acute Sequelae of Coronavirus Disease 19, 2022; DOI: 10.1002/ana.26286).

Obschon eine Überführung des rechtlichen Sonderregimes für SARS-CoV-2 in Regelstrukturen und Dauerrecht durch das Andauern der Pandemie als grundsätzlich nachvollziehbar gesehen wird, so dürfen diese Anpassungen nicht die wissenschaftlichen

Erkenntnisse und gesundheitlichen, gesellschaftlichen sowie wirtschaftlichen Auswirkungen außer Acht lassen, indem die Meldepflicht abgeschafft und somit die Möglichkeit der Ergreifung von Maßnahmen erschwert bzw. verunmöglicht wird.

In der Wirkungsorientierten Folgenabschätzung wird als Begründung des obgenannten Ziels der rechtlichen Gleichbehandlung angeführt:

„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. Da dieses Risiko vergleichbar mit jenem ist, das andere, nicht-anzeigepflichtige übertragbare respiratorische Krankheiten mit sich bringen, soll SARS-CoV-2 mit diesen rechtlich gleich behandelt werden.“

Als Quelle dazu wird in der Problemanalyse angegeben:

„In die Abschätzung ist eine aktuelle Einschätzung des European Centre for Disease Prevention and Control zur derzeit dominanten Omikron[sic!]-Virusvariante XBB.1.5 vom 13.01.2023 eingeflossen. Diese Einschätzung stützt die Annahme, dass SARS-CoV-2 rechtlich wie andere nicht-meldepflichtigen Infektionskrankheiten zu behandeln ist. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-threat-assessment-brief-implications-spread-omicron-xbb>“

Die erläuternden Bemerkungen argumentieren ebenfalls unter Rückgriff auf obzitierte Quelle:

„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 in der Bevölkerung und die damit verbundenen milden Krankheitsverläufe führen nunmehr zu einem weitaus geringeren Risiko für die Gesundheit der Allgemeinbevölkerung und für das Gesundheitssystem [...]. Vor diesem Hintergrund ist die rechtliche Sonderstellung von SARS-CoV-2 im Vergleich zu anderen nicht meldepflichtigen übertragbaren respiratorischen Krankheiten nicht mehr angemessen.“

Die Argumentation des Gesetzgebers beruht auf einer „non sequitur“ Schlussfolgerung. Die bisher bekannten Subvarianten der Omikron-Variante mögen weniger bedrohlich sein als die Delta-Variante, aber eine geringere Bedrohlichkeit bedeutet im Umkehrschluss weder, dass keinerlei Bedrohungslage vorhanden ist, noch dass diese in signifikantem Ausmaß - insbesondere für potentielle und noch nicht ausreichend erforschte oder therapierbare Langzeitfolgen - gesunken ist.

Die vom Gesetzgeber referenzierte Abschätzung bietet *keine* fundierte Grundlage für eine Planung über 2-3 Monate hinaus, da es sich bei der referenzierten ECDC-Abschätzung um eine kurzfristige Abschätzung bezüglich einer möglichen Welle mit der XBB.1.5-Variante handelt. Wie das ECDC in seinem aktuellen Report zu Woche 17 festhält, abrufbar unter <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-report-23-29-april-2023-week-17> waren die letzten 12 Monate seit dem ersten Omikron-Ausbruch durch periodische Infektionswellen alle 2-3 Monate gekennzeichnet. Insofern ist die Grundlage für eine auf Dauerhaftigkeit angelegte Überführung der rechtlichen Behandlung von COVID-19 nicht gegeben.

Die im Gesetzesentwurf zitierte ECDC Risikobewertung weist auch dezidiert auf ein relevantes bzw. sogar teilweise hohes Risiko für vulnerable Menschen in der XBB.1.5-Welle hin. Dies ist insbesondere in Kombination mit den in Österreich niedrigen Impf- bzw. Auffrischungsraten zu sehen, auch in hochaltrigen Gruppen.

Das Heranziehen der ECDC-Publikationen begründet somit die rechtliche Gleichbehandlung von COVID-19 ausdrücklich nicht.

Überdies handelt es sich bei der in dieser Publikation ins Treffen geführten XBB.1.5 lediglich um eine Subvariante der weltweit dominanten Omikron-Variante, die von anderen Subvarianten hinsichtlich Infektiosität und Immunevasion abweichen kann. Auch nicht außer Acht gelassen werden darf, dass durch neue Subvarianten die Grundimmunität der Bevölkerung unterlaufen wird, die durch sinkende Impfquoten nicht dauerhaft und in der nötigen Breite aufrechterhalten werden kann - nach aktuellem Stand hat lediglich 18,8% der Bevölkerung zumindest eine Auffrischungsimpfung nach voller Grundimmunisierung mit drei Impfdosen erhalten (Coronavirus in Österreich: Aktuelle Daten, Zahlen und Grafiken zu Covid-19 - Infopoint Coronavirus - ORF.at - <https://orf.at/corona/daten/impfung> auf Basis BMSGPK, Österreichisches COVID-19 Open-Data-Informationportal).

Wissenschaftlicher Konsens ist, dass auch die Omikron-Varianten signifikant gefährlicher als Influenza sind. Dafür lassen sich u.a. als Belege anführen:

- Tso, W. W. Y., Kwan, M. Y. W., Wang, Y. L. et al. (2022) vergleichen die Infektionsschwere von Omikron bei ungeimpften Kindern mit Influenza und Parainfluenza in Hongkong. Omikron-Infektionen stellen ein signifikant höheres Risiko für Kinder-Intensivstationsaufenthalte oder neurologische Komplikationen als andere respiratorisch übertragenen Erkrankungen dar.
Tso, Winnie W Y et al. Severity of SARS-CoV-2 Omicron BA.2 infection in unvaccinated hospitalized children: comparison to influenza and parainfluenza infections. *Emerging microbes & infections* vol. 11,1 (2022): 1742-1750. doi:10.1080/22221751.2022.2093135
- Portmann L, de Kraker MEA, Fröhlich G, et al. (2023) stellen eine höhere Mortalität bei Hospitalisierten mit Omikron im Vergleich zur Influenza in der Schweiz fest.
Portmann L, de Kraker MEA, Fröhlich G, et al. Hospital Outcomes of Community-Acquired SARS-CoV-2 Omicron Variant Infection Compared With Influenza Infection in Switzerland. *JAMA Netw Open*. 2023;6(2):e2255599. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.55599

Eine Gleichbehandlung von COVID-19 mit anderen, nicht meldepflichtigen Krankheiten erscheint somit aufgrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Krankheitsschwere von Omikron nicht angebracht, weshalb auch aus Gründen des Gleichheitssatzes ausdrücklich Einwand erhoben wird, da dieser es verbietet, Ungleiches unsachlicher Weise gleich zu behandeln. Die Behauptung, dass die Sonderstellung von SARS-CoV-2 im Vergleich zu anderen nicht meldepflichtigen übertragbaren (respiratorischen) Krankheiten nicht mehr angemessen ist, lässt sich vom Gesetzgeber nicht belegen und verfängt daher nicht.

Im Detail darf zu bestimmten, einzelnen Gesetzesstellen wie folgt ausgeführt werden:

Zu Artikel 1 (COVID-19-Impffinanzierungsgesetz):

Wenn der Gesetzgeber erläutert, dass “[d]ie Corona-Schutzimpfung sich als wirkungsvolles Instrument zur Bekämpfung von schweren Verläufen von COVID-19 und damit zur bestmöglichen Eindämmung krankheitsbedingter Folgeschäden erwiesen [hat]”, so ist das Erkennen der Notwendigkeit der Aufrechterhaltung des Impfangebotes zu begrüßen.

Jedoch ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass durch das Entstehen weiterer Subvarianten oder auch neuer Varianten der Impfschutz unterlaufen werden könnte. Darüber hinaus senkt die Impfung kaum das Risiko von chronischen Nachfolgen einer COVID-Infektion, die langfristig mehr Sorgen bereiten als akute Verläufe. Wobei auch die anhaltende akute Krankheitslast von COVID nicht in Abrede gestellt werden soll.

Trotz einer gewissen Immunität in der Bevölkerung gegen die bisherigen Varianten bis BA.4 / BA.5 kann ob der viralen Evolutionsdynamik nicht von einer nachhaltigen Immunität gegen neue Varianten wie X.B.B.1.5 ausgegangen werden. Somit können weder Impfung noch eine bereits überstandene Infektion effizient vor Reinfektionen schützen. (siehe <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2023.04.28.23289254v1>)

Reinfektionen sind akut nicht milder (siehe zB <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37112949/>), verursachen aber eine deutliche Steigerung von multiplen Gesundheitsrisiken mit jeder neuen Reinfektion (siehe zB <https://www.nature.com/articles/s41591-022-02051-3>).

Es sollte daher die Verhinderung der Infektion oberste Prämisse sein, nicht nur durch pharmazeutische Interventionen, sondern vorrangig durch nicht-pharmazeutische Maßnahmen wie der flächendeckende Einsatz von Lufttausch- und Luftreinigungsmaßnahmen, sowie das verpflichtende Tragen eines dicht anliegenden Mund-Nasen-Schutzes zumindest in der Qualität einer FFP2-Maske in gewissen Settings (zB Gesundheitswesen).

Obschon die Länder seit Pandemiebeginn die Koordinierung des Impfangebotes übernommen haben und selbstredend dadurch breite Erfahrung und Kapazitäten für die Durchführung gesammelt haben, ist aus Bevölkerungssicht nicht nachvollziehbar, warum trotz Vorliegen der Bundeskompetenz in Angelegenheiten des Gesundheits- und des Sozialversicherungswesens die Abwicklung der Impfungen nunmehr im Zuge einer mit dem Finanzausgleich in Zusammenhang stehenden Zweckzuschussregelung festgelegt wird, die überdies zeitlich bis zum 31. März 2024 befristet ist.

Dies widerspricht der ausdrücklich geäußerten Absicht des Gesetzgebers, wonach bewährte Pandemieregelungen, zu denen Angebot und Finanzierung von Schutzimpfungen unbestreitbar zu zählen sind, im Dauerrecht verankert werden sollen. Eine befristete, auf 2 Millionen Impfdosen beschränkte und darüber hinaus an den Finanzausgleich geknüpfte Regelung betont vielmehr den Sonderstatus, der SARS-CoV-2 dadurch noch immer zugestanden wird und steht damit ebenfalls im Widerspruch zum formulierten Ziel der Gleichbehandlung mit anderen nicht meldepflichtigen übertragbaren respiratorischen Erkrankungen aufgrund der Behauptung, eine Sonderbehandlung wäre nicht mehr angemessen.

Darüber hinaus trägt die unterschiedliche Handhabung der Länder in Sachen Organisation der Schutzimpfungen nicht zu einer Harmonisierung hinsichtlich Angebot, Zugang und

Durchführung von Schutzimpfungen bei und ist aus diesem Grunde nicht im Sinne der Bedürfnisse der Bürger:innen.

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

Die Klarstellungen werden als hilfreich anerkannt. Es werden jedoch unter Verweis über die bereits getätigten Ausführungen generell Bedenken gegen das Außerkrafttreten des COVID-19-Maßnahmengesetzes, BGBl I Nr 12/2020 idF BGBl I Nr 103/2022, geäußert.

Dies insbesondere in Hinblick auf das Wegfallen von in Betracht kommenden Auflagen wie das Tragen einer den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung, eines Nachweises über eine lediglich geringe epidemiologische Gefahr sowie der Festlegung und Umsetzung von Präventionskonzepten, insbesondere in vulnerablen Settings des täglichen Lebensbedarfs, deren Aufsuchen man sich nicht entziehen kann, wie Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen aller Art, Apotheken, Supermärkte zum Kauf von Lebensmittel sowie den Besuch von Bildungseinrichtungen.

Die Pandemie ist laut WHO nach wie vor aufrecht, weshalb das Außerkraftsetzen von Rechtsvorschriften, die zum Verhindern der Verbreitung geeignet sind, als fahrlässig und kurzfristig gesehen werden muss.

Darüber hinaus wird auch auf die Wirksamkeit von nicht-pharmazeutischen Interventionen wie das CO₂-Messung gestützte Tauschen und Filtern der Innenraumluft in den genannten Settings als weiteren Baustein der Prävention hingewiesen, die bislang seitens des Gesetzgebers vernachlässigt wurden und Eingang in das COVID-19-Maßnahmengesetz finden hätten sollen (siehe zB <https://www.igoe.at/saubere-luft-und-wissenschaft/>)

Zu Artikel 3 (Änderung des Epidemiegesetzes 1950):

Eingangs darf nochmals der Einwand gegen die Gleichbehandlung von SARS-CoV-2 respektive COVID-19 mit anderen nicht meldepflichtigen respiratorischen Erkrankungen ausdrücklich wiederholt werden.

Angesichts der bereits dargestellten Datenlage ist es unverantwortlich, dass eine Vielzahl von bewährten Pandemie-Regelungen, die auch unabhängig von SARS-CoV-2 für zukünftige Epidemien und Pandemien sinnvoll erscheinen, im Epidemiegesetz 1950 (EpiG), BGBl Nr 186/1950 idF BGBl I Nr 195/2022, außer Kraft gesetzt werden. Zu nennen sind dazu u.a. die §§ 27a, 28c, 28d, jeweils idGF, auch hätte eine abstrakt formulierte Regelung eines Contact Tracings mit Verordnungsermächtigung dahingehend, bei welchen Infektionen ein solches Sinn macht, ins Dauerrecht überführt werden könnten statt § 5c idGF ersatzlos zu streichen, um dem Ziel des Gesetzgebers der Überführung von bewährten Pandemie-Regelungen in Regelstrukturen zu entsprechen. Es wird daher aus unserer Sicht die Chance einer wirklichen Weiterentwicklung des EpiG, um für zukünftige Epidemie- und Pandemie-Ereignisse gerüstet zu sein, vergeben und entspricht überdies nicht dem formulierten Ziel der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in einer Krisensituation. Auch

wird seitens des Gesetzgebers in seinen Erläuternden Bemerkungen nicht kommuniziert, aus welchen Gründen bestimmte Normen ersatzlos aufgehoben, andere jedoch übernommen werden sollen.

Unklar erscheint den Rechtsanwendenden, dass gem. § 50 Abs 11 EpiG “§ 5b [Anm: Register für Screeningprogramme] mit Ablauf des 31. Dezember 2024 außer Kraft [tritt]”, wo doch weder im Gesetzesentwurf noch in den Materialien näher Bezug darauf genommen wurde, weshalb entsprechende Klarstellung insb iZm § 5a angeregt wird.

Ebenfalls darf die Fragestellung aufgeworfen werden, inwiefern der neue § 5a EpiG über Früherkennungs- und Überwachungsprogramme, deren Einführung ausdrücklich begrüßt wird, Rechtsgrundlage für die weitere Erhebung der Verbreitung von SARS-CoV-2 sein kann in Hinblick auf die Absichtsbekundung, COVID-19 nicht mehr als meldepflichtige Erkrankung zu werten. Bedenken bestehen auch aufgrund praktischer Erwägungen wie nicht meldepflichtige Erkrankungen gemeldet und erfasst werden können; diese Fragestellung trifft zB nicht auf das unter anderem angeführte Abwassermonitoring zu, ist jedoch bei anderen Methoden aufgrund der lediglich demonstrativen Aufzählung denkbar.

Die Beibehaltung des § 3a EpiG wirft dahingehend die Frage auf, ob und in welchem Ausmaß Interesse und vielmehr Legitimation seitens der Bezirksverwaltungsbehörde bestehen wird, Absonderungsmaßnahmen wegen COVID-19 nach Abschaffung der Meldepflicht anzuordnen. In der Wirkungsorientierten Folgenabschätzung wird als Zielzustand zum Evaluierungszeitpunkt ausdrücklich angeführt, dass “Behörden und Verwaltungsgerichte keinen oder nur mehr einen geringen Arbeitsaufwand im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 [haben]” sollen. Eine Bestimmung zur Datenübermittlung im Interesse des Gesundheitsschutzes unter ausdrücklicher Nennung von COVID-19 scheint daher inkonsistent in Hinblick auf Systematik und Telos des Gesetzesentwurfs. Auch steht die Beibehaltung des § 3b EpiG über die Information der Gesundheitsbehörde bei positivem Ergebnis eines Antigen-Selbsttests im Widerspruch dazu, insbesondere da in § 4a (Statistik-Register) der Verweis auf diese Bestimmung entfällt, diese Daten daher nicht mehr in ein Statistik-Register zu überführen sind. In diesem Zusammenhang wird mitgeteilt, dass der Entfall der Vergütung für den Verdienstentgang iSd § 32 Abs 1a EpiG generell kritisch gesehen wird.

Abschließend wird der Vollständigkeit halber darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber es bei der Umsetzung des formulierten Zieles, die Meldepflicht für SARS-CoV-2 zu beenden, gleichzeitig verabsäumt, die Anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2020-Verordnung, BGBl II Nr 15/2020 idF BGBl II Nr 56/2023, außer Kraft zu setzen (bzw COVID-19 von dieser Liste zu entfernen), wobei nochmals angemerkt wird, dass dies nicht im Sinne des Public Health gesehen wird und der Gesetzgeber dringend aufgefordert wird, den Entfall der Meldepflicht zu überdenken und davon abzusehen.

Zu Artikel 4 (Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes), Artikel 5 (Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes), Artikel 6 (Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes) sowie Artikel 7 (Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes):

Der Entfall des Anspruches auf Freistellung oder Arbeitserbringung im Home Office nach Vorlage eines COVID-19-Risiko-Attestes iSd § 735 ASVG und § 258 B-KUVG wird ausdrücklich abgelehnt und höchstbedenklich für die staatliche Pflichterfüllung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung gesehen. Wie bereits eingangs unter Zitation wissenschaftlicher Erkenntnisse dargelegt wurde, besteht nach wie vor ein hohes Risiko für vulnerable Gruppen (“Risikogruppen iSd jeweiligen Bestimmungen”). Ohne eine entsprechende Verpflichtung von Arbeitgeber:innen zur Ergreifung von nicht-pharmazeutischen Interventionen - wie die Installation von geeigneten Luftfiltern und/oder die Anordnung des Tragens von Mund-Nasen-Schutzmasken bei Zusammenkünften mehrerer Personen - zum Schutz ihrer Arbeitnehmer:innen und damit verbunden die Ermöglichung der Einhaltung ihrer Fürsorgepflicht, ist es den Betroffenen unzumutbar, aufgrund ihres hohen Risikos in Kombination mit nahezu unveränderter Ausgangslage wieder zur Dienstverrichtung vor Ort verpflichtet zu werden. Ausdrücklich wird in diesem Zusammenhang auch auf die gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Auswirkungen von Long COVID hingewiesen, da das Risiko laut WHO mittlerweile bei 10% liegt und dadurch das Gesundheitswesen zu überlasten droht und den bereits vorherrschenden Fachkräftemangel weiter verstärken wird.

Ebenfalls aus derartigen Erwägungen wird der Entfall von Regelungen hinsichtlich der Weitergewährung bestimmter Leistungen aus der Kranken- und Pensionsversicherung und der Verlängerung der Schutzfrist iSd §§ 736 ASVG, 378 GSVG, 372 BSVG sowie 259 B-KUVG abgelehnt.

Weiters ist die Absicht, COVID-19-Tests nur symptomatischen Personen und dies erschwert, da eingegrenzt auf bestimmte Bereiche, zugänglich zu machen, aus gesundheitspolitischer Sicht nicht nachvollziehbar. Studien zeigen, dass auch für die Omicron Variante rund die Hälfte aller Ansteckungen von noch nicht symptomatischen Personen ausgehen (siehe zB <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2022.100446>).

Die Aufrechterhaltung eines niederschwellig zugänglichen Testangebotes, um Ansteckungen zu verhindern und die frühzeitige Einnahme von antiviralen Medikamenten zu ermöglichen, ist ein wichtiger Eckpfeiler um die Bedrohung der Gesundheit der Allgemeinbevölkerung und dadurch verursacht die Überlastung des Gesundheitswesens hintanzuhalten.

Der Passus, der die Bedingung für eine Testung regelt *“(…) und die Bereitschaft zur Einnahme von COVID-19-Heilmitteln für den Fall eines positiven Testergebnisses besteht.”* ist ein de facto Ausschluss von Testungen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, da für sie keine COVID-19-Heilmittel zugelassen sind. Das ist nicht nur unethisch und diskriminierend für die Heranwachsenden, es steht auch jedem Public Health Ansatz entgegen. Gerade weil Kinder und Jugendliche erheblich zum Infektionsgeschehen beitragen, ist es dringend angeraten, dieser doch großen Bevölkerungsgruppe Zugang zu Testungen zu gewährleisten (siehe zB <https://doi.org/10.3349/ymj.2022.0608>).

Das diagnostische Testen von Personen mit und ohne Symptomen wird in der Abschätzung der ECDC vom 13.01.2023, auf die in der Wirkungsorientierten Folgenabschätzung verwiesen wird, als wichtiger Eckpfeiler genannt. In den *“Options for response”* wird darüber hinaus zumindest ein Beibehalten bis hin zum Ausbau der Testungen empfohlen. [Vgl <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-threat-assessment-brief-implications-spread-omicron-xbb>]

In dieser Abschätzung der ECDC wird überdies festgehalten, dass der Nachweis einer Infektion mit SARS-CoV-2 Voraussetzung für die korrekte Diagnostik und rasche Behandlung ist, um mögliche Gesundheitsschäden abzuwenden. Bezugnehmend auf die steigende Long Covid-Problematik, wonach Symptome nach der klinischen Falldefinition der WHO für den Post-COVID-19-Zustand üblicherweise binnen 3 Monaten auftreten und auch nach asymptomatischer oder milder Infektion auftreten können [Vgl. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Post_COVID-19_condition-Clinical_case_definition-2021.1], ist festzuhalten, dass eine offizielle Diagnose einer SARS-CoV-2 Infektion oftmals Voraussetzung für die Inanspruchnahme einschlägiger Versorgungsangebote wie Long COVID-Ambulanzen ist. Ein Entfall der Möglichkeit auf Testung auf COVID-19 von asymptomatischen Personen, wie bislang in §§ 742a ASVG, 380a GSVG, 374a BSVG sowie 261a B-KUVG geregelt, wird aufgrund dieser Erwägungen und im Sinne einer verantwortungsbewussten Gesundheitspolitik daher nachdrücklich abgelehnt.

Begrüßt wird jedenfalls die Kostenübernahme des Bundes für Heilmittel bei der Behandlung von COVID-19 bis Ende des Jahres 2023, wobei die Frage aufgeworfen wird, aus welchen Gründen aus Sicht des Gesetzgebers diese "jedenfalls" (dh nur) bis Herbst zur Verfügung stehen werden. Es wird weiters dringend angeregt, die Überführung der Kostentragung im Rahmen der Sozialversicherung sicherzustellen, andernfalls die Kostentragung durch den Bund zu verlängern. Selbige Anregung ergeht in Hinblick auf die Sicherstellung von Impfungen gegen SARS-CoV-2.

Abschließend wird der Hoffnung Ausdruck verliehen, dass durch den Entfall der Regelung über vom Dachverband zu ergehenden Informationsschreiben zur Impfung gegen SARS-CoV-2 andere Wege der Impfaufklärung in Anspruch genommen werden, um die Bevölkerung über Nutzen, Wirksamkeit angesichts der zum entsprechenden Zeitpunkt vorherrschenden Variante sowie auch Risiken für Reaktionen und Nebenwirkungen der Impfung zu informieren.

Es wird um Berücksichtigung der Stellungnahme ersucht.

Mit freundlichen Grüßen

Initiative Gesundes Österreich (IGÖ)

Zu den weiteren Quellen wird wie folgt ausgeführt:

SARS-CoV-2 kann bei einigen Patienten systemische Infektionen in Organen und Geweben (Herz, Blutgefäßen, Lunge und Atmungssystem, Muskeln, Haut, Schilddrüse, Speiseröhre, Milz, Blinddarm, Nebennieren, Eierstöcke, Hoden und Gebärmutter) verursachen und monatelang im Körper persistieren. <https://www.nature.com/articles/s41586-022-05542-y>

SARS-CoV-2 verursacht ein hohes Maß an Entzündungen und Schäden an Gefäßen und Geweben, die zu einer Reihe von kognitiven und neurologischen Problemen führen können. SARS-CoV-2 zeigt im hBMECs-In-vitro-Modell die Fähigkeit, die Blut-Hirn-Schranke zu überwinden.

<https://jneuroinflammation.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12974-022-02514-x>

Die Bildgebung des Gehirns vor und nach der COVID-Infektion zeigte Anomalien, Größenverlust, und Erhöhung von Markern für Gewebeschäden insbesondere in Bereichen, die für Verhaltens- und emotionale Reaktionen, Gedächtnis verantwortlich sind.

<https://www.nature.com/articles/s41586-022-04569-5>

Die Studie zeigte mittels Herz-MRI und Organ MRT, dass 1 von 5 Personen mit Long COVID nach 6 Monaten erhebliche Herzprobleme hatte, wobei 81 % dieser Gruppe einen milden Verlauf hatten. <https://openheart.bmj.com/content/10/1/e002241>

COVID-19 erhöht das Risiko und die 1-Jahres-Last für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist signifikant, dies wurde durch eine Analyse von 5 Mio. Krankenakten auch für jüngere, gesündere Personen ohne weitere Risikofaktoren.

<https://www.nature.com/articles/s41591-022-01689-3>

Bei 59 % der Patienten mit Long COVID mit mildem Akutverlauf zeigten Organschäden an Herz, Lunge, Nieren, Leber, Bauchspeicheldrüse und Milz. Organbeeinträchtigungen und Symptome wie Müdigkeit, Atemnot und kognitive Dysfunktion hatten nach 12 Monaten weiterhin eine hohe Prävalenz mit erheblichen Auswirkungen auf die Lebensqualität.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36787802/>

Babys wurden Monate nach der Infektion der Schwangeren mit Reservoirs von SARS-CoV-2 in ihrem Darm geboren. Das Vorhandensein von SARS-CoV-2 im Darm eines Babys kann die Entwicklung des Immunsystems sowohl vor als auch nach der Geburt erheblich beeinträchtigen, was Babys anfälliger für Krankheiten und andere gefährliche Folgen machen kann. <https://www.nature.com/articles/s41390-022-02266-7>

Die Studie fokussierte sich auf Plazentaanomalien bei Frauen, die nach einer bestätigten COVID-Infektion entbunden hatten. Diese trat bei etwa 50% der Frauen auf, was mit schlechterem Schwangerschaftsausgang - einschließlich einer signifikant höheren Anzahl von Totgeburten (17 % gegenüber 4 %) verbunden war. Babys, die überlebten, hatten niedrigere Apgar-Werte nach der Geburt als die von nicht erkrankten Müttern.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0143400422003083>

COVID verursacht häufig Leberschäden, wie in dieser Studie an hospitalisierten COVID-Patienten und durch Autopsien gezeigt wurde.

<https://www.nature.com/articles/s42255-022-00552-6>

Bei 13% der Untersuchten wurden SARS-CoV-2-RNA 7 Monate nach leichter bis mittelschwerer COVID-Infektion im Stuhl ausgeschieden. Diese gastrointestinale Ausscheidung dauerte teilweise mehr als 10 Monate nach der akuten Infektion an. Dies deutet auf eine andauernde Infektion des Magen-Darm-Trakts hin.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666634022001672>

Die systematische Überprüfung und Metaanalysen zeigten, dass es bei 25 % der Kindern und Jugendlichen mit symptomatischen COVID-Infektionen nach mehr als 4 Wochen zu Long COVID Symptomen kommt. Im Vergleich zu den Kontrollgruppen hatten die Infizierten auch ein höheres Risiko für Atembeschwerden, Geruchs- und Geschmacksverlust und anhaltendes Fieber. <https://www.nature.com/articles/s41598-022-13495-5>

Diese Studie weist Veränderungen der Lungenfunktion bei Kindern und Jugendlichen nach COVID-Infektion auf. Diese Kinder hatten im Vergleich zu den uninfizierten, gesunden Kontrollen sowohl ein geringeres funktionelles Atemvolumen als auch ein geringeres Blutversorgungsvolumen zur Lunge, welches noch ein Jahr nach der akuten Infektion bestand. <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.221250#>

SARS-CoV-2 infiziert und induziert Zelltod durch Apoptose von Lymphozyten, was die Fähigkeit des Körpers COVID zu bekämpfen verringert und die Schwere zukünftiger Infektionen durch COVID-Varianten als auch anderen Krankheiten erhöht.

<https://www.nature.com/articles/s41392-022-00919-x>

Patienten mit Long COVID zeigten eine immunologische Dysfunktion auch noch 8 Monate nach akuter Infektion durch anhaltende Entzündungsreaktionen, hochaktiverter Immunzellen, Mangel an naiven Lymphozyten und erhöhten Zytokinen.

<https://www.nature.com/articles/s41590-021-01113-x>

COVID wird im Merck Manual neben HIV als Hauptursachen von Lymphozytopenie, also Mangel an Lymphozyten, genannt.

<https://www.merckmanuals.com/professional/hematology-and-oncology/leukopenias/lymphocytopenia>

COVID induziert Zellalterung, erhöht also das „biologische Alter“ durch signifikante Telomerverkürzung und epigenetische Änderungen insbesondere bei jüngeren Patienten.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8201243/>

SARS-CoV-2 kann im Körper persistieren und Schäden verursachen.

<https://www.nature.com/articles/s41586-022-05542-y>

Sammlung weiterer Forschung zu COVID-19 Folgeerkrankungen und Long COVID:

<https://www.longcovidlearning.org/the-research>