



Mag. Christian Neuwirth
Sprecher des Rechnungshofes
1031 Wien, Dampfschiffstraße 2
Tel.: +43 (1) 711 71 – 8435

Twitter: @RHSperecher
Facebook/RechnungshofAT
neuwirth@rechnungshof.gv.at

Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung: Lehren für die Zukunft

Als „Lessons Learned“ für eine künftige Krisenbewältigung will der Rechnungshof seinen heute veröffentlichten Bericht „Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie“ verstanden wissen. Die Frage, wie in Zukunft in vergleichbaren Situationen reagiert werden soll, stand im Fokus der Prüferinnen und Prüfer. Ziel war, Verfügbarkeit, Qualität und Aufbereitung von gesundheitsbezogenen Daten zum Infektionsgeschehen und zur epidemiologischen Steuerung zu beurteilen.

Eine verbesserte Datenlage – etwa zur Auslastung der Krankenanstalten und zur regulären medizinischen Versorgung –, die systematische Nutzung aller verfügbaren Daten sowie eine einheitliche, qualitätsgesicherte Kommunikation können einen wesentlichen Beitrag zur Bekämpfung der Pandemie leisten. Geprüft wurde im Wesentlichen das Jahr 2020, also das erste Jahr der COVID-19-Pandemie.

Ausreichende Informationen zur Zahl der Neuinfektionen

Informationen zur Entwicklung des Infektionsgeschehens sowie der Erkrankungs- und Todesfälle sind von erheblicher Bedeutung für die Bewältigung der Pandemie. Zur Anzahl der Neuinfektionen lagen grundsätzlich ausreichende Informationen vor, um Lockdowns sowie Öffnungsmaßnahmen zu steuern. Die Unschärfen aus den Unsicherheiten über diese Daten waren geringer als jene Unschärfen, die sich aus der Dunkelziffer der Infizierten und den verzögerten oder korrigierten Infektionsmeldungen ergaben. So das Resümee der Prüferinnen und Prüfer. Allerdings zeigen sie in ihrem Bericht zahlreiche Möglichkeiten auf, die Datenlage zu verbessern.

Epidemiologisches Meldesystem bot gute Voraussetzungen, Befüllung mangelhaft

Das Gesundheitsministerium konnte im Wesentlichen zwei Informationsquellen nutzen: Das Epidemiologische Meldesystem (EMS), das die Bezirksverwaltungsbehörden laufend in Vollziehung des Epidemiegesetzes 1950 einsetzten sowie tägliche Meldungen der Länder an das Staatliche Krisen- und Katastrophenschutzmanagement (SKKM) des Innenministeriums. Mit dem EMS verfügte Österreich im internationalen Vergleich über eine gute Ausgangslage, um das Infektionsgeschehen zu erfassen. Jedoch: Vor allem bei der Erfassung und Beobachtung der Krankheitsverläufe und der Absonderungsmaßnahmen wurde das Potenzial nicht ausgeschöpft.

Absonderungsmaßnahmen: lückenhaft dokumentiert, uneinheitlich vollzogen

Ein systematisches Monitoring der Absonderungsmaßnahmen wäre zwar möglich gewesen, das Gesundheitsministerium machte jedoch keine entsprechenden Vorgaben. So war etwa der Beginn einer Absonderung nicht verpflichtend zu erfassen. Insgesamt wurde das EMS nicht ausreichend befüllt. Deshalb war es erheblich schwerer, zu beurteilen, ob die Maßnahmen gegen die Ausbreitung effektiv waren.

Die Identifizierung und Absonderung von infizierten Personen sowie das damit einhergehende Kontaktpersonenmanagement waren wesentlich, um eine Ausbreitung von COVID-19 gering zu halten. Allerdings konnte das Contact-Tracing im November und Dezember 2020 aufgrund der massiv gestiegenen Fallzahlen nicht mehr durchgängig gewährleistet werden. Und: Vor allem in Zeiträumen mit hohem Infektionsgeschehen konnte eine erhebliche Anzahl von Infektionen entweder keinem Cluster zugeordnet oder lediglich als Haushaltscluster identifiziert werden. Eine hinreichend vorausschauende Personalplanung für das Contact-Tracing wurde im Sommer 2020 nicht gemacht. Auch blieben entsprechende Prognose-Instrumente, die die World Health Organisation (WHO) bereits im Mai 2020 bereitstellte, ungenutzt.

Zu personellen, aber auch zu technischen Engpässen kam es bei der telefonischen Gesundheitsberatung 1450. Vor allem in den Monaten März 2020 und November 2020 führten viele Anrufe nicht zu einem Gespräch. In Oberösterreich kamen zum Beispiel im März 2020 von 126.000 Anrufversuchen nur 55.600 tatsächlich zustande.

Ein Virus, viele Vorgaben

Die überprüften Bezirkshauptmannschaften (BH) sowie der Magistrat Wien setzten das bundesweit geltende Epidemiegesetz 1950 nicht einheitlich um: Die Prüferinnen und Prüfer des Rechnungshofes stellten erhebliche Unterschiede bei den Prozessabläufen, den eingesetzten IT-Instrumenten sowie in der inhaltlichen Bearbeitung insgesamt fest. Während der Bescheid der BH Salzburg-Umgebung Besuche untersagte, verbot der Bescheid der Bezirkshauptmannschaft Linz-Land ungeschützten Kontakt zu nicht im selben Haushalt lebenden Personen. Der Bescheid des Magistrats Wien ordnete an, Kontakte generell zu vermeiden.

Der Rechnungshof empfiehlt dem Gesundheitsministerium: Gemeinsam mit den Ländern den Prozessablauf für einen Infektionsfall zu analysieren sowie einen optimierten Prozess, eindeutige Meldepflichten und klare Vorgaben für eine einheitliche Bescheidpraxis festzulegen. Und: Das EMS wäre vom Gesundheitsministerium weiterzuentwickeln.

Glaubwürdigkeit: Daten waren nicht einheitlich

Unterschiedliche Stellen des Bundes und die Länder veröffentlichten in unterschiedlichen Formaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten Daten. Varianten gab es auch beim Detailgrad und bei den Auswertungszeitpunkten. Nach Ansicht des Rechnungshofes beeinträchtigte das das Vertrauen der Bevölkerung in die Richtigkeit der Daten. Dies wirkte sich wiederum ungünstig auf die Glaubwürdigkeit der Behörden aus – und somit auch auf die Akzeptanz sowie auf die Wirksamkeit der Maßnahmen zur Pandemiebewältigung. Der Rechnungshof empfiehlt daher, relevante Daten abgestimmt zu veröffentlichen.

Bettenkapazitäten: Verbesserte Datenlage erst seit November 2020

Unterschiedlich gezählt wurde beispielsweise bei der Bettenauslastung und den freien Kapazitäten in Krankenanstalten. Der SKKM-Krisenstab erhob ab dem 20. März 2020 täglich Daten, etwa zu verfügbaren Normal- und Intensivbetten. Es bestanden jedoch keine bundesweit einheitlichen Vorgaben, wie die Werte zu

ermitteln waren. Unklar blieb etwa, ob auch Intensivüberwachungseinheiten zu zählen waren, nach welchen Kriterien die Verfügbarkeit zu beurteilen war und ob weitere Voraussetzungen – insbesondere die erforderliche personelle Ausstattung zur COVID-19-Behandlung – vorhanden sein mussten. Ab 30. März 2020 erhob auch das Gesundheitsministerium selbst Daten. Obwohl teilweise dieselben Daten abgefragt wurden, kamen unterschiedliche Ergebnisse zustande. Eine wesentliche Verbesserung der Meldeschiene erfolgte erst im November 2020. Somit fehlten zuverlässige Daten zu den Kapazitäten in den Krankenanstalten noch sechs Monate nach Beginn der Pandemie.

Zur Bewältigung künftiger Krisen- und Katastrophenfälle sollte das Gesundheitsministerium darauf hinwirken, die rechtlichen und technischen Grundlagen für zeitnah zu übermittelnde, einheitlich definierte Daten zur Belegung und Auslastung von Krankenanstalten zu schaffen. Diese Daten sowie Diagnose- und Leistungsdaten sollten mit dem EMS verknüpfbar sein.

Erheblicher Rückgang bei Arztbesuchen und Spitalsaufenthalten

Vor allem in der ersten Pandemiewelle kam es zu einem erheblichen Rückgang der regulären medizinischen Versorgung. Die verfügbaren Daten zeigen, dass im Jahr 2020 etwa 6,55 Millionen ärztliche Konsultationen und rund 135.000 Vorsorgeuntersuchungen weniger stattfanden als 2019. Der stärkste Rückgang der e-card-Konsultation war mit 12,3 Prozent auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendheilkunde zu verzeichnen, gefolgt von Zahnmedizin und Augenheilkunde.

In fondsfinanzierten Krankenanstalten sank die Anzahl der Belagstage im Jahr 2020 um 1,8 Millionen – davon rund 32.000 auf Intensivstationen – gegenüber dem Vorjahr. Die Zahl der Ambulanzkontakte nahm um 3,8 Millionen ab. Österreichweit sanken die Belagstage wegen Krebserkrankungen um 14 Prozent. In der ersten Pandemiewelle reduzierte sich die Anzahl der Darmspiegelungen und Mammographien als Maßnahmen der Krebsfrüherkennung österreichweit um mehr als 75 Prozent. Die Konsequenzen dieser Entwicklungen waren nicht klar. Mangels Routinedaten und mangels eines Konzepts zur Begleitforschung konnten weder das Gesundheitsministerium noch die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) Angaben zu den gesundheitlichen Folgeschäden machen.



Amtsärztinnen und Amtsärzte: Hindernisse bei der Neubesetzung

Eine zentrale Rolle bei der Bewältigung der Pandemie kommt dem amtsärztlichen Personal zu. Insbesondere in Bezug auf Krisen- und Katastrophenfälle sind Amtsärztinnen und Amtsärzte bedeutende Akteure des öffentlichen Gesundheitswesens. Sie haben behördliche Aufgaben zu vollziehen – etwa bezüglich Seuchenverhütung, Seuchenbekämpfung und Impfwesen – wie es im entsprechenden Gesetz heißt. Der Rechnungshof hatte bereits in seinem Bericht „Öffentlicher Gesundheitsdienst in ausgewählten Bezirksverwaltungsbehörden in Oberösterreich und Salzburg“ aus dem Jahr 2018 darauf hingewiesen, dass die Länder die Amtsarztstellen oftmals nicht besetzen konnten. Das Gehaltsniveau sowie die fehlende Modernisierung des Berufs wurden im Zuge der aktuellen Prüfung als die größten Hindernisse bei der Neubesetzung in den beiden Bundesländern genannt.