

R
H



**Rechnungshof
Österreich**

Unabhängig und objektiv für Sie.

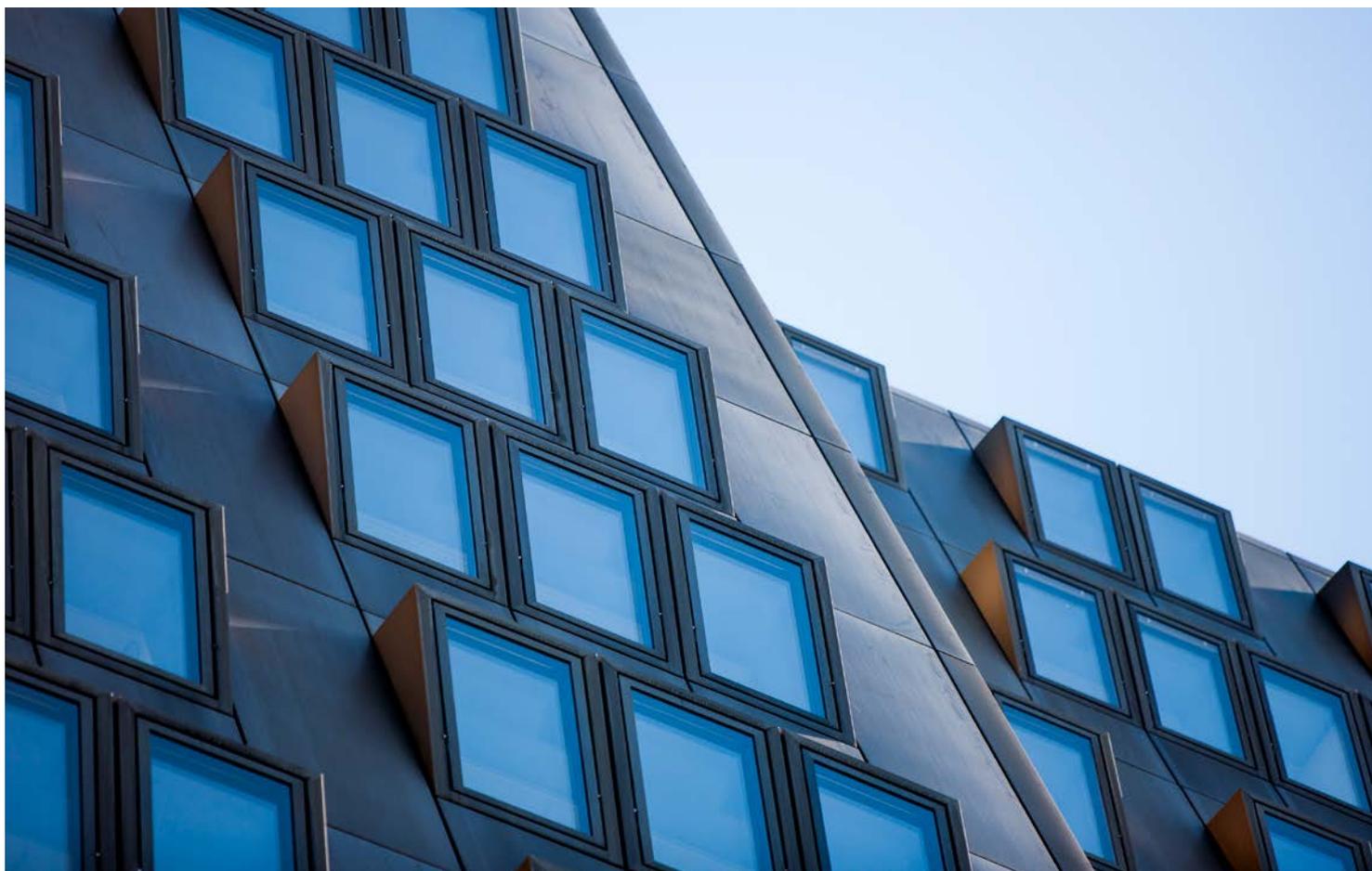
Reihe BUND 2021/43

Reihe OBERÖSTERREICH 2021/8

Reihe SALZBURG 2021/5

Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie

Bericht des Rechnungshofes



Vorbemerkungen

Vorlage

Der RH erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz sowie den Landtagen der Länder Oberösterreich und Salzburg gemäß Art. 127 Abs. 6 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Rechnungshof Österreich

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

www.rechnungshof.gv.at

Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich

Herausgegeben: Wien, im Dezember 2021

AUSKÜNFTE

Rechnungshof

Telefon (+43 1) 711 71 – 8946

E-Mail info@rechnungshof.gv.at

[facebook/RechnungshofAT](https://facebook.com/RechnungshofAT)

Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover: Rechnungshof/Achim Bieniek

S. 216: www.un.org

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	7
Glossar	9
Prüfungsziel	13
Kurzfassung	14
Zentrale Empfehlungen	22
Zahlen und Fakten zur Prüfung	25
Prüfungsablauf und –gegenstand	27
Allgemeines	29
Daten zum Infektionsgeschehen und zur epidemiologischen Steuerung	32
Überblick	32
Epidemiologisches Meldesystem	34
Verwaltungsabläufe als Grundlage der Datenerfassung	39
Datenqualität im Epidemiologischen Meldesystem	44
Datenmeldungen zum Infektionsgeschehen aus dem Staatlichen Krisen- und Katastrophenmanagement (SKKM)	53
Darstellung von Informationen gegenüber der Öffentlichkeit	56
Unterschiede zwischen verschiedenen Darstellungen	60
Darstellung des epidemiologischen Verlaufs	66
Todesfälle	71
Tests	77
Cluster	83
Kapazitätsmeldungen der Krankenanstalten	87
Prognoserechnungen zur Bettenauslastung im Spitalsbereich	95
Corona-Ampel	98
Nutzung der Daten für die Wissenschaft	100
Identifikation von Risikopatientinnen und –patienten	104
Daten zur Verfügbarkeit von Schutzausrüstung	107
Ausgangslage bei Pandemiebeginn	107
Unterstützung auf Bundesebene	109
Beschaffung durch die Länder	113
Aufbau strategischer Lager	117
Bevorratung in Krankenanstalten	119

Daten zur Gesundheitsversorgung	122
Übersicht	122
Regelungen für Pandemien im Krankenanstaltenrecht, im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und in der Gesundheitsplanung	122
Steuerung der Gesundheitsversorgung im Pandemiefall	126
Handlungsempfehlungen zur allgemeinen Versorgung	130
Maßnahmen zur stationären Versorgung von COVID–19–Erkrankten in Oberösterreich und Salzburg	135
Maßnahmen im niedergelassenen Bereich	145
Daten zur Versorgung von COVID–19–Erkrankten	148
Verfügbare Daten zum allgemeinen Versorgungsgeschehen	151
Monitoring der Regelversorgung	158
Entwicklung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen	161
Entwicklung der Heilmittel	169
Entwicklung der Versorgung in Krankenanstalten	173
Entwicklung ausgewählter Diagnose–Bereiche	178
Gesundheitliche Folgeschäden und veränderter Bedarf	189
Resümee zur Gesundheitsversorgung	192
Daten zu Personalressourcen für gesundheitsbehördliche Aufgaben	195
Überblick und Krisenstäbe	195
Amtsärztinnen und Amtsärzte	198
Gesundheitsberatung 1450	201
Contact–Tracing	206
Resümee (Lessons Learned)	213
Schlussempfehlungen	219
Anhang A	230
Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger	230
Anhang B	236
Datenanalysen	236

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Bearbeitung eines COVID-19-Falls in den Bezirkshauptmannschaften Linz-Land und Salzburg-Umgebung sowie im Magistrat Wien	39
Tabelle 2:	Spruch des Absonderungsbescheids in den Bezirkshauptmannschaften Linz-Land und Salzburg-Umgebung sowie im Magistrat Wien	42
Tabelle 3:	Vollständigkeit der im Epidemiologischen Meldesystem erfassten Daten des Jahres 2020 (Stand 4. Februar 2021)	48
Tabelle 4:	COVID-19-Kennzahlen auf Bundesebene am 16. Dezember 2020 um 15:30 Uhr	61
Tabelle 5:	COVID-19-Kennzahlen auf Landesebene am 10. Februar 2021 um 14:00 Uhr für Oberösterreich	63
Tabelle 6:	COVID-19-Kennzahlen auf Landesebene am 10. Februar 2021 um 14:00 Uhr für Salzburg	63
Tabelle 7:	Clusterzuordnung im Zeitraum 21. Februar 2020 bis 29. Dezember 2020 (Stand 29. Dezember 2020)	84
Tabelle 8:	Bettenmeldungen der Länder vom 10. November 2020 im Vergleich	91
Tabelle 9:	Auslastung von Intensivstationen – Grenzwerte („Signalwerte“) zur Systemrisiko-Einschätzung	96
Tabelle 10:	Lieferungen des Österreichischen Roten Kreuzes und Verteilung im Jahr 2020	110
Tabelle 11:	Auszahlung gemäß COVID-19-Zweckzuschussgesetz für März bis Mai 2020 (ohne Akontierungen)	114
Tabelle 12:	Verfügbare Daten zur Gesundheitsversorgung	153
Tabelle 13:	Rückgang der kurativen e-card-Konsultationen nach Ländern im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019	163

Tabelle 14: Entwicklung der e-card-Konsultationen nach Fachgruppen im Jahr 2020 im Vergleich zum Jahr 2019 _____	164
Tabelle 15: Prozentuelle Veränderung der Anzahl an Vertragsärztinnen und Vertragsärzten mit mindestens drei e-card-Konsultationen je Stichtag in Oberösterreich und Salzburg _____	166
Tabelle 16: Betriebsbeginn und Betreiber der Gesundheitsberatung 1450 in den Ländern _____	202
Tabelle 17: Anzahl der Anrufe bei der Gesundheitsberatung 1450 im Jahr 2020 _____	202

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Epidemiologische Kurve _____	66
Abbildung 2:	Epidemiologische Kurve – tägliche Mindest- und Höchstwerte an Neuinfizierten _____	68
Abbildung 3:	Epidemiologische Kurve – 7-Tage-Durchschnitt mit Minimum und Maximum _____	69
Abbildung 4:	Entwicklung der Neuinfektionen und COVID-19-bedingten Todesfälle März 2020 bis Jänner 2021 _____	72
Abbildung 5:	Entwicklung der wöchentlichen Todesfälle 2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 ____	74
Abbildung 6:	Ausgewählte Todesursachen im Jahr 2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 ____	75
Abbildung 7:	Entwicklung der gemeldeten Tests von April 2020 bis Jänner 2021 _____	78
Abbildung 8:	Kumulierte Anzahl der gemeldeten Tests je 100.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner und Land _____	80
Abbildung 9:	Clusterzuordnungen 2020 im Zeitverlauf _____	85
Abbildung 10:	Verteilung der Clusterfälle zu Clusterarten (Lebensbereichen) im Jahr 2020 _____	86
Abbildung 11:	Möglichkeit der Beschaffung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern aus Sicht der Bundes- beschaffung GmbH (BBG) von Februar bis Oktober 2020 ____	111
Abbildung 12:	Belegung der Intensivbetten in oberösterreichischen Krankenanstalten in der zweiten Pandemiewelle _____	137
Abbildung 13:	Belegung der Normalbetten in oberösterreichischen Krankenanstalten in der zweiten Pandemiewelle _____	138
Abbildung 14:	Belegung der Intensivbetten in Salzburger Krankenanstalten in der zweiten Pandemiewelle _____	139
Abbildung 15:	Belegung der Normalbetten in Salzburger Krankenanstalten in der zweiten Pandemiewelle _____	140
Abbildung 16:	Anzahl der COVID-19-Erkrankten auf Normalstationen in Österreich, Oberösterreich und Salzburg _____	148
Abbildung 17:	Anzahl der COVID-19-Erkrankten auf Intensivstationen in Österreich, Oberösterreich und Salzburg _____	149
Abbildung 18:	Wöchentliche kurative e-card-Konsultationen 2020 im Vergleich zum Vorjahr _____	162
Abbildung 19:	Entwicklung der Anzahl an Heilmittelverordnungen in den Jahren 2019 und 2020 _____	169

Abbildung 20:	Auslastung in fondsfinanzierten Krankenanstalten in Österreich _____	173
Abbildung 21:	Ambulanzkontakte in fondsfinanzierten Krankenanstalten ____	174
Abbildung 22:	Belagstage auf Intensivstationen in fondsfinanzierten Krankenanstalten österreichweit, nach Diagnosegruppen ____	176
Abbildung 23:	Stationäre Aufenthalte mit Diagnose Herzinfarkt in fondsfinanzierten Krankenanstalten österreichweit _____	178
Abbildung 24:	Stationäre Aufenthalte mit Krebsdiagnosen in fondsfinanzierten Krankenanstalten österreichweit _____	180
Abbildung 25:	Stationäre Aufenthalte mit psychiatrischen Diagnosen in fondsfinanzierten Krankenanstalten österreichweit _____	183
Abbildung 26:	Hüft- und Kniegelenksoperationen in fondsfinanzierten Krankenanstalten österreichweit _____	187
Abbildung 27:	Gegenüberstellung der Anzahl an Anrufen und der davon tatsächlich geführten Gespräche bei der Gesundheitsberatung 1450 im Jahr 2020 _____	203
Abbildung 28:	Personaleinsatz für Contact-Tracing und sonstige gesundheitsbehördliche Aufgaben im Land Oberösterreich im Jahr 2020 (Vollzeitäquivalente) _____	209
Abbildung 29:	Personaleinsatz für Contact-Tracing und sonstige gesundheitsbehördliche Aufgaben im Land Salzburg im Jahr 2020 (Vollzeitäquivalente) _____	210
Abbildung 30:	Zusammenfassende Darstellung festgestellter Verbesserungspotenziale _____	216

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
AMS	Arbeitsmarktservice
Art.	Artikel
BBG	Bundesbeschaffung GmbH
BGBI.	Bundesgesetzblatt
bPK	bereichsspezifisches Personenkennzeichen
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COVID	corona virus disease
ECMO	extrakorporale Membranoxygenierung
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
et al.	et alii/aliae/alia (und andere)
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
f(f).	folgend(e)
FFP	filtering face piece (Schutzmaske)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ICPC	International Classification of Primary Care
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IT	Informationstechnologie
LGBl.	Landesgesetzblatt
lit.	litera (Buchstabe)
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
MEL	Medizinische Einzelleistung
Mio.	Million(en)

ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
Oö.	oberösterreichisch
OÖG	Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PCR	polymerase chain reaction (Polymerase-Kettenreaktion)
rd.	rund
RGBL.	Reichsgesetzblatt
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
SALK	Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2 (schweres akutes Atemwegssyndrom Coronavirus Typ 2)
SKKM	Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement
SMS	Short Message Service (Kurznachrichtendienst)
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel
ZMR	Zentrales Melderegister

Glossar

Anonymisierung

Die Anonymisierung von personenbezogenen Daten führt dazu, dass diese Daten nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person zugeordnet werden können.

Antigentest

Antigentests ermöglichen einen direkten Erregernachweis von SARS-CoV-2. Es wird kein Labor zur Auswertung benötigt. Das Ergebnis steht nach rd. 20 Minuten fest. Die Tests sind im Vergleich zu PCR-Tests weniger zuverlässig.

Antikörpertest

Der Antikörpertest überprüft das Vorhandensein von Antikörpern gegen ein Virus im Blut. Dieser Test ist für eine Frühdiagnostik nicht geeignet, weil die Antikörper durchschnittlich erst etwa zwölf bis 14 Tage nach einer Infektion nachweisbar sind.

bereichsspezifisches Personenkennzeichen

Um den Datenschutz zu wahren, wird im österreichischen E-Government kein einheitliches Personenkennzeichen in allen Verfahren verwendet, sondern „bereichsspezifische Personenkennzeichen“ (bPK). Somit ist ohne besondere Maßnahmen eine Verknüpfung der Daten aus verschiedenen Verwaltungsbereichen nicht möglich.

Ct-Wert

Der Ct-Wert (cycle threshold) ist ein Maß für die Viruskonzentration im Probenmaterial.

effektive Reproduktionszahl R

Die effektive Reproduktionszahl R gibt an, wie viele Menschen eine infizierte Person unter den aktuellen Bedingungen im Durchschnitt ansteckt.

elektive Operation

Eine elektive Operation ist eine aufschiebbare, nicht akute Operation, deren Termin geplant wird.

ELISA

ELISA ist das Elektronische Aktenverwaltungssystem des Landes Salzburg.

Elvis

Elvis ist das Elektronische Verwaltungs-Informationen-System im Land Oberösterreich.

Epidemiologisches Meldesystem

Das Epidemiologische Meldesystem ist eine Datenbank der Bezirksverwaltungsbehörden, Landessanitätsdirektionen, des Gesundheitsministeriums sowie der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES), in das anzeigepflichtige Krankheiten eingemeldet werden.

EpiSys

EpiSys ist die epidemiologische Datenbank der Stadt Wien. Es werden Daten von Verdachtsfällen, positiven und negativen Fällen erfasst und verwaltet.

EPM

In Oberösterreich wird für die Administration der Epidemiebewältigung die Eigenentwicklung EPM (Epidemie Monitor) eingesetzt.

Hauptdiagnosegruppe

Für jede Patientin bzw. jeden Patienten und für jeden Krankenhausaufenthalt ist eine Hauptdiagnose anzugeben. Hauptdiagnosen sind – z.B. nach betroffener Körperregion – zu Hauptdiagnosegruppen zusammengefasst.

Herzkatheterlabor

Im Herzkatheterlabor werden diagnostische und therapeutische Eingriffe durchgeführt, etwa zur Behandlung von Herzinfarkten oder zur Untersuchung von Herzkranzgefäßen. Bei der Herzkatheteruntersuchung wird ein biegsamer Kunststoffschlauch durch Blutgefäße zum Herz geschoben.

Inzidenz

In der Epidemiologie und medizinischen Statistik bezeichnet Inzidenz die Häufigkeit von Ereignissen – insbesondere von neu auftretenden Krankheitsfällen – innerhalb einer Zeitspanne und Personengruppe (z.B. in einem Jahr pro 100.000 Menschen).

7-Tage-Inzidenz

Die 7-Tage-Inzidenz ist definiert mit der Anzahl der Fälle mit Labordiagnosedatum der vergangenen sieben Tage plus Berichtstag dividiert durch die betrachtete Population.

KRIBE

KRIBE („Krisenbewältigung“) ist eine Datenbank des Landes Salzburg zur Unterstützung von Maßnahmen der Pandemiebewältigung.

kurative Leistungen bzw. Vorsorgeuntersuchungen

Kurative Leistungen sind die Leistungen der ärztlichen Hilfe zur Behandlung von Krankheiten. Demgegenüber sind Vorsorgeuntersuchungen Leistungen, die unabhängig vom Auftreten einer Erkrankung erbracht werden.

LKF-Modell

Stationäre Aufenthalte werden in Österreich über das LKF-Modell abgegolten. Eine Krankenanstalt erhält je Patientin bzw. Patient einen Punktwert, der sich aus den erbrachten Leistungen und der Aufenthaltsdauer errechnet.

Mammographie

Mammographie ist die Röntgenuntersuchung der weiblichen Brust.

PCR-Test

Der PCR-Test (Polymerase-Kettenreaktion; PCR = polymerase chain reaction) dient dem Nachweis einer aktuellen COVID-19-Infektion. Für den PCR-Test werden Proben aus dem Rachen oder Nasenraum entnommen und in einem Labor ausgewertet.

Prolog

Prolog ist eine IT-Anwendung des Österreichischen Roten Kreuzes, Landesverband Oberösterreich.

Pseudonymisierung

Bei der Pseudonymisierung wird der Name oder ein anderes Identifikationsmerkmal durch ein Pseudonym (einen Code) ersetzt, um die Feststellung der Identität der bzw. des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Im Gegensatz zur Anonymisierung bleiben bei der Pseudonymisierung Verknüpfungen verschiedener Datensätze weiterhin möglich.

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Inneres
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
- Land Oberösterreich
- Land Salzburg

Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID–19–Pandemie

Prüfungsziel



Der RH überprüfte von August 2020 bis Februar 2021 die Nutzung von Gesundheitsdaten zur Bewältigung der COVID–19–Pandemie. Prüfungsziel war es, die Verfügbarkeit, Qualität und Aufbereitung von gesundheitsbezogenen Daten zum Infektionsgeschehen und zur epidemiologischen Steuerung zu beurteilen, ebenso wie die Daten zu ausgewählten, zur Pandemiebewältigung eingesetzten Ressourcen sowie zur Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich und in Krankenanstalten während der Pandemie. Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen das Jahr 2020.

Die überprüften Vorgänge waren vielfach keine Regelabläufe, sondern mitunter zeitnah und kurzfristig entschiedene (Sonder–)Maßnahmen zur Pandemiebewältigung, die vielfältige und besondere Herausforderungen an die handelnden Personen stellten. Der RH berücksichtigte dies bei seinen Prüfungsmaßstäben (Fokus auf Zweckmäßigkeit zur Pandemiebewältigung) und in seinem Prüfungsvorgehen (Rücksichtnahme auf laufende operative Maßnahmen der Pandemiebewältigung bzw. die zur Pandemiebewältigung erforderlichen Ressourcen).

Die Würdigungen einschließlich der daraus abgeleiteten Empfehlungen zielen primär darauf ab, Lessons Learned für eine künftige Krisenbewältigung und damit verbundene zweckmäßige Maßnahmen zu identifizieren (siehe dazu [TZ 52](#)). Für den RH stand somit nicht im Vordergrund, ob zum Zeitpunkt der getroffenen Maßnahmen bereits eine andere, allenfalls bessere Vorgehensweise realistisch denkbar gewesen wäre, sondern, wie in Zukunft auf vergleichbare Situationen reagiert werden soll. Auch wenn während der Pandemiebewältigung im Jahr 2020 kurzfristig Maßnahmen zur Neugestaltung von IT–Systemen, zur Optimierung von Prozessabläufen oder zur Bereitstellung von Ressourcen nicht umsetzbar waren, sollen die Würdigungen und Empfehlungen des RH zukunftsorientiert aufzeigen, wo solche Maßnahmen bei Fortdauern der Pandemie bzw. bei einem erneuten Auftreten einer Pandemie zweckmäßig bzw. erforderlich sein können.

Kurzfassung

Infektionsgeschehen

Grundlage für die epidemiologische Überwachung war seit dem Jahr 2009 das Epidemiologische Meldesystem (**EMS**). Mit dieser Datenbank lag eine im internationalen Vergleich gute Ausgangslage zur Erfassung der Daten zum Infektionsgeschehen vor. Die Anwendung des EMS auf die COVID-19-Pandemie blieb jedoch in einigen Punkten unklar, insbesondere hinsichtlich des Monitorings der Absonderungsmaßnahmen und der Krankheitsverläufe. Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**) konnte daher anhand der Daten im EMS beispielsweise nicht beurteilen, inwieweit die Bezirksverwaltungsbehörden eine zeitnahe Absonderung der infizierten Personen erreichten. (TZ 4, TZ 9)

Die Länder setzten das bundesweit einheitliche Epidemiegesetz durch unterschiedliche Arbeitsabläufe und IT-Instrumente um. Dies lag teilweise an der verfügbaren Infrastruktur (Partner für die Abstrichnahme, Labore), aber auch am verfügbaren Personal, an den räumlichen Möglichkeiten (zentrale oder dezentrale Bearbeitung) und der bestehenden IT-Infrastruktur. Die Länder legten auch die Vorgaben des Gesundheitsministeriums teilweise unterschiedlich aus, etwa zum Beginn des Contact-Tracings. Dies erschwerte die Interpretation der resultierenden Daten. (TZ 5)

Da der Erstkontakt mit Verdachtsfällen, die Abstrichnahme und die Testung durch private Einrichtungen erfolgten, konnten die staatlichen Register zur Personenidentifikation nicht ohne Weiteres genutzt werden. Dies führte zu Problemen bei den Datenmeldungen, ohne dass im Jahr 2020 eine zufriedenstellende Lösung gelang. Während der COVID-19-Pandemie waren die Anforderungen an das EMS wesentlich höher als davor, was zu Problemen in der Datenqualität führte. Wegen der Belastung durch die Pandemie und der häufigen IT-Anpassungen war ein Vier-Augen-Prinzip oder eine automatische Qualitätskontrolle nur teilweise nutzbar. Das Gesundheitsministerium, die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (**AGES**) und die Länder setzten zwar Schritte zur Qualitätssicherung, mangels eines Gesamtverantwortlichen waren diese jedoch nur teilweise erfolgreich. (TZ 6 bis TZ 8, TZ 10)

Neben den EMS-Daten standen durch die Meldungen an das Staatliche Krisen- und Katastrophenschutzmanagement (**SKKM**) kurzfristig weitere Informationen zur Verfügung, die regional aus unterschiedlichen Quellen stammten. Für den Bund war nicht ersichtlich, aus welchen Quellen die Länder ihre Daten erhoben und welche Besonderheiten dabei jeweils zu berücksichtigen waren. Vorgaben etwa zu Auswertungszeitpunkten oder den näheren Umständen der Erhebung gab es nur teilweise. Die Kombination aus einer systematischen personenbezogenen Erfassung im EMS

und einer flexiblen, der Situation und Datenlage angepassten Erhebung im SKKM war grundsätzlich zweckmäßig. Unterschiedliche Stellen des Bundes und der Länder publizierten allerdings in unterschiedlichen Formaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten Daten, die sich hinsichtlich der Definitionen unterschieden. Dies wirkte sich ungünstig auf die Glaubwürdigkeit der Behörden aus und damit auf die Akzeptanz und Wirksamkeit der Maßnahmen der Pandemiebewältigung. ([TZ 11](#) bis [TZ 13](#))

Zur epidemiologischen Steuerung war weniger die Zahl der täglichen Neuinfizierten zu einem bestimmten Zeitpunkt relevant, die durch Meldeverzögerungen oder Datenprobleme häufig zu korrigieren war. Entscheidend war vielmehr der gleitende Durchschnitt über sieben Tage. Da nicht alle infizierten Personen Symptome entwickelten und nicht alle, die Symptome entwickelten, getestet wurden, war auch dieser Wert nur eine Annäherung an das tatsächliche Infektionsgeschehen. Die Unschärfe aus der Bandbreite der minimalen und maximalen Meldungen war geringer als die Unschärfe, die sich aus der Dunkelziffer der Infizierten und den verzögerten bzw. korrigierten Infektionsmeldungen ergab. ([TZ 14](#))

Ab September 2020 berechneten die AGES und die Gesundheit Österreich GmbH für die Corona-Kommission die „risikobasierte Inzidenz“. Diese bezog neben der Zahl der positiv getesteten Personen auch das Alter der Betroffenen und die Erkennbarkeit und Kontrollierbarkeit des Ansteckungsverlaufs mit ein. So sollten, ergänzt um eine qualitative Beurteilung, einfach verständliche Risikobeurteilungen erarbeitet und regional differenzierte Maßnahmen vorgeschlagen werden. Einen Automatismus für bestimmte Maßnahmen bei bestimmten Werten gab es nicht. Aufgrund des Infektionsgeschehens verlagerte sich der tatsächliche Schwerpunkt rasch wieder auf bundesweite Beschränkungen. Nicht alle vorgesehenen Kenngrößen, wie etwa aus der Kontaktnachverfolgung, konnten im Herbst 2020 verwendet werden. ([TZ 20](#))

Unterschiedliche Prozesse zur Meldung von Todesfällen – an die Personenstandsbehörden, mittels Totenschein an die Statistik Austria oder über das EMS – mit jeweils unterschiedlichen Zuordnungskriterien und Meldeverzögerungen führten zu unterschiedlichen COVID-19-bedingten Todeszahlen. ([TZ 15](#))

Die Anzahl der Testungen war zwar in den SKKM-Meldungen enthalten, aufgrund häufiger Nachmeldungen und Unklarheiten, ob private Tests enthalten waren, war die Datenqualität allerdings wenig zuverlässig. Erkennbar war jedoch, dass die Länder unterschiedlich häufig testeten. So war die Zahl der Tests bezogen auf die Bevölkerung in Tirol und Vorarlberg Ende 2020 rund doppelt so hoch wie in Kärnten und Oberösterreich. Die Testgründe, wie Symptome, Kontakt, Screening oder private Tests, waren überwiegend unbekannt. Ebenso waren nähere Informationen zu den getesteten Personen, wie etwa das Alter, nicht verfügbar. Die Interpretation des Testgeschehens war so deutlich eingeschränkt. ([TZ 16](#))

Eine erhebliche Anzahl von Infektionen konnte entweder keinem Cluster zugeordnet oder lediglich als Haushaltscluster identifiziert werden, insbesondere in Zeiträumen mit hohem Infektionsgeschehen. Dies lag zum Teil daran, dass ein umfassendes Contact-Tracing zeitweise nicht durchgängig gewährleistet werden konnte, aber auch daran, dass Ansteckungen bei Kontakten mit erkrankten unbekanntem Personen, etwa in öffentlichen Verkehrsmitteln, durch die Erhebungsmethodik nahezu unentdeckt blieben. Die nur teilweise durchgängige IT-Infrastruktur führte dazu, dass die AGES nicht auf alle in den Bezirken erhobenen Daten zugreifen konnte. [\(TZ 17\)](#)

Eine vom Krisenstab des SKKM im März 2020 eingerichtete Meldeschiene lieferte zur Auslastung der Spitalskapazitäten mangels einheitlicher Definitionen uneinheitliche und für Prognoserechnungen zur Auslastung nur beschränkt verwendbare Daten. Das Gesundheitsministerium und die Länder (außer Wien) richteten im November 2020 erst sechs Monate nach Pandemiebeginn eine tagesaktuelle Kapazitätenerhebung ein, die valide Grundlagen für Prognoserechnungen der Spitalskapazitäten lieferte. Eingeschränkte Möglichkeiten der Datenverknüpfung erschwerten die Prognoserechnungen jedoch weiterhin. Die Kapazitätenerhebung des Gesundheitsministeriums lieferte nicht einzelfallbezogene, sondern nur aggregierte Daten, die nicht mit EMS-Daten verknüpfbar waren. Diagnosen- und Leistungsdaten der Krankenanstalten standen seit Mai 2020 zwar monatlich zur Verfügung, jedoch mit rund achtwöchiger Verzögerung und ebenfalls ohne die Möglichkeit einer Verknüpfung mit den EMS-Daten. Für Prognoserechnungen und für die Kapazitätsplanung wären unmittelbar bzw. zeitnah aus den Krankenhausinformationssystemen entnommene, einheitlich definierte und mit dem EMS verknüpfbare, nicht nur aggregierte, sondern einzelfallbezogene Daten zur Belegung und Auslastung der Krankenanstalten zweckmäßig. [\(TZ 18, TZ 19\)](#)

Bereits im Frühjahr 2020 schuf das Gesundheitsministerium eine Möglichkeit, über die öffentlich zugänglichen Daten hinaus für die Wissenschaft Daten zum Pandemiegeschehen bereitzustellen. Pseudonymisierte Daten lagen allerdings nicht vor, wodurch eine Verknüpfung von Daten aus dem EMS mit Daten aus anderen Bereichen nicht möglich war. Dabei war eine derartige registerbasierte Forschung im Rahmen des Forschungsorganisationsgesetzes bereits vorgesehen und hätte durch Verordnungen umgesetzt werden können. Alternativ dazu wäre eine pandemiebezogene Rechtsgrundlage denkbar. [\(TZ 21\)](#)

Akkreditierten Forschungseinrichtungen standen seit März 2021 anonymisierte Diagnosen- und Leistungsdaten einschließlich der Intensivdokumentation hospitalisierter COVID-19-Erkrankter zur Verfügung. Das Gesundheitsministerium richtete ein ursprünglich beabsichtigtes Intensivregister für Zwecke der Qualitätsdokumentation, der Qualitätsberichterstattung und der wissenschaftlichen Forschung jedoch nicht ein. Zwar enthielt die Intensivdokumentation klinische Parameter (z.B. Sauer-

stoffkonzentration, Blutdruck, Körpertemperatur), die für die COVID-19-Forschung relevant waren. Jedoch waren weiterhin keine vollständigen Angaben über Vorerkrankungen, die Behandlungen, die Medikation und allfällige Komplikationen verfügbar. Die Daten waren daher für die Qualitätssicherung und die wissenschaftliche Aufarbeitung der Behandlungsverläufe nur beschränkt geeignet und erlaubten überdies keine Verknüpfung mit den EMS-Daten und anderen Gesundheitsdaten, insbesondere von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. [\(TZ 21\)](#)

Im überprüften Zeitraum identifizierte die Sozialversicherung einmalig Personen mit besonderem Risiko, an COVID-19 zu erkranken. Diese Maßnahme verfolgte allerdings primär das Ziel, Entgeltfortzahlungsansprüche und deren Kostentragung sowie arbeitnehmerschutzrechtliche Aspekte zu regeln. Eine umfassende Steuerung von Schutzmaßnahmen für Personen mit hohem Risiko war damit nicht verbunden. Es blieb unklar, bei wie vielen identifizierten Personen tatsächlich Schutzmaßnahmen getroffen wurden. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, wie arbeitssuchend gemeldete, selbstständig tätige oder im Ruhestand befindliche Personen, waren von dieser Maßnahme nicht erfasst. [\(TZ 22\)](#)

Beschaffung von Schutzausrüstung

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie hatten weder der Bund noch die Länder ein umfassendes Lagebild über die vorhandene Schutzausrüstung bzw. die Verfügbarkeit medizinischer Güter. Erst auf Nachfrage nach den vorhandenen Ressourcen bei den einzelnen Gesundheitseinrichtungen erlangten die Krisenstäbe des Gesundheitsministeriums und der überprüften Länder Oberösterreich und Salzburg einen Überblick. [\(TZ 23\)](#)

Der Bund konnte durch zusätzliche Beschaffungen – wie durch das Österreichische Rote Kreuz (**ÖRK**) sowie durch die Bundesbeschaffung GmbH – und eine Verteilungslogistik kurzfristige Versorgungsmängel bei der Schutzausrüstung weitgehend ausgleichen. Auch die Länder Oberösterreich und Salzburg reagierten durch eigene Beschaffungen zeitnah auf mögliche Engpässe. Dabei wurden sowohl in Oberösterreich als auch in Salzburg unterschiedliche Einrichtungen tätig. Durch die Einrichtung zusätzlicher Beschaffungskanäle war ein Gesamtüberblick über die Beschaffungsvorgänge erschwert. Sowohl beim Bund als auch bei den Ländern Oberösterreich und Salzburg basierten die Beschaffungsprozesse nicht auf einer Vorausplanung etwa in Form von Krisen- oder Pandemieplänen. Diese Pläne wurden erst im Laufe der Pandemie entwickelt. [\(TZ 24, TZ 25\)](#)

Die Eigenbeschaffungen des Landes Oberösterreich überstiegen von März bis Mai 2020 – bezogen auf die Bevölkerungszahl – jene des Landes Salzburg deutlich. Inwieweit dies auf niedrigere Anfangsbestände, einen höheren Verbrauch, größere

Lagerbestände oder eine höhere Bedarfsprognose zurückzuführen war, war mangels entsprechender Grundlagen nicht feststellbar. [\(TZ 25\)](#)

Bund und Länder hatten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Projekte zu Krisenlagern begonnen. Die gesetzlichen Grundlagen zur Schaffung des COVID–19–Lagers des Bundes liefen jedoch Ende 2021 aus. Für die Schaffung eines über die Pandemie hinaus geplanten strategischen Lagers bestanden im Februar 2021 noch keine Rechtsgrundlagen. [\(TZ 26\)](#)

In seine Gebarungsüberprüfung bezog der RH auch ausgewählte Krankenanstalten-träger in Oberösterreich und Salzburg ein: die Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH, die Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH, die Ordensklinikum Linz GmbH, die Kardinal Schwarzenberg Klinikum GmbH und die Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH. In ihren Krankenanstalten gab es bei Ausbruch der COVID–19–Pandemie zwar Pandemiepläne, Mindestvorräte an Schutzausrüstung waren jedoch nicht vorgesehen. Zu Beginn der Pandemie existierte keine aktuelle österreichweite Übersicht über die in Krankenanstalten vorhandene Schutzausrüstung. Die überprüften Krankenanstalten verfügten im Jahr 2020 über ausreichend Schutzausrüstung, um die Akutversorgung aufrechterhalten zu können. [\(TZ 27\)](#)

Daten zur Gesundheitsversorgung

Sowohl im Krankenanstaltenrecht als auch im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz fehlten im Wesentlichen geeignete Regelungen für den Krisen– und Katastrophenfall. Auch die Gesundheitsplanung, insbesondere der Österreichische Strukturplan Gesundheit, enthielt keine Vorkehrungen dafür. Es war zu Beginn der Pandemie auch unklar, wer für Maßnahmen zur Anpassung des Gesundheitssystems im Pandemiefall zuständig war: Im niedergelassenen Bereich war das Zusammenwirken von Krankenversicherungsträgern und Gesundheitsministerium nicht eindeutig geklärt. Im stationären Bereich waren die Gremien der Zielsteuerung–Gesundheit nicht auf entsprechend zeitnahes Handeln eingerichtet. [\(TZ 29, TZ 30\)](#)

Im niedergelassenen Bereich sprach das Gesundheitsministerium im März und Oktober 2020 Empfehlungen aus, die im Wesentlichen zur Vorsicht mahnten. Diese waren jedoch nicht im Einzelnen mit den Krankenversicherungsträgern abgestimmt und standen – während des zweiten und dritten Lockdowns – in einem Spannungsfeld zu den rechtlichen Vorgaben der jeweiligen COVID–19–Notmaßnahmenverordnung, da die Möglichkeit der ärztlichen Betreuung auch abseits von Notfällen nicht klar genug zum Ausdruck kam. [\(TZ 31\)](#)

Die Krankenanstalten in Oberösterreich und in Salzburg trafen in der ersten Pandemiewelle zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie unterschiedliche Maßnahmen: Während Salzburg auf eine zentrale Betreuung der an COVID-19 erkrankten Personen setzte und erhebliche Ressourcen dafür freistellte, sah Oberösterreich ein flexibleres Konzept vor. In der zweiten Pandemiewelle setzten beide Länder flexible Stufenpläne ein. In beiden Ländern koordinierten die Krankenanstalten die Intensivbetreuung. Dazu war der Aufbau eines effektiven Transportwesens zur Verlegung der Erkrankten zwischen den Standorten vorgesehen. In der Praxis waren die Kapazitäten für Intensivtransporte beschränkt. [\(TZ 32\)](#)

Im niedergelassenen Bereich richtete die Österreichische Gesundheitskasse (**ÖGK**) gemeinsam mit den Ländern besondere Betreuungsformen ein, etwa COVID-Visitendienste und eine Infektordination. Die ÖGK setzte zudem weitere Maßnahmen und ermöglichte insbesondere die Abrechnung von telemedizinischen Leistungen und von Heilmitteln auf Basis kontaktloser Verschreibungen. Im Unterschied zum stationären Bereich, bei dem die Zahl der behandelten COVID-19-Erkrankten bekannt war, war nicht ermittelbar, wie viele Personen im niedergelassenen Bereich aufgrund einer COVID-19-Diagnose behandelt wurden und welche Leistungen sie erhielten. [\(TZ 33, TZ 34\)](#)

Aus dem stationären Bereich der Krankenanstalten erhielt das Gesundheitsministerium aufgrund einer Vereinbarung mit den Ländern seit Mai 2020 monatlich mit rund achtwöchiger Verzögerung Diagnosen- und Leistungsdaten, welche die Grundlage für diverse Auswertungen – insbesondere zur Versorgung von an COVID-19 erkrankten Personen – und für Prognoserechnungen bildeten. In Spitalsambulanzen war eine Diagnosecodierung hingegen nur in Teilbereichen, darunter nicht für COVID-19-Erkrankungen, vorgeschrieben. Die Daten über spitalsambulante Behandlungen wurden nur halbjährlich übermittelt. [\(TZ 35\)](#)

Auch zur Beurteilung der Regelversorgung waren die verfügbaren Daten deutlich eingeschränkt. Wesentliche Faktoren dafür waren das Fehlen standardisierter Diagnosen im niedergelassenen Bereich, das Fehlen epidemiologischer Daten und von Daten zum Befinden der Erkrankten sowie zeitliche Verzögerungen zwischen der Leistungserbringung und der Abrechnung. Während das Gesundheitsministerium im Wege der Gesundheit Österreich GmbH mehrere Analysen der Regelversorgung im stationären Bereich durchführte, untersuchte nur die ÖGK die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Regelversorgung im niedergelassenen Bereich. Dies erschwerte eine übergreifende Koordinierung von Maßnahmen der Gesundheitsbehörden, der Krankenanstalten und des niedergelassenen Bereichs. [\(TZ 35, TZ 36\)](#)

Die verfügbaren Daten zeigten, dass im Jahr 2020 um 6,55 Mio. ärztliche Konsultationen und rd. 135.000 Vorsorgeuntersuchungen weniger stattfanden. In fondsfinanzierten Krankenanstalten wurden 1,8 Mio. Belagstage, davon rd. 32.000 auf Intensivstationen, und 3,8 Mio. Ambulanzkontakte weniger verzeichnet. Die größten Rückgänge gab es in der ersten Pandemiewelle. ([TZ 37](#), [TZ 40](#), [TZ 46](#))

In Oberösterreich und Salzburg ging die Anzahl der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner mit mindestens drei e-card-Konsultationen je Stichtag im ersten Lockdown im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig zurück, im zweiten Lockdown war ihre Anzahl sogar höher als im Vorjahr. Die allgemeinmedizinische Versorgung blieb somit im Wesentlichen auch während der Lockdowns aufrecht. Es gab keine Hinweise auf systematische Engpässe in der Heilmittelversorgung während der COVID-19-Pandemie. ([TZ 38](#), [TZ 39](#))

Die Zahl der Aufenthalte aufgrund von Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen ging insgesamt um 19 % gegenüber 2019 zurück. Dies führte zu Verlängerungen der Wartezeit und teilweise auch zum Aussetzen des Wartezeitenmanagements. Bei den Aufenthalten aufgrund von Herzinfarkten war am Jahresende ein Rückgang von 16 % gegenüber 2019 zu verzeichnen, bei jenen aufgrund von Krebsdiagnosen ein Rückgang von 11 % und bei jenen aufgrund von psychiatrischen Diagnosen von 16 %. Dabei handelte es sich nicht nur um Verschiebungen von der Regelversorgung zu COVID-19-Behandlungen, sondern auch um einen Rückgang der Versorgungsleistungen insgesamt. Die Notfallversorgung war insofern betroffen, als Patientinnen und Patienten bei Beschwerden und Symptomen mitunter von sich aus die Krankenanstalten nicht aufsuchten. ([TZ 41](#) bis [TZ 44](#), [TZ 46](#))

Die im Jahr 2020 feststellbare Übersterblichkeit war in der Todesfallstatistik überwiegend der Todesursache COVID-19 zugeordnet. Ob sich das geringere Leistungsvolumen im Jahr 2020 auf die Gesundheit von Teilen der Bevölkerung auswirkte, blieb unklar. Sowohl das Gesundheitsministerium als auch die ÖGK gaben an, dass sie dazu mangels entsprechender Datengrundlagen keine Aussagen machen konnten. Kritisch zu beurteilen war auch, dass kein Konzept für eine begleitende Erforschung von Langzeitfolgen durch COVID-19-Erkrankungen, Folgeschäden durch eingeschränkte Leistungen während der COVID-19-Pandemie oder für einen veränderten Bedarf der Bevölkerung, etwa aufgrund verschobener Operationen, bestand. ([TZ 15](#), [TZ 45](#))

Personalressourcen zur Pandemiebewältigung

Der Bund, die Länder und die Bezirksverwaltungsbehörden schufen zur Pandemiebewältigung kurzfristig flexible Krisenstäbe, die wesentlich für die Pandemiebewältigung waren. Die Bereitstellung ausreichender Personalressourcen und vor allem die Besetzung der Amtsarztstellen war für die Länder eine Herausforderung. (TZ 47, TZ 49)

Wesentlicher Bestandteil in der Krisenbewältigung war die Gesundheitsberatung 1450. Sie wurde auf Basis einer zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung abgeschlossenen Kooperationsvereinbarung von privaten Partnerorganisationen betrieben. Zu Pandemiebeginn war sie in sechs von neun Ländern erst wenige Monate in Betrieb. Sie war zwar eine bundesweit eingeführte, mit qualifiziertem Fachpersonal besetzte Erstkontaktstelle für gesundheitsbezogene Fragestellungen, in ihrer Konzeption aber nicht als Krisenhotline vorgesehen. In den zur Pandemiebewältigung besonders wichtigen Phasen im März und November 2020 kam es daher bei den überprüften Ländern zu einer Überlastung der Hotline. (TZ 50)

Die Betreiber reagierten zwar durch operative Änderungen bei den Prozessen sowie durch eine – mit den Ländern abgesprochene – Erhöhung der personellen und technischen Ressourcen auf die massive Zunahme der Anrufrufen. Unverändert blieb jedoch die Trennung zwischen der operativen Steuerung durch die Betreiber, der Genehmigung von Förderungen für zusätzliche Ressourcen durch die Länder und der Kompetenz für inhaltliche Vorgaben durch den Bund. (TZ 50)

Der Bund hielt die Identifizierung und Absonderung von infizierten Personen sowie das damit einhergehende Kontaktpersonenmanagement für essenziell, um eine Ausbreitung von COVID-19 gering zu halten. Dennoch war im November und Dezember 2020 aufgrund der massiv gestiegenen Fallzahlen ein Contact-Tracing gemäß den Vorgaben des Gesundheitsministeriums nicht mehr durchgängig gewährleistet. Eine Planung über den Umfang der vorzuhaltenden Personalressourcen und eine davon abgeleitete Personalplanung (Arbeitsmarktservice, Bundesheer, Landes-pools, Gemeinden etc.) für das Contact-Tracing im Fall steigender Infektionszahlen erfolgten im Sommer 2020 nicht. Die Länder verbesserten durch Automatisierungsschritte die Prozesse und konnten durch Personalaufstockung bzw. auch durch eine Assistenzleistung des Bundesheeres zeitnah die Ressourcen zum Contact-Tracing ausbauen. Die Prozesssteuerung beim Bund und die Ressourcensteuerung bei den Ländern erfolgten weitgehend getrennt. Der Austausch über die entsprechenden Daten war gering. (TZ 51)

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sollte das Epidemiologische Meldesystem weiterentwickeln und dabei dessen Zielsetzungen klären, die technischen Voraussetzungen insbesondere für die Dokumentation des Krankheitsverlaufs und das Monitoring der Absonderungsmaßnahmen schaffen und die Verpflichtung zur Eintragung klarstellen. (TZ 4)
- Gemeinsam mit den Ländern sollte das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz die für die epidemiologische Steuerung maßgeblichen Kennzahlen und Zeitpunkte der Aktualisierung identifizieren und diese möglichst einheitlich und qualitätsgesichert für die öffentliche Kommunikation verwenden. (TZ 13)
- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sollte zur Bewältigung künftiger Krisen- und Katastrophenfälle darauf hinwirken, dass die rechtlichen und technischen Grundlagen für zeitnah zu übermittelnde, einheitlich definierte Daten zur Belegung und Auslastung von Krankenanstalten geschaffen werden und dass diese Daten sowie die Diagnosen- und Leistungsdaten mit dem Epidemiologischen Meldesystem verknüpfbar sind. (TZ 19)
- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie der Dachverband der Sozialversicherungsträger sollten – unter Beachtung des Datenschutzes – rechtliche und organisatorische Grundlagen für eine systematische Nutzung aller verfügbaren Daten in Bezug auf Risikopatientinnen und -patienten für versorgungs- bzw. gesundheitspolitische Zielsetzungen (z.B. für den gezielten Schutz einzelner Patientengruppen sowie für eine Impfstrategie) schaffen bzw. auf entsprechende gesetzliche Grundlagen hinwirken. (TZ 22)

- Vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, vom Land Oberösterreich und vom Land Salzburg wären gemeinsam mit den anderen Ländern abgestimmte Vorgaben für eine mittel- und langfristige strategische Bevorratung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern zu veranlassen, um eine hohe Krisenbeständigkeit des Gesundheits- und Sozialbereichs unter Berücksichtigung des niedergelassenen Bereichs sicherzustellen. (TZ 26)
- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sollte auf eine allgemeine gesetzliche Regelung für eine wechselseitige Informations- und Zusammenarbeitsverpflichtung von Krankenversicherungsträgern, Krankenanstalten und Organen des öffentlichen Gesundheitswesens speziell im Krisen- und Katastrophenfall hinwirken, die eine bestmögliche Ressourcennutzung zur Bewältigung einer Krise bzw. Katastrophe ermöglicht und eine Einbindung in die staatlichen Krisenstrukturen sicherstellt. (TZ 30)
- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, der Dachverband der Sozialversicherungsträger und die Österreichische Gesundheitskasse sollten die Struktur der im Gesundheitswesen verfügbaren Daten so weiterentwickeln, dass nicht nur korrekte Abrechnungen, sondern unter Berücksichtigung epidemiologischer Daten sowie von Daten zur Ergebnisqualität der Behandlung auch eine Beurteilung versorgungspolitischer Zielsetzungen unter Public-Health-Gesichtspunkten möglich werden. (TZ 35)

Zahlen und Fakten zur Prüfung

Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie			
Rechtsgrundlagen	Epidemiegesetz 1950, BGBl. 186/1950 i.d.g.F. Bundesgesetz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19, BGBl. I 12/2020 i.d.g.F. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung, insbesondere BGBl. II 544/2020 und 598/2020		
Kenndaten	Jahr 2020		
	Österreich	Oberösterreich	Salzburg
	Anzahl		
positiv getestete Fälle	361.472	72.550	28.672
Todesfälle ¹	6.222	1.129	338
Testungen	3.836.920	465.906	217.713
Belagstage von COVID-19-Erkrankten in Krankenanstalten	268.533	54.279	15.148
<i>davon</i>			
<i>auf Intensivstationen</i>	48.025	7.980	2.238
Höchststand belegte Intensivbetten durch COVID-19-Erkrankte	714	152	32
Höchststand belegte Normalbetten durch COVID-19-Erkrankte	3.985	982	235
	in %		
Rückgang e-card-Konsultationen April 2020 gegenüber April 2019 ²	38,7	38,4	36,3
Rückgang Belagstage in Krankenanstalten 2020 gegenüber 2019	15	14	13
Übersterblichkeit 2020 ³	8	n.v.	n.v.
	in Mio. EUR		
Beschaffungsvolumen Schutzausrüstung Bund (Österreichisches Rotes Kreuz)	166,67	n.v.	n.v.
Beschaffungsvolumen Länder gemäß COVID-19-Zweckzuschussgesetz März bis Mai 2020	236,69	76,40	5,17
	in Vollzeitäquivalenten		
Höchststand Personalressourcen Contact-Tracing	n.v.	633	186

n.v. = nicht verfügbar

Quelle: Gesundheitsministerium

¹ Der Wert umfasst Personen, die direkt an den Folgen der Viruserkrankung selbst oder „mit dem Virus“ (an einer potenziell anderen Todesursache) verstorben sind.

² kurative Leistungen und Vorsorgeuntersuchungen

³ bezogen auf den Durchschnitt der Jahre 2017, 2018 und 2019.

Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte von August 2020 bis Februar 2021 die Nutzung von Gesundheitsdaten zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie. Die Überprüfung umfasste das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**), die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (**AGES**), die Österreichische Gesundheitskasse (**ÖGK**), den Dachverband der Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Dachverband**), die Länder Oberösterreich und Salzburg sowie ausgewählte Krankenanstaltenträger in diesen Ländern: die Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH (in der Folge: **Klinikum Wels–Grieskirchen**), die Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH (**OÖG**), die Ordensklinikum Linz GmbH (in der Folge: **Ordensklinikum Linz**), die Kardinal Schwarzenberg Klinikum GmbH (in der Folge: **Kardinal Schwarzenberg Klinikum**) und die Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH (**SALK**). Erhebungen führte der RH auch beim Bundesministerium für Inneres (in der Folge: **Innenministerium**) und bei der Stadt Wien durch.¹

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung der Verfügbarkeit, Qualität und Aufbereitung von gesundheitsbezogenen Daten

- zum Infektionsgeschehen und zur epidemiologischen Steuerung,
- zu ausgewählten Ressourcen, die zur Pandemiebewältigung eingesetzt wurden, sowie
- zur Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich und in Krankenanstalten während der Pandemie.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen das Jahr 2020. Die u.a. ab Dezember 2020 angebotenen Testmöglichkeiten (z.B. Massentests, (kostenlose) COVID-19-Antigentests) und Impfungen waren nicht Gegenstand der Gebarungsüberprüfung. Soweit neben den im Jahr 2020 gesetzten Maßnahmen auch die zu Pandemiebeginn bestehenden Rahmenbedingungen (z.B. Verfügbarkeit von Datenbanken und Daten, Strukturen der Zusammenarbeit und Meldeverfahren) relevant waren, bezog der RH auch deren Entwicklung und Charakteristika in die Überprüfung mit ein.

(2) Die überprüften Vorgänge waren vielfach keine Regelabläufe, sondern mitunter zeitnah und kurzfristig entschiedene (Sonder-)Maßnahmen zur Pandemiebewältigung, die vielfältige und besondere Herausforderungen an die handelnden Personen stellten. Der RH berücksichtigte dies bei seinen Prüfungsmaßstäben (Fokus auf Zweckmäßigkeit zur Pandemiebewältigung) und in seinem Prüfungsvorgehen (Rück-

¹ Für das mit dieser Aufgabe betraute Land Wien verwendet der RH gemäß § 16 Rechnungshofgesetz 1948, BGBl. 144/1948 i.d.g.F., grundsätzlich den Begriff „Stadt Wien“. Wenn die Aufgaben als Land im Vordergrund stehen, verwendet der RH die Bezeichnung „Land Wien“.

sichtnahme auf laufende operative Maßnahmen der Pandemiebewältigung bzw. die zur Pandemiebewältigung erforderlichen Ressourcen).

Die Würdigungen einschließlich der daraus abgeleiteten Empfehlungen zielen primär darauf ab, Lessons Learned für eine künftige Krisenbewältigung und damit verbundene zweckmäßige Maßnahmen zu identifizieren. Für den RH stand somit nicht im Vordergrund, ob zum Zeitpunkt der getroffenen Maßnahmen bereits eine andere, allenfalls bessere Vorgehensweise realistisch denkbar gewesen wäre, sondern, wie in Zukunft auf vergleichbare Situationen reagiert werden soll. Auch wenn während der Pandemiebewältigung im Jahr 2020 kurzfristig Maßnahmen zur Neugestaltung von IT-Systemen, zur Optimierung von Prozessabläufen oder zur Bereitstellung von Ressourcen nicht umsetzbar waren, sollen die Würdigungen und Empfehlungen des RH zukunftsorientiert aufzeigen, wo solche Maßnahmen bei Fortdauern der Pandemie bzw. bei einem erneuten Auftreten einer Pandemie zweckmäßig bzw. erforderlich sein können.

(3) Zeitgleich zur vorliegenden Gebarungsüberprüfung führte der RH beim Gesundheitsministerium sowie bei den Ländern Kärnten, Niederösterreich und Wien eine Gebarungsüberprüfung zum Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden durch. Darüber legt er einen gesonderten Bericht vor.

(4) Zu dem im Juli 2021 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Kardinal Schwarzenberg Klinikum im Juli 2021, das Ordensklinikum Linz im August 2021 sowie das Innenministerium, die OÖG und die SALK im September 2021 Stellung. Die ÖGK, das Gesundheitsministerium, der Dachverband sowie die Länder Oberösterreich und Salzburg nahmen im Oktober 2021 Stellung.

Das Klinikum Wels–Grieskirchen verzichtete im September 2021 auf eine Stellungnahme und teilte mit, die auf die Krankenanstaltenträger bezogenen Empfehlungen zu evaluieren. Die AGES teilte in ihrer Stellungnahme vom Oktober 2021 mit, dass sie keine Anmerkungen zum Prüfungsergebnis habe.

Der RH übermittelte seine Gegenäußerungen an das Gesundheitsministerium, den Dachverband, die OÖG, das Land Oberösterreich und das Kardinal Schwarzenberg Klinikum im Dezember 2021. Gegenüber dem Innenministerium, der AGES, der ÖGK, dem Land Salzburg sowie dem Klinikum Wels–Grieskirchen, dem Ordensklinikum Linz und der SALK waren keine Gegenäußerungen erforderlich.

(5) Das Land Salzburg hielt in seiner Stellungnahme allgemein fest, dass es zu den Feststellungen und Empfehlungen keinen Einwand erhebe. Diese seien sehr wertvolle und hilfreiche Hinweise für die zukünftige Gestaltung von Datengrundlagen zur Pandemiebewältigung und für die in der Pandemieplanung zu berücksichtigenden Maßnahmen. In den für die Länder wesentlichen Fragestellungen bestätigte der

Bericht die Sichtweise der Landesgesundheitsreferentinnen und –referenten, so etwa die Beschlüsse der Landesgesundheitsreferentenkonferenz vom 20. November 2020.

Allgemeines

- 2.1 (1) Im Dezember 2019 wurde erstmals über die Häufung von Lungenkrankheiten unklarer Herkunft in Wuhan (China) berichtet. Im Jänner 2020 konnte das verantwortliche Virus (SARS-CoV-2) isoliert werden, die Erkrankung erhielt den Namen corona virus disease 2019 (COVID-19). Bis Ende Jänner 2020 wurden in China rd. 8.000 COVID-19-Erkrankungen labordiagnostisch bestätigt und weitere 18 Staaten berichteten über das Auftreten von Infektionen. Daraufhin erklärte die Weltgesundheitsorganisation (**WHO**) COVID-19 am 30. Jänner 2020 zu einer gesundheitlichen Notlage internationaler Tragweite, am 11. März 2020 zur Pandemie. Im März 2020 hatte sich das Virus bereits auf über 114 Staaten ausgebreitet. In Österreich wurden am 25. Februar 2020 die ersten COVID-19-Fälle bestätigt.

Bis 5. Jänner 2021 wurden weltweit 84 Mio. COVID-19-Fälle und 1,8 Mio. Todesfälle an die WHO gemeldet. Die verfügbaren Informationen über das Virus und die Erkrankung (z.B. Ansteckungswege und Symptome) entwickelten sich während der Pandemie laufend weiter.

(2) Die Abwehr von Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung (Gesundheitswesen) fiel gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 Bundes-Verfassungsgesetz (**B-VG**) sowohl in Gesetzgebung als auch in Vollziehung (mittelbare Bundesverwaltung) in die Zuständigkeit des Bundes. Damit oblag die Ausübung der Verwaltung im Gesundheitswesen in den Ländern nicht eigenen Bundesbehörden, sondern dem Landeshauptmann und den ihm unterstellten Landesbehörden. Der zuständige Bundesminister hatte dabei gegenüber dem Landeshauptmann ein Weisungsrecht (Art. 102 und 103 B-VG). In Gesetzgebung und Vollziehung des Bundes fiel gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG auch das Sozialversicherungswesen, das jedoch größtenteils von den Sozialversicherungsträgern in Selbstverwaltung zu vollziehen war. Beim Krankenanstaltenwesen lagen gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG die Grundsatzgesetzgebung beim Bund und die Ausführungsgesetzgebung sowie die Vollziehung bei den Ländern.

Somit bestanden zu Jahresbeginn 2020 drei wesentliche Systeme im Gesundheitsbereich:

- das öffentliche Gesundheitswesen (Gesundheitsbehörden) mit dem Instanzenzug von den Bezirksverwaltungsbehörden über den Landeshauptmann an den Gesundheitsminister,
- das Sozialversicherungswesen (Selbstverwaltung) zur Organisation des Gesundheitswesens im niedergelassenen Bereich sowie
- das Krankenanstaltenwesen im überwiegenden Verantwortungsbereich der Länder.

Zur Verbesserung der Koordination der Aufgabenwahrnehmung im Gesundheitsbereich hatten Bund und Länder Art. 15a B-VG Vereinbarungen abgeschlossen.² Die Maßnahmen nach diesen Vereinbarungen waren im Wesentlichen langfristig ausgerichtet; z.B. wies der Österreichische Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) einen Planungshorizont von über fünf Jahren auf und unterlag einem Entstehungsprozess von in der Regel mehr als einem Jahr.

(3) Um Ansteckungen bei der Diagnose und Behandlung von Personen mit einer COVID-19-Infektion zu vermeiden, entschied die Bundesregierung, dass Verdachtsfälle über die Gesundheitsberatung 1450 erfasst und in der Folge getestet werden sollten. Die Gesundheitsberatung 1450 war ein telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice, das auf Grundlage einer Festlegung der Bundes-Zielsteuerungskommission des Jahres 2013 ab 2017 eingerichtet wurde und ab 2019 in allen Ländern implementiert war. Gemäß einer Kooperationsvereinbarung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern erbrachten dabei privatrechtlich organisierte Einrichtungen bestimmte Leistungen, die sie mit den Ländern, den Landesgesundheitsfonds bzw. Sozialversicherungen vereinbarten. Eine unmittelbare Einbindung dieser Einrichtungen in eine behördliche Weisung oder in die behördliche Infrastruktur (z.B. Zugang zum Zentralen Melderegister) bestand nicht.

(4) Mit der COVID-19-Pandemie waren noch weitere Behörden befasst: Da die Bewältigung der COVID-19-Pandemie viele Bereiche der Verwaltung (z.B. Schulen, Tourismus, Grenzkontrollen) betraf, setzte die Bundesregierung insgesamt Maßnahmen, die der Bundeskanzler und der Vizekanzler koordinierten. Häufig trafen der Bundeskanzler, der Vizekanzler, der Gesundheitsminister und der Innenminister in Abstimmung mit den Landeshauptleuten gemeinsam Entscheidungen. Unabhängig von der Zuständigkeit der Gesundheitsbehörden war das Innenministerium für das allgemeine Krisen- und Katastrophenmanagement zuständig. Verschiedene Bundes- und Landesbehörden inklusive der Bezirksverwaltungsbehörden richteten Krisenstäbe ein, die für eine rasche Reaktionsfähigkeit der jeweiligen Stellen sorgen sollten.

² Art. 20 Abs. 1 Z 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 105/2008 i.d.F. BGBl. I 199/2013; Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (Zielsteuerungsvereinbarung 2013), BGBl. I 200/2013

Die rechtliche Zuständigkeit und Verantwortung für behördliche Maßnahmen wurden dadurch nicht verändert, die Krisenstäbe unterstützten die zuständigen Organe bei der Zusammenführung der Informationen und der Umsetzung der Entscheidungen.

(5) Im Unterschied zu anderen Krisen (z.B. Naturkatastrophen) erforderte die COVID-19-Pandemie eine häufige Anpassung der Rechtsgrundlagen. So entstanden alleine auf Bundesebene zwischen 27. Jänner 2020 und 16. September 2020 neun Bundesgesetze, 98 Verordnungen und 25 Erlässe im Zusammenhang mit COVID-19. Diese waren – teils sehr kurzfristig – von allen zuständigen Behörden (insbesondere von 79 Bezirkshauptmannschaften und von Magistraten in 15 Statutarstädten) umzusetzen.

- 2.2 Der RH wies darauf hin, dass die Bewältigung der COVID-19-Pandemie eine zeitnahe Reaktion auf neue Erkenntnisse zur Erkrankung und zum Infektionsgeschehen erforderte und die Behörden laufend veränderte Rechtsgrundlagen umzusetzen hatten. Vor dem Hintergrund der Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen öffentlichem Gesundheits-, Krankenanstalten- und Sozialversicherungswesen sowie der Einbeziehung der Gesundheitsberatung 1450 als vierten Bereich stellte dies eine wesentliche Herausforderung dar. Soweit auch andere Lebensbereiche betroffen waren (z.B. Schulen), war darüber hinaus eine Zusammenarbeit mit anderen Ressorts erforderlich.

Daten zum Infektionsgeschehen und zur epidemiologischen Steuerung

Überblick

3.1 (1) Informationen zur Entwicklung des Infektionsgeschehens sowie der Erkrankungs- und Todesfälle waren von erheblicher Bedeutung für die Bewältigung der Pandemie. Dies betraf die wissenschaftliche Analyse – z.B. um Erkenntnisse über Ansteckungswege zu gewinnen –, die Isolierung der infizierten Personen zur Verhinderung der Ausbreitung im Einzelfall, die Entscheidung über allgemeine oder zielgruppenspezifische Maßnahmen zur Kontaktreduktion (z.B. Lockdowns) und die allgemeine Information der Bevölkerung.

(2) Welche Daten für die Epidemiebekämpfung zu erheben und zu verarbeiten waren, war im Epidemiegesetz 1950³ für Einzelfälle geregelt. Welche aggregierten Informationen zur Begründung von Entscheidungen über allgemeine Maßnahmen maßgeblich waren, war gesetzlich nicht geregelt.⁴ Anstatt Betretungs- und Ausgangsbeschränkungen an das Überschreiten von bestimmten Datenwerten zu binden, legte der Gesetzgeber fest, entsprechende Maßnahmen an die Zustimmung des Hauptausschusses des Nationalrats zu binden. Die Maßnahmen waren ab 26. September 2020 auf jeweils zehn Tage zu befristen und zu begründen.⁵ Die konkreten Parameter dafür wurden durch sich ändernde Rahmenbedingungen (z.B. neue Testmöglichkeiten, Entwicklung von Virusmutationen) immer wieder angepasst.

(3) Zur Beurteilung des Infektionsgeschehens lagen dem Gesundheitsministerium im Wesentlichen zwei Informationsquellen vor:

- 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.

³ BGBl. 186/1950 i.d.g.F.

⁴ Als der Gesetzgeber im COVID-19-Maßnahmegesetz vom 15. März 2020 Betretungsverbote regelte (BGBl. I 12/2020, Art. VIII § 2), knüpfte er diese an die Notwendigkeit der Verhinderung der Verbreitung von COVID-19.

Der Verfassungsgerichtshof stellte im Herbst 2020 fest, dass dazu eine konkrete Begründung erforderlich war. Ab Herbst 2020 ermöglichte der Gesetzgeber auch Ausgangsbeschränkungen und knüpfte diese an die Notwendigkeit, den Zusammenbruch der medizinischen Versorgung oder ähnliche Notlagen zu verhindern.

⁵ § 11 Abs. 3 COVID-19-Maßnahmegesetz i.d.F. BGBl. I 104/2020

Die Meldungen der Länder an das SKKM enthielten auch Daten zu den durchgeführten Tests, zu Krankenanstaltenaufenthalten, Todesfällen und verfügbaren Krankenanstaltenressourcen. Ergänzend erfolgten Erhebungen des Gesundheitsministeriums zu den verfügbaren Krankenanstaltenkapazitäten.

(4) Diese Informationsquellen wurden in unterschiedlichen Darstellungen aufbereitet:

- Die Entscheidungsträger (insbesondere die Krisenstäbe auf Bundes- und Landesebene) erhielten interne Berichte, z.B. den Lagebericht der AGES.
- Das Gesundheitsministerium, das Innenministerium, die AGES und die Länder stellten der Öffentlichkeit verschiedene Datenaufbereitungen zur Verfügung.
- Ab Juni 2020 stellte das Gesundheitsministerium bestimmte Informationen für die Forschung über die Gesundheit Österreich GmbH (**GÖG**) zur Verfügung.
- Für bestimmte Zwecke (z.B. zur Identifikation von Risikopatientinnen und -patienten) bearbeiteten die Behörden die Daten in Verbindung mit anderen Informationen (z.B. Vorerkrankungen).
- Darüber hinaus erfolgten auch mittelfristige Analysen, z.B. im Rahmen des COVID-Prognose-Konsortiums⁶ oder der Corona-Kommission, die teilweise veröffentlicht wurden (TZ 20).

3.2 Der RH wies darauf hin, dass einerseits ein hohes Informationsbedürfnis zur Lage und Entwicklung der Pandemie bestand, andererseits keine gesetzlichen Vorgaben zu den konkreten bereitzustellenden Kennzahlen vorlagen. Die beiden verfügbaren Informationsquellen zum Infektionsgeschehen (EMS und SKKM-Meldungen) wurden für verschiedene Zielgruppen auf unterschiedliche Weise aufbereitet. Der RH verweist dazu auf seine folgenden Ausführungen zu den Besonderheiten der jeweiligen Informationsquelle (TZ 4 bis TZ 11, TZ 18), zur Aufbereitung der Information (TZ 12 bis TZ 14), zu Kontextinformationen (TZ 15 bis TZ 17) und zur Nutzung von Informationen (TZ 19 bis TZ 22).

⁶ Das COVID-Prognose-Konsortium, bestehend aus Expertinnen und Experten der Technischen Universität Wien/DEXHELPP/dwh GmbH, der Medizinischen Universität Wien/Complexity Science Hub Vienna (CSH) und der GÖG, erstellte wöchentlich konsolidierte Kurzfristprognosen zum Verlauf der an COVID-19 erkrankten Personen in Österreich sowie zu den aktuell verfügbaren Kapazitäten im Spitalsbereich ([https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-\(2019-nCov\)/COVID-Prognose-Konsortium.html](https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-(2019-nCov)/COVID-Prognose-Konsortium.html); abgerufen am 19. November 2021).

Epidemiologisches Meldesystem

- 4.1 (1) Nach dem Epidemiegesetz 1950 hatten insbesondere Ärztinnen, Ärzte und Labore Fälle bestimmter Krankheiten an die Bezirksverwaltungsbehörden zu melden, die in der Folge Maßnahmen zur Vermeidung einer weiteren Verbreitung zu treffen und entsprechende Informationen zentral zu erfassen hatten. Es verpflichtete das Gesundheitsministerium im Jahr 2008, dafür ein elektronisches Register einzurichten und zu betreiben.⁷ Das Gesundheitsministerium entwickelte dazu mit Unterstützung externer Projektpartner das EMS, das im Jahr 2009 in Produktivbetrieb ging. Ziele des EMS waren die Reduktion und Verbesserung der Informationswege und –dauer, die Festlegung und Vereinfachung von standardisierten Abläufen in der epidemiologischen Abklärung durch die Bezirksverwaltungsbehörden und die Sicherstellung der Datenqualität.

Auf Basis einer entsprechenden gesetzlichen Ermächtigung verpflichtete der Gesundheitsminister im Jahr 2013 Labore durch Verordnung zur elektronischen Anzeige bzw. Einmeldung in das Register.⁸ Für Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenanstalten war eine schriftliche Anzeige oder eine freiwillige elektronische Meldung vorgesehen.⁹ Die Bezirksverwaltungsbehörden waren zur Verarbeitung insbesondere von Daten zur Identifikation der betroffenen Person, zum Krankheitsverlauf sowie zu den getroffenen Maßnahmen (z.B. Absonderung erkrankter Personen) im EMS verpflichtet. Die konkreten Abläufe waren für jede anzeigepflichtige Erkrankung entsprechend den medizinischen Notwendigkeiten anzupassen. Nach Abschluss der Fälle löschte das Gesundheitsministerium den Personenbezug und überführte die Daten in ein Statistik–Register.¹⁰ Das Gesundheitsministerium veröffentlichte auf seiner Website Berichte über die aufgetretenen Erkrankungen und Todesfälle, vermeldete vor der COVID–19–Pandemie jedoch keine großflächigen Krankheitsausbrüche.

In den meisten anderen europäischen Ländern (z.B. in Deutschland) gab es nach Angaben des Gesundheitsministeriums bei Ausbruch der COVID–19–Pandemie keine vergleichbaren Datenbanken.

- (2) Vor der COVID–19–Pandemie begann die Bearbeitung anzeigepflichtiger Erkrankungen in der Regel damit, dass Personen aufgrund aufgetretener Symptome eine Ärztin bzw. einen Arzt aufsuchten, die bzw. der eine Verdachtsdiagnose stellte und

⁷ § 4 Epidemiegesetz 1950 i.d.F. BGBl. I 76/2008

⁸ Verordnung BGBl. II 184/2013; die elektronische Anzeigepflicht für Labore trat am 1. Jänner 2014 in Kraft und wurde 2018 in das Epidemiegesetz 1950 übernommen (siehe § 4 Epidemiegesetz 1950 i.d.F. BGBl. I 37/2018).

⁹ § 4 Abs. 17 Epidemiegesetz 1950 i.d.F. BGBl. I 43/2012. Eine Verordnung aus 2013 (BGBl. II 200/2013) berechnete die Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenanstalten zur elektronischen Meldung, verpflichtete sie aber nicht dazu.

¹⁰ § 4a Epidemiegesetz 1950 i.d.F. BGBl. I 37/2018

eine „Arztmeldung“ darüber an die Bezirksverwaltungsbehörden übermittelte. Häufig erfolgte die Klärung des Verdachts durch einen Laborbefund, der ebenfalls an die Bezirksverwaltungsbehörde erging. Diese traf die erforderlichen Maßnahmen (z.B. Quarantäne einer Person), verfolgte den weiteren Verlauf der (meist wenigen) Erkrankungsfälle – etwa eine allfällige Hospitalisierung, Genesung oder einen Todesfall – und erfasste diese Daten im EMS. Wenn ein Ausbruch beendet war (meist nach einigen Wochen), schloss die Bezirksverwaltungsbehörde die Fälle ab, was zur Anonymisierung der personenbezogenen Daten führte. Die Erfassung der Maßnahmen im EMS diente – neben den statistischen Auswertungen – primär der Zusammenarbeit in überregionalen Fällen.

Die Abwicklung der Verwaltungsschritte (z.B. Erstellung eines Bescheides) erfolgte typischerweise über eigene Datenbanken der Länder, die mit den entsprechenden elektronischen Aktensystemen kompatibel waren. Das EMS wurde im Wesentlichen zur Meldung verwendet.

(3) Bei COVID-19-Erkrankungen war der Ablauf deutlich anders: Da bei Auftreten von Symptomen keine Arztkonsultation, sondern ein Test über die Gesundheitsberatung 1450 erfolgen sollte, begann der Prozess meist nicht mit einer Arztmeldung. Häufig war der erste Schritt im EMS eine Labormeldung. Aufgrund der rasch wachsenden Fallzahlen war eine Weiterverfolgung aller Fälle im Hinblick auf den weiteren Krankheitsverlauf (z.B. Hospitalisierung) kaum mehr möglich. Das Abschließen der Fälle (verbunden mit der Löschung der personenbezogenen Daten) unterblieb teilweise, um im Falle einer künftigen Gefährdung als Kontaktperson eine bestehende Immunisierung durch die Erkrankung noch aktenkundig zu haben. Weiters änderten sich wesentliche Parameter (z.B. die Definition eines Verdachtsfalls, Testmethoden bzw. die Interpretation der Laborergebnisse (Relevanz eines Ct-Werts)) laufend und erforderten somit wiederholte Anpassungen der Vorgehensweise.

(4) Das Gesundheitsministerium hielt laufend durch Erlässe und Eingabehilfen wesentliche Eckpunkte der Vorgehensweise im EMS im Zusammenhang mit COVID-19 fest. Diese Festlegungen betrafen technische Details der Eingabe, aber auch grundlegende Entscheidungen wie die Meldepflicht negativer Laborergebnisse und Vorgaben zum Umgang mit Antigentests. In regelmäßigen Sitzungen mit den Landessanitätsdirektionen wurden offene Fragen geklärt.

Folgende wesentliche Punkte betreffend das EMS wurden jedoch nicht explizit festgelegt:

- Das Epidemiegesetz 1950 regelte grundsätzlich auch die Verarbeitung von Daten zum Krankheitsverlauf im EMS, enthielt jedoch keine explizite Verpflichtung der Bezirksverwaltungsbehörden, derartige Daten zu erfassen. Im EMS war ein Feld über die Hospitalisierung vorhanden, das jedoch meist nur den Zustand beim Test bzw. bei der Meldung abbildete. Die weiteren Änderungen (spätere Hospitalisierung, Verlegung, Entlassung) waren nicht im EMS erfasst, entsprechende Schnittstellen zu den Krankenanstalteninformationssystemen bestanden nicht. Dementsprechend standen keine zuverlässigen personenbezogenen Daten zur Hospitalisierung von infizierten Personen aus dem EMS zur Verfügung.
- Gemäß Epidemiegesetz 1950 waren auch Maßnahmen zur Krankheitsbekämpfung im EMS zu erfassen. Dafür stand insbesondere je ein Feld zum Beginn der Erkrankung und zum Beginn der Absonderung zur Verfügung. In Kombination mit dem Labortestdatum hätte sich so ein Überblick über die Dauer bis zur Absonderung ergeben. Die Verpflichtung zur Eintragung der Daten in diese Felder wurde jedoch nicht näher konkretisiert.¹¹

Weiters wies das EMS ein Freitextfeld für die Quelle der Erkrankung bzw. die Kontaktpersonen auf. In den Ländersystemen waren teilweise umfassendere Informationen dazu vorgesehen.

- Es blieb ungeregelt, ob ein bei der Gesundheitsberatung 1450 zum Test angemeldeter Verdachtsfall bereits im EMS zu erfassen war oder erst ein positives Testergebnis. Diese Fälle erfüllten zwar häufig die inhaltlichen Kriterien für Verdachtsfälle, die Gesundheitsberatung 1450 war jedoch gemäß Epidemiegesetz 1950 nicht meldepflichtig. Somit blieb es den Ländern überlassen, nach Maßgabe der dort verfügbaren elektronischen Schnittstellen und Verantwortlichkeiten eine etwaige Meldung vorzusehen.

(5) Schnittstellen im EMS zu den elektronischen Aktensystemen der Länder zur Bescheiderstellung oder zur Ablage von Beilagen bestanden nicht. Die Länder verwendeten daher zur Bearbeitung eines Falls auch Landesapplikationen.

Obwohl das EMS nach den Vorgaben des Epidemiegesetzes 1950 allgemein der Aufgabenwahrnehmung durch die Bezirksverwaltungsbehörden (Erhebungen zu anzeigepflichtigen Erkrankungen, Verhinderung der Weiterverbreitung) dienen sollte, war es in der Praxis hauptsächlich ein Meldesystem. Die vorgesehenen Datenfelder und Arbeitsabläufe gingen zwar über die Meldung der Erkrankung deutlich hinaus, ermöglichten jedoch kein durchgehendes Monitoring des Krankheitsverlaufs

¹¹ Laut den Erläuterungen zum Epidemiegesetz 1950 (§ 4 Abs. 4) waren neben den Stammdaten auch Daten zum erkrankungsrelevanten Umfeld der Patientin bzw. des Patienten bzw. der Kontaktperson einzugeben. Weiters waren die Daten zur Vorgeschichte und zum Krankheitsverlauf sowie zu den Vorkehrungsmaßnahmen zu erfassen.

(siehe Anhang B, Abbildungen A bis D und Tabellen A und B). Inwieweit das EMS auch für ein Controlling der Absonderungsmaßnahmen bestimmt war und ausreichte, blieb unklar.

(6) Das Gesundheitsministerium gab gegenüber dem RH an, dass es Unterschiede im Umgang mit dem EMS bereits vor der COVID-19-Pandemie gegeben habe. Während der Pandemie sei im Rahmen von wöchentlichen Abstimmungssitzungen mit den Ländern an der Harmonisierung gearbeitet worden. Es sei jedoch oftmals nicht als zielführend betrachtet worden, funktionierende etablierte Strukturen – inklusive Einbindung weiterer IT-Tools z.B. zur Erstellung von Bescheiden – zu ändern. Wichtig sei es vor allem gewesen, Verzögerungen beim Einleiten von Maßnahmen zu verhindern. Grundsätzlich sei eine vollständige Datenerfassung im EMS laut den gesetzlichen Bestimmungen erforderlich und vom Ministerium vorgesehen. Das sei jedoch aufgrund der Dringlichkeit der Meldung und aufgrund fehlender Daten nicht immer unmittelbar möglich, auch da das EMS für eine Reihe unterschiedlicher anzeigepflichtiger Krankheiten konzipiert wurde und nicht immer alle Informationsaspekte auf jeden Fall zutreffen. Jene Datenfelder, die zur Förderung rascher Maßnahmen und Bekämpfung von Krankheiten dienen, seien als Pflichtfelder gekennzeichnet. Das Gesundheitsministerium werde für die Weiterentwicklung des EMS eine Expertenrunde einrichten. Ziel sei eine umfassende Begleitung der Sanitätsbehörden bei der Bewältigung von Epidemien und Pandemien. Dazu würden auch die Verknüpfung mit den Datensystemen der Krankenanstalten sowie Alten- und Pflegeheime und weitere Verbesserungen im Contact-Tracing, im Datenaustausch mit Laboreinrichtungen und Ärztinnen bzw. Ärzten geprüft sowie nach Möglichkeit auch die Anforderungen der Wissenschaft oder anderer Bundesbehörden berücksichtigt.

- 4.2 Der RH würdigte das vom Gesundheitsministerium seit dem Jahr 2009 betriebene EMS als eine wichtige Grundlage für eine wirksame epidemiologische Überwachung. Durch dieses Register verfügte Österreich im internationalen Vergleich über eine gute Ausgangslage zur Erfassung des Infektionsgeschehens der COVID-19-Pandemie. Der RH anerkannte auch, dass zeitnah eine Anpassung des Systems an die Vorgehensweise bei COVID-19-Erkrankungen erfolgte. Er sah jedoch kritisch, dass das Ziel des EMS im Hinblick auf die COVID-19-Pandemie unscharf blieb und seine Ausgestaltung daher nicht entsprechend fokussiert werden konnte: Für die ausschließliche Meldung positiver Labortests war das EMS zu komplex. Für ein Monitoring des Krankheitsverlaufs war es trotz der entsprechenden Regelung im Epidemiegesetz 1950 nicht ausgestattet. Ein Monitoring der Absonderungsmaßnahmen wäre zwar möglich gewesen, eine entsprechende Vorgabe unterblieb jedoch. Da der Beginn der Absonderung nicht verpflichtend zu erfassen war, konnte das Gesundheitsministerium anhand der Daten im EMS nicht beurteilen, inwieweit die Bezirksverwaltungsbehörden eine zeitnahe Absonderung der Infizierten erreichten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, das EMS weiterzuentwickeln und dabei dessen Zielsetzungen zu klären, die technischen Voraussetzungen insbesondere für die Dokumentation des Krankheitsverlaufs und das Monitoring der Absonderungsmaßnahmen zu schaffen und die Verpflichtung zur Eintragung klarzustellen.

- 4.3 Das Gesundheitsministerium stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung des RH zu. Es sei stets bemüht, Verbesserungen in Bezug auf eine erleichterte und qualitative, vollständige Erfassung von Meldungen zu erreichen. Daher fänden bereits Arbeiten in Abstimmung innerhalb des Gesundheitsministeriums, mit der AGES und mit den Ländern für ein EMS-NEU statt. Das Epidemiegesetz 1950 würde es lediglich zulassen, auch Daten zu den getroffenen Vorkehrungsmaßnahmen im EMS zu verarbeiten. Eine entsprechende Verpflichtung enthalte das Gesetz nicht.
- 4.4 Der RH wiederholte gegenüber dem Gesundheitsministerium, dass laut den Erläuterungen zum Epidemiegesetz 1950 (§ 4 Abs. 4) neben den Stammdaten auch Daten zum erkrankungsrelevanten Umfeld der Patientin bzw. des Patienten bzw. der Kontaktperson einzugeben waren. Weiters waren die Daten zur Vorgeschichte und zum Krankheitsverlauf sowie zu den Vorkehrungsmaßnahmen zu erfassen. Er räumte jedoch ein, dass der Wortlaut des Gesetzes selbst keine Verpflichtung normierte, und verwies auf seine Empfehlung, eine Verpflichtung klarzustellen.

Verwaltungsabläufe als Grundlage der Datenerfassung

5.1 (1) Grundsätzlich erfolgte die Bearbeitung eines COVID-19-Falls in folgenden Schritten:

- Erfassung eines Verdachtsfalls, Information über Verhaltensregeln, Personenidentifikation (überwiegend durch Gesundheitsberatung 1450),
- Abstrichnahme, Labortestung (überwiegend durch private Dienstleister),
- Erfassung als Fall, Erhebung von Kontaktpersonen und Quellensuche, Absonderung durch Bescheid (Behörde),
- Verfolgung des Krankheitsverlaufs (Genesung, Tod), Aufhebung der Quarantäne, Abschluss des Falls (Behörde).

Die konkrete Ausgestaltung dieser Schritte war je nach Land bzw. Bezirksverwaltungsbehörde unterschiedlich. Wie die folgende Tabelle am Beispiel der Bezirkshauptmannschaften Linz-Land und Salzburg-Umgebung sowie des Magistrats Wien zeigt, betraf dies insbesondere die Aufbauorganisation, die Prozessabläufe sowie die IT-Unterstützung.

Tabelle 1: Bearbeitung eines COVID-19-Falls in den Bezirkshauptmannschaften Linz-Land und Salzburg-Umgebung sowie im Magistrat Wien

		Bezirkshauptmannschaft		Magistrat Wien
		Linz-Land	Salzburg-Umgebung	
Aufbauorganisation	Abstrichnahme	zentral	zentral	dezentral
	Labor	mehrere in öffentlichen Spitälern	ein Zentrallabor	dezentral
	Fallbearbeitung	zentral	zentral	dezentral
Prozessablauf	Beginn	Testergebnis	Testvereinbarung	Testergebnis
	Arbeitsteilung	nach Arbeitsschritten	nach Fall	nach Arbeitsschritten
	EMS-Bearbeitung	manuell am Prozessbeginn	manuell am Prozessende	elektronisch während des Prozesses
IT-Unterstützung	Vorsysteme	Prolog	Rettungssoftware	Ticketssystem 1450
	elektronischer Akt	Elvis	ELISA	ELAK
	Datenbank	EPM	KRIBE	EpiSys
	interne Kommunikation	teilweise mittels Papierformularen	überwiegend elektronisch	überwiegend elektronisch

ELAK = Elektronischer Akt

ELISA = Elektronisches Aktenverwaltungssystem im Land Salzburg

Elvis = Elektronisches Verwaltungs-Informationssystem im Land Oberösterreich

EMS = Epidemiologisches Meldesystem

EpiSys = epidemiologische Datenbank der Stadt Wien

EPM = Epidemie Monitor im Land Oberösterreich

KRIBE = Datenbank zur Pandemiebewältigung im Land Salzburg

Quellen: Land Oberösterreich; Land Salzburg; Stadt Wien

(2) **Aufbauorganisation:** Im Bezirk Linz–Land stand ein zentraler Ansprechpartner für die Abstrichnahme und die Testorganisation zur Verfügung (Rotes Kreuz), die Laboruntersuchungen fanden zunächst in mehreren Laboren von öffentlichen Krankenanstalten statt. Im Bezirk Salzburg–Umgebung waren sowohl die Abstrichnahme als auch der Test überwiegend bei jeweils einem Vertragspartner konzentriert. In Wien waren mehrere Organisationen für die Abstrichnahme und mehrere Labore für die Tests eingesetzt.

Innerhalb der Bezirkshauptmannschaften Linz–Land und Salzburg–Umgebung führte im Wesentlichen eine Stelle alle Prozessschritte durch. In Wien waren mehrere Stellen im Magistrat befasst (zentrale Ersterhebungsstelle, dezentrale magistratische Gesundheitsämter, zentrales Contact–Tracing), die an unterschiedlichen Standorten arbeiteten. Die Anforderungen an die Koordinierung der beteiligten Stellen und deren Informationsaustausch waren dadurch höher.

(3) **Prozessablauf:** Die Bezirkshauptmannschaft Linz–Land und der Magistrat Wien starteten während des gesamten Jahres 2020 das Contact–Tracing erst nach Vorliegen eines positiven Testergebnisses¹², die Bezirkshauptmannschaft Salzburg–Umgebung begann damit hingegen bei Vorliegen eines Verdachtsfalls (vor dem Test). Dadurch sollten – bei positivem Testergebnis – bereits bekannte Kontaktpersonen früher abgesondert werden können. Vorgaben des Landes gab es dazu keine. Ab 15. September 2020 begann auch die Bezirkshauptmannschaft Salzburg–Umgebung aufgrund der hohen Fallzahlen erst nach positivem Test mit dem Contact–Tracing.

Das Gesundheitsministerium gab vor, dass bereits Verdachtsfälle nach Kontaktpersonen zu befragen waren. Es war jedoch unklar, ob eine von der Gesundheitsberatung 1450 zum Test angemeldete Person als Verdachtsfall galt. Die Erlässe des Bundes enthielten zwar eine inhaltliche Definition von Verdachtsfällen, nannten aber die Gesundheitsberatung 1450 nicht als für Verdachtsfälle meldepflichtige Einrichtung.¹³

Im weiteren Bearbeitungsverlauf waren in der Bezirkshauptmannschaft Linz–Land und im Magistrat Wien je nach Prozessschritt (Ersterfassung, Bescheidausstellung, Contact–Tracing) verschiedene Personen (mit–)zuständig. Die Kommunikation zwischen den Mitwirkenden erfolgte in der Bezirkshauptmannschaft Linz–Land teilweise über die IT–Systeme (EPM, EMS), teilweise aufgrund von Mitteilungen auf Papier, was mit Medienbrüchen verbunden war. Die räumliche Nähe und laufende Kommunikation der Beteiligten erleichterten jedoch den durch die Arbeitsteilung erforderlichen Informationsaustausch. Im Unterschied dazu spielten bei der Bezirks-

¹² Die Positivrate der Tests lag in dieser Zeit im einstelligen Prozentbereich.

¹³ z.B. Erlass vom 28. Februar 2020

hauptmannschaft Salzburg-Umgebung die Fallbearbeiterinnen und Fallbearbeiter eine zentrale Rolle. Sie erledigten die Eintragungen in KRIBE und EMS, wirkten im Contact-Tracing mit und erstellten auch Standardbescheide. Der Prozess wurde größtenteils elektronisch abgewickelt. Die überprüften Länder und Bezirkshauptmannschaften gaben an, bei der Prozessausgestaltung auf die verfügbaren ausgebildeten Personen, die räumlichen Möglichkeiten (zentrale oder dezentrale Bearbeitung) und die bestehende IT-Infrastruktur Rücksicht zu nehmen.

Auch der Zeitpunkt und die Art der Bearbeitung der Fälle im EMS unterschieden sich. Auf Basis der Labormeldung erfolgte bereits bei Prozessbeginn unmittelbar nach dem Test ein Eintrag. Während die Bezirkshauptmannschaft Salzburg-Umgebung die weiteren Daten überwiegend erst nach Abschluss der Fallbearbeitung (Absonderungsbescheid) eintrug, erledigte die Bezirkshauptmannschaft Linz-Land diese Eintragungen bereits vorher. In der Bezirkshauptmannschaft Linz-Land waren Personen mit Vorkrisenerfahrung im EMS für die Einträge zuständig, in der Bezirkshauptmannschaft Salzburg-Umgebung auch dafür im Anlassfall eingeschulte Personen. In Wien erfolgte die Übertragung von Daten in das EMS überwiegend über eine elektronische Schnittstelle während des noch laufenden Prozesses.

(4) **IT-Unterstützung:** In Oberösterreich und Salzburg verwendeten die Bezirksverwaltungsbehörden für die Datenübermittlung zu Beginn Excel-Sheets. Während der Pandemie entwickelten die Länder jedoch Datenbanksysteme: Die Bezirkshauptmannschaft Linz-Land nutzte das System EPM seit Ende Oktober 2020, die Bezirkshauptmannschaft Salzburg-Umgebung das System KRIBE seit 15. September 2020. In Wien stand bereits seit Beginn der COVID-19-Pandemie das System EpiSys zur Verfügung, das im Laufe des Jahres 2020 durch verschiedene Zusatzsysteme, insbesondere eine besondere Eingabeoberfläche, ergänzt wurde. Oberösterreich, Salzburg und Wien erstellten die Bescheide jeweils im landesspezifischen elektronischen Aktensystem. Während Salzburg dort auch einen wesentlichen Teil der Korrespondenz und Erhebungsergebnisse abspeicherte, erfolgte dies in Oberösterreich und Wien überwiegend in den jeweiligen Datenbanken (EPM, EpiSys). Weder Oberösterreich noch Salzburg noch Wien nutzte das EMS (bzw. dessen Zusatzmodule zum Contact-Tracing) zur operativen Arbeit. Sie setzten das EMS lediglich zur Entgegennahme der Labormeldungen und zur Meldung an das Gesundheitsministerium ein.

Schnittstellen zwischen dem EMS und den Datenbanksystemen der Länder bestanden nur teilweise, die Herstellung konsistenter Datenstände erforderte überwiegend manuelle Nachträge. Bei hoher Belastung durch viele Neuinfektionen führte dies zu Meldeverzögerungen und -diskrepanzen.

Durch diese Unterschiede traten bei steigenden Fallzahlen, insbesondere im Herbst 2020, bei unterschiedlichen Arbeitsschritten Engpässe auf, was zu Meldeverzögerungen führen konnte.

(5) Einheitliche Bescheidformulare oder Empfehlungen über den konkreten Wortlaut der Bescheide gab das Gesundheitsministerium nicht vor. Das Land Oberösterreich stellte erstmals im März 2020 Bescheidmuster zur Verfügung. Im Land Salzburg wurden einheitliche Bescheidmuster ab 13. November 2020 im Rahmen von KRIBE bereitgestellt. Obwohl mit Bescheiderlassung das österreichweit einheitlich geltende Epidemiegesetz 1950 vollzogen wurde, zeigten sich – wie nachfolgend dargestellt – bei den Absonderungsbescheiden Unterschiede:

Tabelle 2: Spruch des Absonderungsbescheids in den Bezirkshauptmannschaften Linz–Land und Salzburg–Umgebung sowie im Magistrat Wien

ausgewählte Bescheidinhalte	Bezirkshauptmannschaft		Magistrat Wien
	Linz–Land	Salzburg–Umgebung	
Kontakt	kein ungeschützter Kontakt zu nicht im selben Haushalt lebenden Personen	keine Besuche (außer Mitbewohnerinnen und –bewohner, Pflegepersonal, ärztliche Betreuung)	Kontakt zu Personen ist zu meiden
Verhaltensregeln (Tagebuch)	nein	ja	nein
Duldung von Tests	nein	nein	ja
Fiebertemperaturen messen	nein	ja	nein
Führen einer Kontaktliste	nein	ja	nein

Quellen: Land Oberösterreich; Land Salzburg; Magistrat Wien; Zusammenstellung: RH

Während der Bescheid der Bezirkshauptmannschaft 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. Nur der Bescheid des Magistrats Wien enthielt die Vorgabe, dass Untersuchungen und die Abstrichnahme für Laboruntersuchungen zu dulden waren; nur der Bescheidspruch der Bezirkshauptmannschaft Salzburg–Umgebung Verhaltensanweisungen (z.B. zweimal täglich Fieber zu messen oder eine Liste jener Personen zu führen, mit denen Gesprächskontakte länger als 15 Minuten dauerten).¹⁴ Auch die Bescheidbegründungen wiesen Unterschiede in Struktur und Formulierung auf; die Rechtsgrundlagen waren unterschiedlich ausführlich dargestellt.

¹⁴ Ein Erlass des Gesundheitsministeriums vom 15. Mai 2020 sah vor, dass Kontaktpersonen der Kategorie 1 ihren Gesundheitszustand 14 Tage lang selbst durch zweimal tägliches Fiebertemperaturen messen und das Führen eines Tagebuchs über Symptome, Körpertemperatur und allfällige Kontakte zu weiteren Personen überwachen müssen.

- 5.2 Der RH hielt fest, dass die Umsetzung des bundesweit geltenden Epidemiegesetzes 1950 in den überprüften Bezirkshauptmannschaften bzw. im Magistrat Wien erhebliche Unterschiede in den Prozessabläufen, den eingesetzten IT-Instrumenten und in Eckpunkten der inhaltlichen Bearbeitung aufwies. Dies war teilweise durch interne Festlegungen bedingt, teilweise jedoch auch durch die verfügbare Infrastruktur (Partner für die Abstrichnahme, Labore), das verfügbare Personal, die räumlichen Möglichkeiten (für eine zentrale oder dezentrale Bearbeitung) und die bestehende IT-Infrastruktur. Zentrale Vorgaben (z.B. zum Prozessbeginn) gab es nur in Ansätzen. Die inhaltlichen Unterschiede der Absonderungsbescheide (Konkretisierung der verbotenen Kontakte, Duldung von Abstrichen und Tests, Verhaltensregeln wie z.B. Fiebermessen) hielt der RH im Hinblick auf klare, einheitliche Regelungen für die Betroffenen und eine effiziente Verwaltung nicht für zweckmäßig.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern spätestens mit Ende der Pandemie den Prozessablauf für einen Infektionsfall zu analysieren sowie einen optimierten Prozess, eindeutige Meldepflichten und klare Vorgaben für eine einheitliche Bescheidpraxis festzulegen.

- 5.3 (1) Das Gesundheitsministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass gemäß dem Epidemiegesetz 1950 mit der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie eine Vielzahl von Behörden, insbesondere das Gesundheitsministerium, die Landeshauptleute und die Bezirksverwaltungsbehörden, betraut sei. Aufgrund dieser Vielzahl sei unvermeidbar, dass es zu leicht unterschiedlichen Prozessabläufen komme. Weiters sei es im Sinne einer möglichst flexiblen und regional angepassten Pandemiebekämpfung notwendig, den lokalen Behörden einen gewissen Freiraum bei der Maßnahmensetzung zu lassen. Bei Bedarf habe das Gesundheitsministerium als Oberbehörde einheitliche Vorgehensweisen in Form von Erlässen oder sonstigen Informationsschreiben vorgegeben. Es sagte zu, im Rahmen der Krisenaufarbeitung diesen Aspekt zu berücksichtigen.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Oberösterreich seien in Oberösterreich grundsätzlich bereits bei Vorliegen eines Verdachtsfalls erste Schritte des Contact-Tracings eingeleitet worden, insbesondere seien die Betroffenen zur Selbstaufzeichnung von Kontakten aufgefordert worden. Je nach Infektionszahlen und verfügbaren Ressourcen könne es jedoch gerade im Herbst 2020 auch zu einem späteren Beginn des Contact-Tracings gekommen sein.

Datenqualität im Epidemiologischen Meldesystem

Allgemeines

6.1 (1) Der RH analysierte stichprobenartig die Datenqualität von EMS-Eintragungen und ihre Verwendung. Er

- verglich für ausgewählte Einzelfälle die Aktenlage bei den Bezirksverwaltungsbehörden mit den EMS-Einträgen,
- verglich die aggregierte Darstellung der Infektionszahlen (insbesondere die Epidemiologische Kurve) mit den Rohdaten im EMS und
- überprüfte die Plausibilität der Veränderungen im EMS zwischen mehreren Stichtagen.

Dabei zeigte sich insbesondere:

- Der Akteninhalt der Stichprobenfälle (Labormeldungen, Einmeldungen der Betroffenen, Arztmeldungen etc.) stimmte mit den EMS-Eintragungen im Wesentlichen überein. Vereinzelt war der Akteninhalt selbst widersprüchlich (z.B. unterschiedliche Angaben zum Auftreten von Symptomen) bzw. traten Eingabefehler auf. Die Akten der Bezirksverwaltungsbehörden enthielten gegenüber dem EMS zusätzliche Informationen.
- Aufgrund verschiedener Besonderheiten bei der Erfassung der Fälle (z.B. Zusammenführung mehrfach erfasster Fälle bzw. Stornierungen) war die Erstellung der Epidemiologischen Kurve anhand der Rohdaten des EMS komplex. Letztlich konnte der RH jedoch die Zuordnung der im EMS erfassten Konstellationen im Wesentlichen nachvollziehen.
- Nach dem ersten Eintrag einer Labormeldung veränderten sich im Laufe der weiteren behördlichen Tätigkeit (z.B. Telefonate zur Absonderung oder zum Contact-Tracing) der Wissensstand über die betreffende Person und dementsprechend auch die Datenlage.

(2) Da nicht nur positive, sondern auch negative Testergebnisse im EMS erfasst wurden, enthielt dieses im Februar 2021 mehr als 2 Mio. Datensätze. Zu Beginn der COVID-19-Pandemie lag die Fallzählung unter 400.000. Die COVID-19-Pandemie stellte somit die bis dahin größte mengenmäßige Belastung des Systems dar. In Kombination mit der Gestaltung der Verwaltungsabläufe führte dies zu Herausforderungen insbesondere bei der Personenidentifikation, der Vollständigkeit sowie Pünktlichkeit der Einmeldungen und bei der Qualitätssicherung.

- 6.2 Der RH anerkannte, dass die Darstellung der Infektionszahlen in der veröffentlichten aggregierten Form (z.B. Epidemiologische Kurve) mit den Rohdaten im EMS sowie die Datenlage im EMS mit der Aktenlage in den Bezirksverwaltungsbehörden im Wesentlichen übereinstimmten.

Er hob hervor, dass während der COVID-19-Pandemie die technischen und prozessualen Anforderungen an die Meldung anzeigepflichtiger Krankheiten um ein Vielfaches höher waren als zuvor. Der RH stellt im Folgenden einige daraus resultierende Herausforderungen dar.

Personenidentifikation

- 7.1 (1) Erster Ansprechpartner für einen COVID-19-Verdachtsfall war meist die Gesundheitsberatung 1450. Diese nahm die Personendaten entgegen und erfasste sie im IT-System. Ein Abgleich der Daten mit dem Zentralen Melderegister (**ZMR**) des Innenministeriums oder den Registern der Sozialversicherung und somit eine eindeutige Identifizierung der jeweiligen Person fanden dabei nicht statt, da die Gesundheitsberatung 1450 in der Regel keinen Zugang zu diesen Registern hatte. Aufgrund der telefonischen Kontakte konnte auch keine Kontrolle der Identität stattfinden.

Bei der Abstrichnahme konnte die Identität durch eine Ausweiskontrolle festgestellt werden, aber ein Abgleich mit dem ZMR fand nicht statt. Auch die Labore konnten die Daten nicht im ZMR überprüfen; teilweise glichen sie die Daten mit den Registern der Sozialversicherung ab. Diese konnten jedoch Unterschiede zum ZMR aufweisen, z.B. eine Zustelladresse statt eines Hauptwohnsitzes, unterschiedliche Erfassung bei mehreren Vornamen oder akademischen Titeln, unterschiedliche Schreibweise von Sonderzeichen. Erst bei Einspielung der Daten in das EMS anlässlich der Labormeldung an die Bezirksverwaltungsbehörde fand ein Datenabgleich mit dem ZMR statt. War die Personenidentität im Abgleich nicht eindeutig (z.B. bei unterschiedlicher Schreibweise), wurde im Ergänzungsregister zum ZMR eine neue Person angelegt. Das Ergänzungsregister wurde ursprünglich geschaffen, um nicht in Österreich gemeldete Personen für etwaige Behördenkontakte eindeutig zu identifizieren. Auch im EMS führte eine Meldung für eine Person, deren Identitätskennzeichen nicht ident mit bereits angelegten Fällen war, zum Anlegen eines neuen Falls.

(2) Die Merkmale einer Person (Name, Adresse, Geburtsdatum) wurden somit dreimal – bei Kontaktaufnahme, bei Abstrichnahme und im Labor – ohne ZMR-Überprüfung erfasst bzw. verarbeitet und erst danach mit dem ZMR verglichen. Die so erzeugte Vielzahl an Doubletten verursachte einen hohen Abklärungsaufwand im EMS und im Ergänzungsregister zum ZMR.

Während der Gebarungsüberprüfung überlegten die Behörden mehrere Möglichkeiten, diese Probleme zu lösen. Einerseits wäre es möglich, den Einrichtungen der Gesundheitsberatung 1450 Zugang zum ZMR zu gewähren¹⁵, sofern der Landeshauptmann gemäß § 27a Epidemiegesetz 1950 diese zur Unterstützung bei Maßnahmen bestellte. Damit könnte die betroffene Person bereits beim Erstkontakt (Anruf bei der Gesundheitsberatung 1450) eindeutig identifiziert werden. Andererseits bestünde die Möglichkeit, im EMS neben dem Abgleich mit dem ZMR auch einen Abgleich mit den Registern der Sozialversicherung durchzuführen. Dies könnte die Anzahl der Doubletten reduzieren und die Datenqualität erhöhen.

Einen Gesamtprozessverantwortlichen, der eine eindeutige Personenkennzeichnung vom Erstkontakt über die Abstrichnahme, die Laborauswertung und die Meldung ins EMS durch Planung und Zuordnung der jeweiligen Berechtigungen sicherstellen konnte, gab es nicht. Eine Lösung der Probleme bei der Personenidentifikation gelang im Jahr 2020 nicht.

- 7.2 Der RH hielt fest, dass die eindeutige Identifikation der betroffenen Personen ein wichtiger Bestandteil der Pandemiebewältigung war. Da die Bekanntgabe eines Verdachtsfalls an die Gesundheitsberatung 1450, die Abstrichnahme und der Test vor der ersten Befassung einer Behörde erfolgten, war die Nutzung von staatlichen Registern zur Personenidentifikation nicht automatisch gegeben. Einen Gesamtprozessverantwortlichen gab es nicht. Der RH kritisierte, dass die vielfach erst im Zuge der EMS-Erfassung stattfindende eindeutige Personenidentifikation im Jahr 2020 nicht zufriedenstellend gelöst wurde und wies darauf hin, dass dies zu Doubletten bzw. Problemen bei den Datenmeldungen führte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, darauf hinzuwirken, dass bei Auftreten eines Verdachtsfalls die Identität der betroffenen Personen möglichst frühzeitig festgestellt wird und dafür – unter Einhaltung der Datenschutzvorgaben – alle geeigneten Register genutzt werden.

- 7.3 Das Gesundheitsministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass laut Epidemiegesetz 1950 bereits der Verdacht auf COVID-19 meldepflichtig sei. Die Eingabe der Identität des Verdachtsfalls in das EMS sei verpflichtend. Die Erfassung im EMS erfolge mittels ZMR-Abfrage oder indem die Person, sofern sie nicht in Österreich wohnhaft ist, in das Ergänzungsregister aufgenommen werde. Dadurch sei auch die korrekte Behördenzuständigkeit gegeben, da dieser Fall automatisch der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde zugeteilt werde.

¹⁵ gemäß § 16a Abs. 4 Meldegesetz 1991, BGBl. 9/1992 i.d.g.F.

- 7.4 Der RH bestätigte die rechtlichen Ausführungen des Gesundheitsministeriums, wies aber darauf hin, dass dadurch die vom RH beschriebenen Problemstellungen (Doubletten bzw. Fehler mangels rechtzeitiger bzw. korrekter Identitätsfeststellung) nicht gelöst wurden. Der RH sah daher weiterhin Verbesserungsbedarf.

Verzögerungen bei der Einmeldung

- 8.1 Da zu Pandemiebeginn noch nicht alle Meldungen elektronisch vorlagen, kam es zu Verzögerungen bei der vollständigen Erfassung im EMS. Im Verlauf des Frühjahrs 2020 wurden jedoch ein hoher Anteil elektronischer Einmeldungen und damit auch eine zeitnahe Erfassung der Infektionsfälle erreicht.

Im November 2020 traten während einiger Tage mit hohem Infektionsgeschehen erhebliche Verzögerungen bzw. technische Probleme bei der Einmeldung von Daten durch die Labore auf. Mehrere Stellen, darunter die im COVID-Prognose-Konsortium befassten Expertinnen und Experten, beurteilten daraufhin die Datenlage sehr kritisch. Das Gesundheitsministerium wies darauf hin, dass zur Verbesserung der IT-Performance am 13. November 2020 Server geliefert und diese am 16. bzw. 18. November 2020 in Betrieb genommen worden seien. Sofort nach Inbetriebnahme sei eine deutliche Verbesserung bemerkbar gewesen. Weitere Optimierungsmaßnahmen befänden sich in Umsetzung.

Darüber hinaus führte das Gesundheitsministerium die Meldeprobleme insbesondere auf die mangelnde Datenqualität bei den Laboren zurück: Wenn die auf der Labormeldung angegebenen Patientendaten keine Identifikation im ZMR ermöglichten und die angegebene Adresse nicht eindeutig identifizierbar war, wurde die Laboradresse für die Zuordnung des Falls zu einer Bezirksverwaltungsbehörde herangezogen. Dies sei durchaus häufig der Fall gewesen. Nach Beschwerden von einigen Bezirksverwaltungsbehörden (in deren Zuständigkeitsbereich Labore ihren Sitz hatten) verschärfte das Gesundheitsministerium die Regelungen und wies Meldungen ohne verwertbare Personen- bzw. Adressdaten zurück. Viele Labore werteten jedoch die Rückmeldungen nicht aus und schickten bei Fehlern dieselbe Datei wieder an das System. Dies führte einerseits zu nicht vollständigen Meldungen und andererseits zu einer hohen Systembelastung. Letztlich akzeptierte das Gesundheitsministerium wieder unvollständige Meldungen.

- 8.2 Der RH wies darauf hin, dass eine zeitgerechte Einmeldung von Laborergebnissen ein wichtiges Element der Pandemiebewältigung war. Er anerkannte die elektronischen Schnittstellen zwischen Laboren und EMS als wichtigen Schritt in diese Richtung. Im Hinblick auf die Notwendigkeit einer hohen Datenqualität für die weitere Bearbeitung kritisierte der RH jedoch, dass in vielen Fällen die Qualität der Adressen nicht ausreichend war.

Er verwies auf seine Empfehlung in **TZ 7** zur frühzeitigen Nutzung der staatlichen Register und merkte an, dass bei geklärter Personenidentität auch eine korrekte Adresse zur Bestimmung der Behördenzuständigkeit verfügbar sein sollte.

Vollständigkeit der Parameter

- 9.1 Der RH überprüfte anhand eines vom Gesundheitsministerium erstellten Datenauszugs aus dem EMS vom 4. Februar 2021 die Vollständigkeit der Einträge. Der dem RH übermittelte Datenauszug enthielt zu jedem Fall rd. 80 Datenfelder. Im System selbst waren noch deutlich mehr Felder vorgesehen, wovon jedoch nur ein Bruchteil ausgefüllt war. Welche Felder im EMS zu befüllen waren, war nicht eindeutig geregelt. Die Speicherung eines Datensatzes im EMS war nur möglich, wenn die Merkmale der Person (Name, Adresse, Geburtsdatum) und die Krankheit eingegeben waren, weiters generierte das System in jedem Fall eine Datumszuordnung anhand der Meldung. Bestimmte Felder waren farblich gekennzeichnet, ihre fehlende Befüllung führte zu einer Kennzeichnung des Datensatzes als unvollständig. Zahlreiche weitere Felder waren zwar vorgesehen, ihr Freibleiben hatte jedoch zunächst keine Konsequenzen.

Die folgende Tabelle stellt dar, bei wie viel Prozent der Fälle des Jahres 2020 das Erkrankungs- und Diagnosedatum sowie das Datum des Beginns der Absonderung fehlten (ergänzende Informationen enthält die Abbildung A im Anhang B):

Tabelle 3: Vollständigkeit der im Epidemiologischen Meldesystem erfassten Daten des Jahres 2020 (Stand 4. Februar 2021)

Bundesland	Anteil fehlender Einträge betreffend			
	Erkrankungsdatum	Diagnosedatum	Beginn Absonderung	erste positive Labormeldung
	in %			
Burgenland	32,6	0,3	20,3	0,0
Kärnten	40,2	12,3	29,3	1,5
Niederösterreich	16,4	9,9	15,0	0,0
Oberösterreich	33,7	7,6	39,0	0,5
Salzburg	15,7	4,7	36,2	0,2
Steiermark	58,4	2,5	58,2	0,2
Tirol	18,1	1,1	19,2	0,1
Vorarlberg	75,2	68,2	5,6	0,3
Wien	69,7	22,4	96,8	0,0
Österreich	40,8	12,8	44,2	0,3

Quelle: Gesundheitsministerium (EMS-Auswertung)

Das Erkrankungsdatum fehlte in drei Ländern (Steiermark, Vorarlberg, Wien) in mehr als der Hälfte der Fälle, das Diagnosedatum in bis zu rd. 68 % der Fälle (Vorarlberg) und der Beginn der Absonderung in bis zu rd. 97 % der Fälle (Wien).

Sowohl das Datum der Erkrankung (von dem aus sich die Absonderungsfrist errechnete) als auch das Absonderungsdatum waren in den IT-Systemen der Länder gespeichert, da diese zur korrekten Ausstellung von Bescheiden erforderlich waren. Eine Übertragung aus den Ländersystemen in das EMS oder eine vollständige erneute Eingabe war aber nicht sichergestellt. Es gab dazu weder Anweisungen des Bundes noch Maßnahmen der Länder, obwohl dies im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung möglich war.¹⁶

Das Gesundheitsministerium bzw. die AGES gaben an, dass eine zeitliche Zuordnung der Fälle über das Datum der ersten positiven Labormeldung in der Regel (mit Ausnahme der Meldung auf Basis von Antigentests durch eine Ärztin oder einen Arzt) und über das Falldatum, das beim ersten Eintrag im EMS automatisch angelegt wurde, in allen Fällen möglich war. Die übrigen Daten würden im Wesentlichen nicht verwendet; dies auch, weil die Einträge nicht die erforderliche Vollständigkeit und Qualität aufwiesen. Bei richtiger und vollständiger Information wären sie allerdings zur Beurteilung der Dauer bis zur Absonderung von Interesse.

- 9.2 Der RH wies darauf hin, dass Erkrankungs- und Absonderungsdatum grundsätzlich in den Landessystemen zur korrekten Vollziehung der Absonderung erfasst waren. Eine systematische Erfassung im EMS war im Epidemiegesetz 1950 vorgesehen und in den Datenfeldern des EMS auch möglich. Der RH bemängelte jedoch, dass die tatsächliche Befüllung im EMS nicht ausreichend war, um aussagekräftige Informationen über die Dauer bis zur Absonderung zu erhalten. Er war der Ansicht, dass dies die Beurteilung, ob die Maßnahmen gegen die Ausbreitung effektiv waren und infizierte Personen zeitgerecht abgesondert wurden, erheblich erschwerte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, geeignete Maßnahmen zu setzen, um einen Überblick über die Umsetzung einer zeitnahen Absonderung infizierter Personen zu gewinnen. Dies könnte durch eine Erfassung im EMS oder ein regelmäßiges Reporting der Länder auf Basis von Auswertungen ihrer IT-Systeme erreicht werden.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium weiters, gemeinsam mit den Ländern die vollständige Befüllung des EMS, wenn möglich durch elektronische Schnittstellen, sicherzustellen.

¹⁶ Der Landeshauptmann kann alle Möglichkeiten der Rechts- und Fachaufsicht wahrnehmen und damit z.B. Richtlinien der Geschäftsbehandlung aufstellen (vgl. *Weber/Pöschl*, Die Haftung der Länder in der mittelbaren Bundesverwaltung (2000) S. 79).

Den Ländern Oberösterreich und Salzburg empfahl der RH, eine lückenlose Erfassung des Absonderungsdatums im EMS sicherzustellen und regelmäßig den Zeitraum bis zur Absonderung zu beobachten, um bei Bedarf Verbesserungsmaßnahmen umzusetzen.

- 9.3 (1) Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, dass die praktische Umsetzbarkeit der technisch bereits möglichen Erfassung des Absonderungsdatums im EMS sowie das Ausmaß der diesbezüglichen Datenerfassung evaluiert würden, um die Eignung der Maßnahmensetzung zu prüfen.

Aus Sicht des Gesundheitsministeriums bestünden bereits ausreichend Schnittstellen, um die vollständige Befüllung gewährleisten zu können, u.a. Schnittstellen zum ZMR, für die Arztmeldung, für die Labormeldung zur Screeningdatenbank und zum System der Stadt Wien (EpiSys im Rahmen des EMS Webservice für alle Länder). Des Weiteren erhalte das Gesundheitsministerium täglich aus ELGA Impfdaten, die im Hintergrund automatisch mit den EMS-Daten abgeglichen würden.

Eine Schnittstelle aus bzw. zum Krankenhausinformationssystem sei unbedingt erforderlich, um regelmäßig und rasch die notwendigen Daten zur Hospitalisierung – insbesondere für Intensivstationen – fallbasiert, automatisiert und umfassend zu erhalten.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Oberösterreich bestehe seit 9. Dezember 2020 eine automatische Schnittstelle zwischen dem System des Landes (EPM) und dem EMS. Die ins EMS überspielten Daten würden sich auf die Pflichtfelder für Erkrankte beschränken, um immer wieder aufgetretene Kapazitätsprobleme beim EMS zu vermeiden.

- 9.4 Der RH anerkannte gegenüber dem Gesundheitsministerium die verfügbaren technischen Anbindungsmöglichkeiten an die Ländersysteme, merkte aber an, dass die Empfehlung auf die tatsächliche vollständige Befüllung auf elektronischem Weg ausgerichtet war. Wie festgestellt, war dieses Ziel in den Ländern noch nicht erreicht, weshalb aus Sicht des RH ein Verbesserungsbedarf gegeben war.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

10.1 Aufgrund der hohen pandemiebedingten Belastung war ein Vier-Augen-Prinzip bei den Dateneintragungen nicht durchgängig umsetzbar. Da teilweise kurzfristig Anpassungen im EMS wegen fortschreitender Wissensstände zum SARS-CoV-2-Virus nötig waren, konnten automatische Qualitätskontrollen (z.B. eine Fehlermeldung, wenn nach Ablauf einer bestimmten Erkrankung keine Genesung eingetragen war) nur teilweise genutzt werden. Das Gesundheitsministerium, die AGES und die Länder setzten daher folgende Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Daten:

- Ab Mai 2020 führte das Gesundheitsministerium in regelmäßigen Abständen Auswertungen im EMS durch, um Hinweise auf unplausible Datensätze zu erhalten. Dies betraf z.B. eine lange Dauer zwischen dem Datum der Diagnose und der Fallmeldung, einen Erkrankungsstatus ohne Labormeldung, ein unplausibles Lebensalter, in der Zukunft liegende Datumswerte, Heilung vor Erkrankung oder Erkrankungsstatus für länger als 35 Tage. Das Gesundheitsministerium stellte diese Fälle den Bezirksverwaltungsbehörden zur allfälligen Korrektur zur Verfügung und hielt dazu fest, dass die Bereinigung der Daten in der Verantwortung der Länder liege. Trotz der regelmäßigen Auswertungen blieben die Plausibilitätsprobleme bis Jahresende 2020 aufrecht. Das Gesundheitsministerium stellte z.B. am 2. Dezember 2020 fest, dass rd. 6.000 Fälle im EMS einen Status als erkrankt aufwiesen, aber keine positive Labormeldung vorlag. Rund 126.000 Fälle waren als geheilt eingetragen, aber noch nicht abgeschlossen. Rund 30.000 Fälle waren nicht als geheilt erfasst, obwohl das Erkrankungsdatum bereits mehr als 28 Tage zurück lag. Die Einschätzung der tatsächlichen Infektionslage war davon wenig beeinflusst, da nur wenige Datenfelder tatsächlich für die der Einschätzung zugrunde liegenden Auswertungen genutzt wurden.¹⁷
- Die AGES führte täglich vor Aktualisierung des Dashboards¹⁸ und damit vor Veröffentlichung der Anzahl der Neuinfektionen eine Datenbereinigung in einem Download eines Datenauszugs durch. Aufgrund mehrmals für die gleiche Person durchgeführter positiver Tests und der Möglichkeit unterschiedlicher Namensschreibweisen konnten im Laufe einer Woche mehrere Tausend Doubletten auftreten. Die Bereinigung im EMS selbst hatte in einem weiteren Schritt zu erfolgen, den teilweise Bedienstete der AGES bzw. des Gesundheitsministeriums übernahmen. Da jedoch nicht immer eindeutig war, wie zu korrigieren war, meldete die AGES unklare Fälle zur Korrektur an die Länder bzw. Bezirksverwaltungsbehörden.

¹⁷ So wurde z.B. der Erkrankungsstatus laut EMS nicht herangezogen; als infiziert wurden Personen mit positivem Laborbefund gewertet, nicht jene, bei denen die Bezirksverwaltungsbehörde den Status vom Verdachtsfall auf Erkrankungsfall geändert hatte. Auch das Erkrankungsdatum wurde letztlich nicht zur zeitlichen Zuordnung der Infektionsfälle herangezogen, sondern lediglich das Datum des Laborbefundes bzw. der Labormeldung.

¹⁸ Ein Dashboard ist eine grafische Benutzeroberfläche zur Visualisierung von Daten.

- Auch die Länder setzten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Da sie allerdings nur auf die eigenen Daten Zugriff hatten, konnten sie etwa unterschiedliche örtliche Zuordnungen, z.B. nach Wohnsitz oder Aufenthaltsort, nicht vollständig analysieren. In den Fällen, in denen die Ländersysteme über automatisierte Schnittstellen Datensätze an das EMS übermittelten, musste sichergestellt werden, dass Korrekturen nicht nur im EMS selbst, sondern auch in den Vorsystemen der Länder erfolgten, damit korrigierte Datensätze nicht erneut „falsch“ überschrieben wurden.

10.2 Der RH merkte an, dass der Gesamtdatenstand im EMS aufgrund der hohen Zahl von Meldungen, die unter großem Zeitdruck zu tätigen waren, weiters aufgrund der unterschiedlichen Verwaltungsabläufe in den Ländern und der Probleme bei der Personenidentifikation zahlreiche unklare Einträge enthielt. Er anerkannte, dass das Gesundheitsministerium, die AGES und die Länder Schritte zur Qualitätssicherung setzten.

Ein Konzept zur Sicherung der Datenqualität im EMS, das die wesentlichen Risiken, die bestgeeigneten Kontrollen und eine regelmäßige Verbesserung institutionenübergreifend zwischen Bezirksverwaltungsbehörden, Ländern, Gesundheitsministerium und AGES umfasste, war für den RH allerdings nicht erkennbar.

Er wies darauf hin, dass auch im Dezember 2020 trotz der regelmäßigen Auswertungen des Gesundheitsministeriums noch eine hohe Zahl unplausibler Datensätze im EMS enthalten war.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern ein institutionenübergreifendes Konzept zur Qualitätssicherung der EMS-Daten zur Pandemiebewältigung zu erstellen und dabei die Eingabe, Kontrolle und Bereinigung der Daten zu berücksichtigen.

10.3 Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, dass dies laut schriftlicher Vereinbarung zwischen dem Gesundheitsministerium und der AGES gemäß § 4 Abs. 8 Epidemiegesetz 1950 die AGES durchführe.

Datenmeldungen zum Infektionsgeschehen aus dem Staatlichen Krisen- und Katastrophenmanagement (SKKM)

11.1 (1) Eine wesentliche Aufgabe des SKKM war die Lagebeurteilung. Da am Beginn der COVID-19-Pandemie die Meldungen im EMS teilweise noch verzögert einlangten (u.a. wegen noch nicht vollständig eingerichteter Schnittstellen der Labore zum EMS), organisierte das Innenministerium eine tägliche Meldung der Länder an den Krisenstab des Innenministeriums. Darin fragte es über ein Excel-Sheet bestimmte Kennzahlen ab, u.a. die Anzahl der infizierten Personen sowie der durch COVID-19-Erkrankte belegten Spitals- und Intensivbetten. Im Lauf der Zeit kamen weitere Kennzahlen dazu, wie die Zahl der infizierten Personen in Krankenanstalten und Pflegeheimen. Ansprechpartner des Innenministeriums waren dabei im Wesentlichen die Krisenstäbe der Länder. Diese entschieden auch, welche Datenquellen sie ihren Meldungen zugrunde legten. Vorgaben, z.B. für einen einheitlichen Auswertungszeitpunkt, legte das Innenministerium überwiegend nicht fest. Diese Meldeschiene blieb während des gesamten Jahres 2020 aufrecht. Die dabei übermittelten Daten waren auf aggregierte Informationen beschränkt und enthielten keine personenbezogenen Einzeldaten.

(2) Das Land Oberösterreich gab gegenüber dem RH an, dass sein Krisenstab die Informationen zu den neuinfizierten Personen aus dem (aus dem EMS generierten) internen Dashboard des Gesundheitsministeriums entnahm. Andere Informationen, z.B. zur Bettenbelegung bzw. zu den Todesfällen, stammten von den Bezirksverwaltungsbehörden, der OÖG und dem Österreichischen Roten Kreuz (**ÖRK**), Landesverband Oberösterreich. Die Bezirksverwaltungsbehörden übermittelten dazu täglich jeweils um 7:30 Uhr die relevanten Informationen an den Krisenstab des Landes;¹⁹ zunächst mittels eines Excel-Formulars über die Anwendung „Digitaler Katastrophenschutzplan“ (DIGIKAT), in weiterer Folge über das Fallerfassungs- und Fallverwaltungssystem EPM des Landes Oberösterreich. Um 8:00 Uhr fanden dazu Videokonferenzen des Krisenstabs des Landes mit den Bezirksverwaltungsbehörden statt. Seit November 2020 wurden auch die Morgenmeldungen der AGES auf EMS-Basis verwendet. Das Land Oberösterreich verwendete somit für die Meldungen der infizierten Personen an das SKKM EMS-Auswertungen des Gesundheitsministeriums.

¹⁹ u.a. aktuell positive COVID-19-Fälle im relevanten Berichtszeitraum, Anzahl der Personen in Quarantäne, Anzahl der genesenen Personen bzw. der Todesfälle (soweit bekannt), Anzahl der Kontaktpersonen I, Anzahl der Kontaktpersonen II, symptomatische Verläufe bzw. asymptomatische Verläufe, allfällige Anmerkungen (z.B. Arbeitsumfeld)

Das Land Oberösterreich wies auf systematische Unterschiede zwischen seinen SKKM-Meldungen und den vom Gesundheitsministerium bzw. der AGES verwendeten EMS-Auswertungen hin. Dies betraf etwa die Frage, ob Personen nach Ablauf einer bestimmten Zeit unabhängig von einer individuellen Prüfung als genesen geführt wurden, die Erfassung von Personen mit positivem Antigentest, aber ohne positiven PCR-Test, sowie bereits bekannte, aber noch nicht im EMS eingetragene Todesfälle. Diese unterschiedliche Vorgehensweise sei ebenso problematisch gewesen wie das Fehlen automatischer Schnittstellen zwischen EMS und dem EPM.

(3) Das Land Salzburg gab zu seinen Meldungen an das SKKM bekannt, dass der Krisenstab des Landes Salzburg in der ersten Phase die Daten in einer Excel-Liste erhob. Die Informationen wurden aufgrund der übermittelten Laborauswertungen in täglichem Informationsaustausch zwischen den Gesundheitsämtern der Bezirksverwaltungsbehörden und dem Krisenstab erstellt. Offene Fragen klärte der Krisenstab mit den Bezirksverwaltungsbehörden telefonisch. In einem nächsten Schritt erfassten die Gesundheitsämter die Informationen täglich in einem Online-Formular, wobei auch hier laufend telefonischer Kontakt bestand. In einem dritten Schritt stellte das Land Salzburg auf das landesweite Datensystem KRIBE (Krisenbewältigung) um. In dieser IT-Anwendung waren alle behördlich getesteten Personen sowie alle bei einem privaten Test positiv getesteten Personen erfasst. Die SKKM-Meldungen aus Salzburg basierten somit nicht auf den EMS-Einträgen, sondern auf unterschiedlichen, dezentralen Datengrundlagen.

11.2 Der RH hielt fest, dass während des gesamten Jahres 2020 zwei unterschiedliche Meldeschienen zur Zahl der infizierten Personen bestanden:

- Das EMS stellte personenbezogene Einzeldaten zur Verfügung. Diese konnten zentral ausgewertet werden, waren aber mitunter erst mit zeitlichen Verzögerungen verfügbar.
- Im Rahmen der SKKM-Meldungen standen kurzfristig generierte Informationen zur Verfügung, die allerdings regional unterschiedlich zusammengeführt und auf Bundesebene nicht mehr auf Einzelfälle rückführbar waren.

Der RH beurteilte die Kombination aus einer systematischen, personenbezogenen Erfassung (im EMS) und einer flexiblen Erhebungsform für ergänzende Kennzahlen (im SKKM) grundsätzlich als zweckmäßig. Er kritisierte jedoch, dass für den Bund nicht ersichtlich war, aus welchen Quellen die Länder ihre Daten erhoben und welche Besonderheiten dabei jeweils zu berücksichtigen waren. Auch Vorgaben (z.B. zu Auswertungszeitpunkten oder den näheren Umständen der Erhebung) fehlten. Die parallele Veröffentlichung von EMS- und SKKM-Meldungen führte zu Unklarheiten (TZ 12, TZ 14).

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern die wesentlichen Kriterien (Auswertungszeitpunkte, Datenquellen, Definitionen) für gesundheitsbezogene Datenmeldungen an das SKKM abzuklären und vor einer Veröffentlichung nach Möglichkeit abzustimmen.

Ergänzend verwies der RH auf seine Empfehlung in [TZ 12](#) an das Gesundheits- und Innenministerium zu einer abgestimmten Vorgehensweise bei zu veröffentlichenden Informationen zum Infektionsgeschehen.

- 11.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums versuche der Bund, die Datenquellen weiter zu vereinheitlichen.

Mit den Ländern sei vereinbart, die gesundheitsbezogenen Datenmeldungen täglich bis 9:30 Uhr zu übermitteln. Der Auswertungszeitpunkt sei somit definiert als „Datenmeldungen, die in einem Land bis zur Datenübermittlung um spätestens 9:30 Uhr verarbeitet und übermittelt werden können“. Die sich dadurch potenziell ergebenden Unterschiede beim Auswertungszeitpunkt zwischen einzelnen Ländern seien insofern nicht problematisch, als dadurch der Auswertungszeitpunkt innerhalb eines Landes konsistent sei und die Länder die Möglichkeit hätten, die Datenaufbereitung ihren Strukturen entsprechend so zu organisieren, dass das bestmögliche Ergebnis – ohne unverhältnismäßig hohen Ressourcenaufwand – erzielbar sei.

Für die einheitliche Verwendung von Datenquellen gebe es seit Beginn der Pandemie Richtlinien und Empfehlungen des Bundes an die Länder. Im Verlauf der Pandemie habe sich gezeigt, dass die Länder diese Richtlinien und Empfehlungen zwar berücksichtigen würden, jedoch der Großteil der Länder mit eigenen technischen Systemen operiere. Dadurch könne es in den Ländern zu unterschiedlichen Methoden bei der Datenerhebung und Dokumentation kommen.

Den von den Ländern übermittelten Parametern lägen grundsätzlich vom Bund vorgegebene bzw. in regelmäßig stattfindenden Abstimmungsrunden (z.B. Landes-sanitätsdirektoren-Telefonkonferenzen oder Sitzungen des SKKM-Koordinationsstabs) vereinbarte Definitionen zugrunde. Diese Definitionen (z.B. „bestätigte Fälle“, „genesene Fälle“, „verstorbene Fälle“) würden nicht nur mit den Ländern abgestimmt, sondern grundsätzlich auch öffentlich kommuniziert und u.a. auf der Website des Gesundheitsministeriums bzw. auf dem AGES Dashboard bereitgestellt, um ein hohes Maß an Transparenz zu gewährleisten.

Letztlich würden die an das SKKM gemeldeten Gesundheitsdaten vorrangig der Erfassung der länderspezifisch erhobenen Datenstände zur Gewährleistung einer einheitlichen täglichen Kommunikation der hinzugekommenen Fälle und Testungen an die Bevölkerung dienen.

- 11.4 Der RH begrüßte die vom Gesundheitsministerium beschriebenen Schritte zur Vereinheitlichung, wies aber auf die vom RH geschilderten Probleme hin und sah dementsprechend weiteren Optimierungsbedarf.

Darstellung von Informationen gegenüber der Öffentlichkeit

- 12.1 (1) Seit Beginn der Pandemie bestand erhebliches öffentliches Interesse an Informationen über die Verbreitung des Virus und die gesundheitlichen Folgen. Es gab mehrere Informationsplattformen, die zu unterschiedlichen Zeiten in unterschiedlichem Detailgrad und mit teilweise unterschiedlichen Definitionen Kennzahlen zur COVID-19-Pandemie darstellten.

(2) Bereits zu Pandemiebeginn richtete das Gesundheitsministerium ein internes Dashboard ein, auf dem behördliche Entscheidungsträger EMS-Daten grafisch aufbereitet, annähernd in Echtzeit bis auf Bezirksebene beobachten konnten. Ab März 2020 zeigte das Gesundheitsministerium ausgewählte Kennzahlen daraus auch auf einem öffentlich zugänglichen Dashboard. Darin enthalten war – in Form von Tabellen, Diagrammen und Landkarten – z.B. die Anzahl der neu diagnostizierten Fälle, der Todesfälle, der aktiv Infizierten in Österreich und je Land. Wesentliche Definitionen und Prozessabläufe (insbesondere die jeweils aktuellen Falldefinitionen und Auswertungszeitpunkte) waren erläutert. Der Detailgrad der Informationen wurde nach Kritik an der möglichen Identifizierbarkeit einzelner Personen bei Darstellung nach Alter und Bezirk im März 2020 verringert.

Parallel zu diesem Dashboard veröffentlichten sowohl das Innenministerium als auch das Gesundheitsministerium zu bestimmten Tageszeiten Daten auf ihren Websites. Dabei standen Werte aus den SKKM-Meldungen der Länder im Vordergrund, insbesondere auch zur Lage in den Krankenanstalten.

In weiterer Folge informierte das Gesundheitsministerium auch auf dem externen Dashboard über die Lage in den Krankenanstalten (Anzahl der Hospitalisierungen, Belegungen der Intensivbetten) und veröffentlichten das Gesundheits- sowie das Innenministerium auf ihren Websites auch Daten zum Infektionsgeschehen. Aufgrund unterschiedlicher Auswertungs- und Veröffentlichungszeitpunkte waren die Daten des Dashboards und der Websites nicht ident.

Ab 6. Oktober 2020 übernahm die AGES das externe Dashboard des Gesundheitsministeriums (<https://covid19-dashboard.ages.at/>). Sie stellte einige Definitionen um, weshalb sich bestimmte Kennzahlen (etwa die Zahl der aktuell Erkrankten) sprunghaft änderten.

(3) Neben dem Bund veröffentlichten auch die Länder Daten zur COVID-19-Pandemie. Das Land Oberösterreich stellte auf seiner Website die Daten pro Bezirk dar (Gesamtfälle und aktuell Infizierte), die Anzahl der Personen in Quarantäne, den Stand der Hospitalisierungen sowie die Anzahl der Todesfälle. Das Land Salzburg veröffentlichte Daten auf Bezirks- und Gemeindeebene sowie Gesamtdaten zu den Verstorbenen, Infizierten und Genesenen. Die Daten der Dashboards der beiden Länder und des Dashboards der AGES stimmten insbesondere aufgrund unterschiedlicher Auswertungszeitpunkte und unterschiedlicher Datenquellen nicht überein.

(4) Die Informationen sowohl des Dashboards der AGES als auch der Websites des Innenministeriums, des Gesundheitsministeriums sowie der Länder waren überwiegend aktuell und standen auch als Download zur Verfügung. Für einen Teil der Kenndaten waren Zeitreihen angegeben, z.B. für die Zahl der Neuinfektionen sowie die Zahl der hospitalisierten Personen und jener auf Intensivstationen. Soweit Zeitreihen verfügbar waren, konnten sich diese – auch für die Vergangenheit – täglich ändern, wenn neue Informationen z.B. durch Nachmeldungen bekannt wurden. Informationen über den Datenstand zu früheren Zeitpunkten (sogenannte Archive bzw. Repositories) veröffentlichte der Bund nicht. Mehrere private Stellen speicherten die jeweils aktuellen Werte, erstellten daraus Zeitreihen bzw. Sammlungen zu vergangenen Auswertungszeitpunkten und werteten diese Daten aus.

12.2 Der RH merkte an, dass unterschiedliche Stellen des Bundes und die Länder in unterschiedlichen Formaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten Daten mit unterschiedlichen Auswertungszeitpunkten und unterschiedlichem Detailgrad veröffentlichten, die sich mitunter auch in ihrer Definition unterschieden. Nach Ansicht des RH beeinträchtigte dies das Vertrauen der Bevölkerung in die Richtigkeit der Daten. Dies wirkte sich ungünstig auf die Glaubwürdigkeit der Behörden und damit auf die Akzeptanz sowie Wirksamkeit der Maßnahmen der Pandemiebewältigung aus.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Innenministerium, gemeinsam mit den Ländern eine abgestimmte Vorgangsweise zu den relevanten zu veröffentlichenden Informationen zum Infektionsgeschehen (u.a. Art der zu veröffentlichenden Kennzahl, Auswertungs- und Kommunikationszeitpunkt) festzulegen.

Der RH merkte weiters an, dass die öffentlichen Informationsquellen zum Infektionsgeschehen zwar aktuelle Datenwerte, aber keine historischen Datenstände abbildeten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern die Bereitstellung auch historischer Datenstände zum Infektionsgeschehen zu prüfen.

- 12.3 (1) Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, dass historische Datenstände zum Infektionsgeschehen über die Datenquelle EMS bereits seit Etablierung des 1. Dashboards des Gesundheitsministeriums verfügbar seien. Aufgrund der Aktualität des EMS (Datenerfassung „live“) könnten so auch retrospektiv Datenkorrekturen für die Vergangenheit berücksichtigt werden. Ergänzend verwies das Gesundheitsministerium auf das Statistikregister nach § 4a Epidemiegesetz 1950. Das Gesundheitsministerium veröffentliche weiters die von den Ländern übermittelten Daten und stelle seit längerem auch hierbei historische Datenstände bereit.

Seit Pandemiebeginn bestehe ein regelmäßiger Austausch zwischen Bund und Ländern zu den verfügbaren Informationen zum Infektionsgeschehen. Dahingehende Kommunikationsprozesse seien im Laufe der Pandemie optimiert worden. Es gelte, den Herausforderungen, die mit einem föderalen System einhergingen, bestmöglich zu begegnen. Das Gesundheitsministerium nehme einen weiteren Optimierungsbedarf hinsichtlich einer konkreten Vorgangsweise zur Kenntnis und werde Bestrebungen dahingehend veranlassen.

(2) Laut Stellungnahme des Innenministeriums stelle die Erfassung der im Rahmen der COVID-19-Pandemie in einem Zeitraum von 24 Stunden registrierten Neuinfektionen einen von mehreren wesentlichen Parametern zur Beurteilung der epidemiologischen Lage dar. Im Kern handle es sich dabei um ein medizinisches bzw. epidemiologisches Datum, das in die Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums falle. Das im Innenministerium angesiedelte SKKM sei in diesem Zusammenhang wiederholt darauf hingewiesen worden, dass mehrere Parameter zur Berücksichtigung der epidemiologischen Situation herangezogen werden sollten. Neben dem Kernbereich der medizinischen Situation als relevantestem Faktor sollten auch weitere Segmente, wie bildungspolitische, wirtschaftliche oder gesellschaftspsychologische Faktoren und Auswirkungen, in die Gesamtbeurteilung einfließen.

Das SKKM stelle eine koordinative Plattform dar, in die im Wesentlichen die Bundesministerien und die Länder eingebunden seien. Entsprechend dem Ereignisfall sei das Gesundheitsministerium primär zuständig. Das SKKM unterstütze und berate die behördlichen, verantwortlichen Entscheidungsträger, koordiniere Maßnahmen in unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen und stelle Informationen für die politische Ebene sicher.

Von Beginn an sei es ein dringliches Bedürfnis der verantwortlichen behördlichen (ministeriellen) und politischen Ebenen gewesen, täglich und so früh wie möglich über die Lageentwicklung informiert zu werden. Dazu würden auch die Daten zu Neuinfektionen der letzten 24 Stunden zählen. Eine derartige Lageerfassung und ein diesbezüglich erstelltes Lagebild seien für das SKKM notwendig und selbstverständlich; dem solle in den frühen Vormittagsstunden entsprochen werden.

Die Erfassung im EMS und anderen Plattformen sei jedoch mit Tagesverzögerungen erfolgt, während die statistischen Zählungen in den Bezirksverwaltungsbehörden (in ihrer Eigenschaft als Gesundheitsbehörde) täglich an die Ämter der Landesregierungen und die dort errichteten COVID-19-Landesstäbe gemeldet worden seien. Diese Daten habe jedes Land mit vereinbartem Zeitpunkt 9:00 Uhr an den SKKM-Koordinationsstab übermittelt. Die Vorgaben, welche Daten zu übermitteln und für welchen Zeitraum sie zu erfassen seien, habe das Gesundheitsministerium gemacht. Letztlich hätten das Gesundheitsministerium als fachlich zuständiges und das Innenministerium als für das SKKM koordinierendes Ressort gemeinsam in den Vormittagsstunden die aktuellen Daten zu den Entwicklungen öffentlich kommunizieren können.

Die darüber hinaus – etwa von der AGES auf Basis der nicht tagesaktuellen EMS-Daten im Rahmen der öffentlich zugänglichen Websites – kommunizierten Informationen seien in den täglichen SKKM-Koordinationsausschusssitzungen sehr wohl registriert worden. Auf die mögliche Problematik in der Außenwirkung bei oberflächlicher Betrachtung sei hingewiesen und sowohl in öffentlichen als auch in internen Darstellungen auf die unterschiedlichen Betrachtungszeiträume und Aktualisierungen verwiesen worden. Sowohl die zuständigen Gesundheitsbehörden als auch die politische Ebene hätten das Erfordernis der tagesaktuellen Entwicklung betont, weshalb die diesbezügliche lagebildmäßige Erfassung bis zum heutigen Tag beibehalten worden sei.

Die unterschiedlichen Beobachtungszeiträume der Länder seien von Anfang an im Rahmen der SKKM-Koordination thematisiert worden; das verantwortliche und für Vorgaben in diesem Bereich zuständige Ressort habe in weiterer Folge nach Abwägung verschiedenster Interessen dies jedoch bewusst in Kauf genommen bzw. transparent dargelegt. Auf eine Vereinheitlichung sei u.a. deshalb verzichtet worden, um in die etablierten föderalen Abläufe der Länder nicht einzugreifen, um sich auf deren bewährte administrative und operative Vorgangsweise zu stützen und um diese nicht während der Krise durch Veränderungen zu belasten. Im Vordergrund sei gestanden, dass die Länder „ihre“ jeweils aktuellsten Zahlen melden und in ihren Beobachtungszeiträumen beständig bleiben.

Faktisch sei es durch die täglichen SKKM-Koordinationsausschusssitzungen gelungen, ein einheitliches österreichweites Lagebild zu erstellen; dieses habe auch eine mit allen Ländern akkordierte Fallzahl enthalten, die sodann das ressortzuständige Gesundheitsministerium und das Innenministerium als SKKM-Koordinationsstelle der Öffentlichkeit kommuniziert hätten. Dabei sei für die Berechnungen der 7- und 14-Tage-Inzidenzen im SKKM-Lagebild die AGES als Quelle verwendet worden.

(3) Das Land Salzburg führte in seiner Stellungnahme aus, dass es alle Bestrebungen vollumfänglich unterstütze, die Bevölkerung zeitnah und mit gesicherten Fakten über ein Lagegeschehen zu informieren. Es sei für die Länder wichtig, zu jedem Zeitpunkt auf die aktuellen Daten Zugriff zu bekommen. In der COVID-19-Pandemie habe der Bund – aufgrund von Kapazitätsengpässen – Daten oft nur sehr zeitverzögert zur Verfügung stellen können.

- 12.4 Der RH merkte gegenüber dem Gesundheitsministerium an, dass sich seine Empfehlung nicht auf Daten über die Vergangenheit (aktueller Stand der Kenntnis über einen zurückliegenden Zeitraum), sondern auf die historischen Datenstände (Datenstand zu einem vergangenen Zeitpunkt über einen entsprechenden Zeitraum) bezieht. Diese boten Privatpersonen im Rahmen von Internetrepositories an, nicht aber das Gesundheitsministerium.

Unterschiede zwischen verschiedenen Darstellungen

- 13.1 (1) Umstellungen von Definitionen bzw. neue Informationen führten immer wieder zu veränderten Darstellungen von Kennzahlen zur COVID-19-Pandemie. Das bis 6. Oktober 2020 vom Gesundheitsministerium betriebene Dashboard wies beispielsweise an diesem Tag 9.207 aktive COVID-19-Infektionen aus, das Dashboard der AGES 11.274. Grund für die Abweichung war, dass die zur Berechnung der aktiv Infizierten maßgeblichen Genesungen im EMS mit deutlicher Verspätung gemeldet wurden. Das Dashboard des Gesundheitsministeriums verwendete daher die aktuellere Zahl der Genesenen aus den SKKM-Meldungen. Das Dashboard der AGES nutzte dagegen die EMS-Daten, um auf individualisierbare Datensätze zugreifen zu können.

(2) Häufig erfolgten am selben Tag Darstellungen von unterschiedlichen Werten für die wesentlichen Kennzahlen. Der RH stellt dies am Beispiel von zwei Tagen dar:

(a) Am 16. Dezember 2020 um 15:30 Uhr zeigten sich zwischen dem Dashboard der AGES und der Informationstabelle auf der Website des Gesundheitsministeriums folgende Unterschiede:

Tabelle 4: COVID-19-Kennzahlen auf Bundesebene am 16. Dezember 2020 um 15:30 Uhr

	Dashboard der AGES	Website des Gesundheitsministeriums	Unterschied
Veröffentlichungszeitpunkt	16. Dezember 2020, 14:02 Uhr	16. Dezember 2020, 9:30 Uhr	
	Anzahl		
Testungen	3.446.109	3.474.856	-28.747
laborbestätigte Fälle	328.277	328.462 ¹	-185
Genesene	230.000	291.042	-61.042
Verstorbene	4.778	4.764	14
aktiv Infizierte	93.499	rd. 32.000 ²	rd. 61.500
Neuinfizierte	2.536	n.v.	n.v.
Hospitalisierungen	2.951	3.410	-459
Intensivbelegungen	573	548	25

n.v. = nicht verfügbar

Quellen: AGES; Gesundheitsministerium

¹ Stand 8:00 Uhr

² Die aktiv Infizierten waren auf der Website des Gesundheitsministeriums nicht extra ausgewiesen, sondern errechneten sich aus der Gesamtzahl Infizierter, den Genesenen und Verstorbenen.

Die Tabelle zeigt, dass bei allen Kennzahlen Differenzen vorlagen, besonders groß war die Differenz bei der Zahl der aktiv Infizierten.²⁰ Wesentliche Gründe dafür waren in den Erläuterungen auf den Websites bzw. in Medienberichten angeführt:

- Laborbestätigte Fälle: Die AGES-Daten basierten auf einer EMS-Abfrage in den frühen Morgenstunden. Die AGES bereinigte die Daten um Datensätze, die zwischen 0:00 Uhr und dem Abfragezeitpunkt eingelangt waren, sowie um Fehler (z.B. doppelte Einträge bei erneuten Tests derselben Person und verschiedener Schreibweisen der Namen), wertete die bereinigten Daten aus und veröffentlichte die Kennzahlen gegen 14:00 Uhr. Demgegenüber fragte das Gesundheitsministerium die Daten um 8:00 Uhr ab (also nach der Abfrage für die AGES, aber vor deren Bereinigungen). Eine höhere Zahl konnte somit an zwischenzeitlich eingetragenen neuen Fällen oder mangelnden Bereinigungen liegen. Welche Zahl der Realität besser entsprach, war nicht klar. Die SKKM-Meldungen der Länder konnten von beiden Zahlen abweichen, dies insbesondere, wenn bereits über das EMS hinausgehende Informationen verfügbar waren. So konnte etwa bei Meldeproblemen der Labore in das EMS die Summe der positiv Getesteten eines Labors dem Land bereits bekannt sein, bevor alle Einzeldaten eingespielt waren.
- Genesene: Die Kennzahl umfasste nicht Erkrankte, die keine Symptome mehr aufwiesen, sondern infizierte Personen, die – unabhängig davon, ob sie je klinisch erkrankt waren oder noch Symptome hatten – nicht mehr ansteckend waren. Dies wurde bei nicht hospitalisierten Personen nach zehn Tagen angenommen (zunächst nach 14 Tagen), für hospitalisierte Personen war dafür ein negativer PCR-Test erforderlich. Da die Erfassung der Genesung im Fall befristeter Quarantänebescheide keine operativ notwendige Verwaltungshandlung darstellte, vermerkten die Länder die Genesung im EMS teilweise verspätet, um Ressourcen für die Absonderung neuer Fälle zu nutzen. Erst am 28. Dezember 2020 wiesen AGES und Gesundheitsministerium diese Genesenen aus, womit sich die Anzahl der Genesenen einmalig um rd. 53.000 Personen erhöhte.
- Täglich wurden neue Fälle in das EMS gemeldet, wovon viele ein älteres Diagnosedatum hatten. Im Unterschied zu den Darstellungen des Gesundheitsministeriums stellte das Dashboard der AGES laborbestätigte Fälle und Todesfälle nicht zum Meldezeitpunkt dar, sondern zum Diagnose- bzw. Sterbedatum. Somit war die tägliche Zahl der neu gemeldeten Fälle nicht ident mit der Zahl der am vorangegangenen Tag neu infizierten Personen. Dementsprechend berechnete die AGES auch die 7-Tage-Inzidenz mit den rückdatierten Fällen täglich neu.

²⁰ Zur Terminologie ist anzumerken, dass auch die „neuinfizierten“ Fälle den Unterschied bei den positiv Getesteten wiedergaben. Die begriffliche Unterscheidung zwischen den (grundsätzlich nicht bekannten) Infizierten und den positiv Getesteten wurde aber nicht durchgängig eingehalten.

(b) Abgesehen von den Abweichungen der Werte auf Bundesebene unterschieden sich die Werte auf Bundesebene auch von den Werten auf den Websites der Länder. Der RH stellt dies am Beispiel des 10. Februar 2021 um 14:00 Uhr für die Länder Salzburg und Oberösterreich dar:

Tabelle 5: COVID-19-Kennzahlen auf Landesebene am 10. Februar 2021 um 14:00 Uhr für Oberösterreich

	Land Oberösterreich	Dashboard der AGES	Website des Gesundheitsministeriums
Veröffentlichungszeitpunkt	10. Februar 2021, 12:00 Uhr	9. Februar 2021, 0:00 Uhr	9. Februar 2021, 15:00 Uhr
	Anzahl		
Infizierte (gesamt)	81.918	81.777	81.736
Genesene	78.897	77.617	78.842
Verstorbene	1.484	1.367	1.481
aktiv Infizierte ¹	1.537	2.793	1.413
Testungen	1.601.073	1.532.577	1.568.838
Hospitalisierte	124	131	154
Intensivbelegungen	27	27	28

¹ Die aktiv Infizierten waren auf der Website des Gesundheitsministeriums nicht extra ausgewiesen, sondern errechneten sich aus der Gesamtzahl der Infizierten, den Genesenen und Verstorbenen.

Quellen: Land Oberösterreich; AGES; Gesundheitsministerium

Tabelle 6: COVID-19-Kennzahlen auf Landesebene am 10. Februar 2021 um 14:00 Uhr für Salzburg

	Land Salzburg	Dashboard der AGES	Website des Gesundheitsministeriums
Veröffentlichungszeitpunkt	10. Februar 2021, 6:45 Uhr	9. Februar 2021, 0:00 Uhr	9. Februar 2021, 15:00 Uhr
	Anzahl		
Infizierte (gesamt)	35.208	35.486	35.584
Genesene	33.407	33.493	33.320
Verstorbene	462	466	461
aktiv Infizierte ¹	1.339	1.527	1.803
Testungen	n.v.	567.720	594.275
Hospitalisierte	96	97	112
Intensivbelegungen	12	15	15

n.v. = nicht verfügbar

Quellen: Land Salzburg; AGES; Gesundheitsministerium

¹ Die aktiv Infizierten waren auf der Website des Gesundheitsministeriums nicht extra ausgewiesen, sondern errechneten sich aus der Gesamtzahl der Infizierten, den Genesenen und Verstorbenen.

Die Tabellen zeigen teilweise erhebliche Abweichungen. Während die Meldungen des Landes in Salzburg weniger Infizierte (gesamt) auswiesen als das Gesundheitsministerium bzw. die AGES, waren es in Oberösterreich mehr. Das Land Salzburg wies gegenüber dem RH auf mögliche Unterschiede in der räumlichen Zuordnung hin (Wohnsitz bzw. Aufenthaltsort), die allerdings schwer zu verifizieren seien, weil das Land Salzburg nur auf einen Teil der Daten Zugriff habe.²¹ Das Land Oberösterreich verwies zu den Datendiskrepanzen lediglich allgemein auf die unterschiedlichen Datenquellen und Auswertungszeitpunkte. Die AGES verwies zur Erklärung der Unterschiede auf das Gesundheitsministerium. Das Gesundheitsministerium hielt fest, dass die auf seiner Website genannte Zahl von Infizierten nicht aus den Landesmeldungen, sondern aus EMS-Auswertungen stammte. Zahlreiche Bürgeranfragen an das Gesundheitsministerium sowie kritische Medienberichte wiesen auf Zahlenunterschiede hin.²² Sie merkten an, dass die Glaubwürdigkeit der Beurteilung des Infektionsgeschehens durch die Behörden unter diesen Diskrepanzen litt.

Der RH identifizierte bei von ihm näher analysierten Stichproben im Wesentlichen drei Ursachen für die Diskrepanzen: die Verwendung unterschiedlicher Datenquellen und dementsprechend unterschiedliche Begriffe, unterschiedliche Auswertungszeitpunkte und Erhebungsmethoden sowie Fehler bei händischen Übertragungen.

(3) Die öffentliche Wahrnehmung der Datenlage zum Infektionsgeschehen war durch ein hohes Interesse an aktuellen Informationen und einzelnen Kennzahlen (insbesondere die Neuinfektionen) gekennzeichnet. Das Gesundheitsministerium wies gegenüber dem RH darauf hin, dass die beschriebenen Unterschiede für die epidemiologische Steuerung größtenteils irrelevant seien. Teile der veröffentlichten Daten, z.B. zu den Genesenen und den aktiv Infizierten, seien dafür nicht maßgeblich. Wegen unvermeidlicher Melde- oder Testverzögerungen sei die 7-Tage-Inzidenz für Neuinfektionen (ein gleitender Durchschnitt über sieben Tage) eine weit bessere Kennzahl zur Beurteilung des Infektionsgeschehens. Auch Details der Definitionen seien weniger maßgeblich als die zeitliche Entwicklung einmal definierter Kennzahlen. Der Wunsch nach möglichst hoher Transparenz habe dazu geführt, auch widersprüchliche Daten zu veröffentlichen.

13.2 Der RH beurteilte die Unterschiede in veröffentlichten Kennzahlen zum Infektionsgeschehen innerhalb des Gesundheitsministeriums (Dashboard, Website), zwischen Gesundheitsministerium und Innenministerium sowie zwischen Darstellungen des

²¹ Die örtliche Zuständigkeit richtete sich grundsätzlich nach dem Aufenthaltsort der potenziell ansteckenden Person (da dort die Maßnahmen zu setzen waren). Personen wurden daher zunächst am Testort gezählt. Das galt unabhängig von ihrem gewöhnlichen Aufenthalt (z.B. bei Touristen oder Geschäftsreisenden). Bei Ausreise in einen anderen Bezirk (z.B. für einen Krankenhausaufenthalt, in den Heimatort) wurde die Meldung am ursprünglichen Ort korrigiert. Dies konnte zu sinkenden Zahlen z.B. für in einem Bezirk gemeldete Todesfälle oder Infizierte führen.

²² Eine Auswertung des Gesundheitsministeriums zu Anfragen an das BürgerInnenservice im Jahr 2020 zeigte, dass nahezu das gesamte Fragen-Aufkommen 2020 COVID-19-Bezug hatte und seit Beginn der Pandemie monatlich etwa doppelt so hoch war wie davor.

Bundes und des jeweiligen Landes kritisch. Er räumte ein, dass Bund und Länder mit diesen Veröffentlichungen so transparent wie möglich sein wollten, war jedoch der Ansicht, dass die Glaubwürdigkeit der Beurteilung des Infektionsgeschehens durch die Behörden unter diesen Diskrepanzen litt. Diese Glaubwürdigkeit beurteilte der RH als wichtige Basis dafür, dass die Bürgerinnen und Bürger die Maßnahmen verstehen und akzeptieren können.

Letztlich war ohne Analyse der personenbezogenen Datensätze nicht nachvollziehbar, in welchem Ausmaß systematische Unterschiede bei Auswertungszeitpunkten und Datenquellen oder Übertragungsfehler bzw. Fehlmeldungen tatsächlich die Abweichungen bewirkten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern die für die epidemiologische Steuerung maßgeblichen Kennzahlen und Zeitpunkte der Aktualisierung zu identifizieren und diese möglichst einheitlich und qualitätsgesichert für die öffentliche Kommunikation zu verwenden.

- 13.3 (1) Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, dass das EMS in erster Linie als Fall-Management-System konzipiert worden sei und weniger als Datenbank für Auswertungszwecke. Vor der COVID-19-Pandemie seien die Fallzahlen deutlich geringer gewesen. Das Auftreten der Pandemie ab 2020 habe die Leistungsfähigkeit des EMS und der damit arbeitenden Behörden an ihre Grenzen geführt. Grund seien insbesondere die teilweise nicht ausreichenden personellen Ressourcen gewesen, die für die personenbezogene Erfassung im Register notwendig gewesen wären. Seitdem würden die Länder anhand von speziellen Vorgaben aggregierte Zahlen an das SKKM melden. Dies ermögliche die Bereitstellung aktueller Zahlen, die jedoch aus unterschiedlichen Gründen mit dem aktuellen EMS-Stand nicht immer übereinstimmen würden.

Das Gesundheitsministerium erkenne den Verbesserungsbedarf im Bereich Datenmanagement. Es würden nicht nur für die derzeitige Pandemie, sondern auch für künftige Krisensituationen Strukturen erarbeitet, um u.a. Missverständnisse hinsichtlich der unterschiedlichen Bewertungen sowie Kommunikation von Daten zu verhindern. Die Arbeitspakete würden sich einerseits mit dem Datenzyklus und den Vernetzungen der Datensätze auseinandersetzen und andererseits mit der Weiterentwicklung des organisatorischen und inhaltlichen Datenmanagements sowie der Steuerung und Kommunikation. Die Glaubwürdigkeit der Kommunikation solle durch die Weiterentwicklung in allen diesen Bereichen nachhaltig erhalten und gesteigert werden. Es werde auch weiter an kurzfristig durchführbaren Qualitätskontrollen gearbeitet, um den Zeitpunkt zwischen dem Eintreffen der Daten und der Veröffentlichung nicht maßgeblich zu beeinflussen.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Oberösterreich veröffentlichte es Kennzahlen zum Infektionsgeschehen selbst, weil die verfügbaren Kennzahlen des Bundes teilweise schlecht nachvollziehbar gewesen seien. Dies, um stets die bestmögliche Transparenz und Aktualität der das Land Oberösterreich betreffenden Daten zu gewährleisten.

Darstellung des epidemiologischen Verlaufs

- 14.1 (1) Die folgende Abbildung zeigt die sogenannte Epidemiologische Kurve, die den täglichen Zuwachs an Neuinfizierten abbildet. Sie bietet eine Möglichkeit, die Ausbreitungsdynamik einer Epidemie im Zeitverlauf darzustellen.

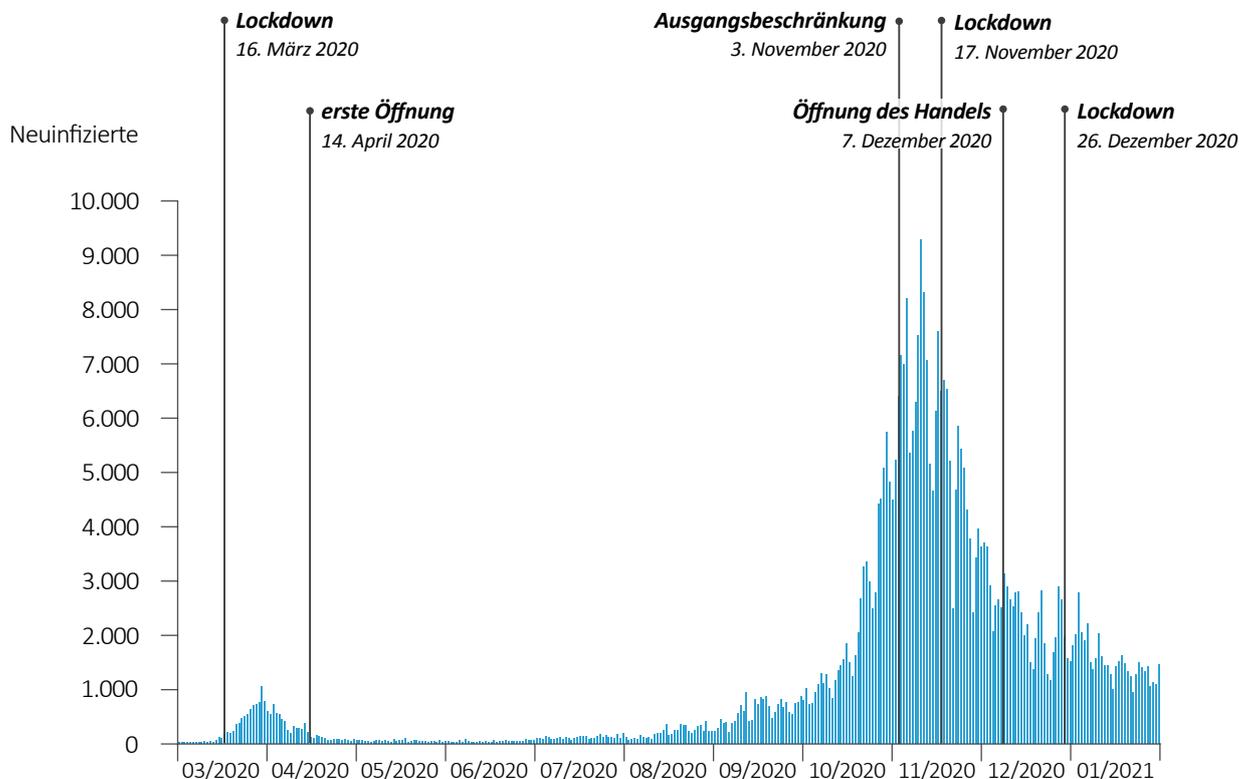
Abbildung 1: Epidemiologische Kurve

Österreich

EPIDEMIOLOGISCHE KURVE



Quelle: EMS; Darstellung: RH



Der zeitliche Verlauf des Infektionsgeschehens wäre am besten durch die Anzahl der täglichen Infektionen darstellbar. Da der Infektionszeitpunkt aber in den meisten Fällen nicht bekannt war, wäre das Erkrankungsdatum (Datum des Symptombeginns) eine Alternative für die zeitliche Zuordnung. Das Erkrankungsdatum ergab sich jedoch erst im Laufe der behördlichen Erhebungen und stand bei der Infektionsmeldung noch nicht zur Verfügung. Auch verlief in manchen Fällen die Infektion asymptomatisch, so dass kein Erkrankungsdatum vorlag. Immer verfügbar (elektronisch generiert) waren dagegen bestimmte Prozessdaten, z.B. die erste Erfassung einer Person im EMS oder das Datum der Einmeldung eines Laborergebnisses.

Im bis 6. Oktober 2020 vom Gesundheitsministerium betriebenen Dashboard wurden die Neuinfizierten beim Einlangen der Labormeldung an dem Tag gezählt, an dem der Fall im EMS angelegt wurde. Sobald zusätzliche Informationen (Erkrankungsdatum, Diagnosedatum) verfügbar waren, wurden dem Fall diese Daten zugeordnet. Ab dem 6. Oktober 2020 ordnete die AGES die Neuinfizierten nach dem Labordiagnosedatum zu, das Erkrankungsdatum (Auftreten von Symptomen) spielte keine Rolle mehr. Nach beiden Vorgehensweisen konnte sich die Epidemiologische Kurve mit jedem Update auch für die Vergangenheit verändern (z.B. durch Nachmeldungen).

(2) Der RH analysierte anhand der Daten-Repositories über den historischen Stand der Epidemiologischen Kurve die aufgetretenen Veränderungen. Im Zeitraum 1. März 2020 bis 31. Dezember 2020 war jeder Tag von mindestens zwei und maximal 106 nachträglichen Änderungen betroffen. Beispielsweise wurden für den 4. April 2020 am 5. April 2020 223 Neuinfizierte veröffentlicht; diese Zahl wurde am folgenden Tag auf 245 erhöht und insgesamt 23-mal nachträglich verändert. Davon wurde an zehn Tagen die Zahl reduziert, an 13 Tagen erhöht. Über den gesamten Zeitverlauf führten 42 % aller Änderungen zu einer Reduktion verglichen mit dem Vortag, in 58 % der Änderungen zu einer Erhöhung. Der Anteil der Nachtragungen war insbesondere in den ersten zwei Monaten der Pandemie hoch (siehe Anhang B, Abbildungen E bis G).

Die folgende Abbildung zeigt für jeden Kalendertag der Epidemiologischen Kurve den höchsten und niedrigsten gemeldeten Wert an Neuinfektionen (Stand Anfang Februar 2021):

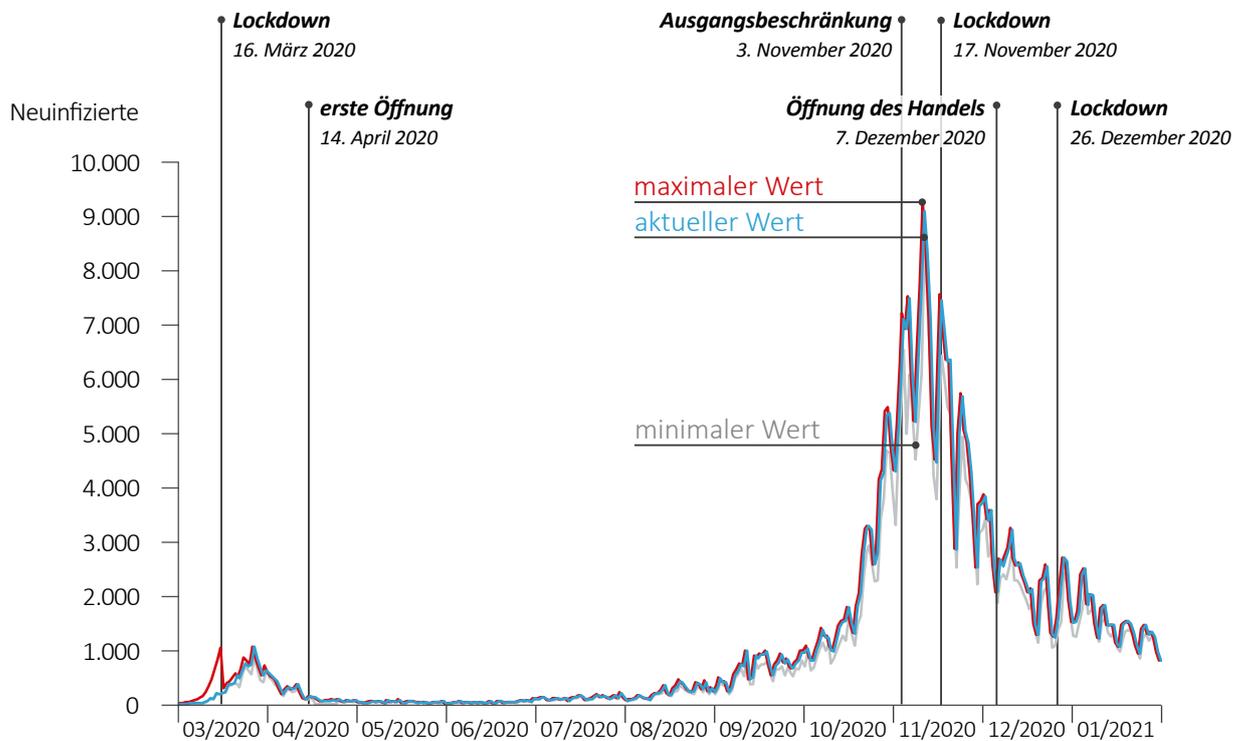
Abbildung 2: Epidemiologische Kurve – tägliche Mindest- und Höchstwerte an Neuinfizierten

Österreich

TÄGLICHE NEUINFIZIERTEN



Quellen: Repositories; Darstellung: RH



Die Verschiebung der Kurve im März 2020 war maßgeblich auf die Definitionsänderung bei der Übergabe des Dashboards vom Gesundheitsministerium an die AGES zurückzuführen. Da die AGES den Neuinfizierten ab 6. Oktober 2020 nicht mehr das Erkrankungsdatum, sondern das Labordiagnosedatum zuordnete, entstand für die erste Pandemiewelle (März und April 2020) eine Rechtsverschiebung, in der Abbildung erkennbar als Unterschied zwischen der blauen und der roten Kurve. Der weitere Verlauf der Pandemie zeigt zwar eine deutliche Bandbreite zwischen Höchst- und Mindestwerten, aber eine geringe Abweichung in der Tendenz (steigende oder fallende Neuinfektionen).²³

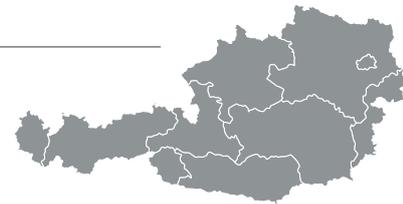
²³ siehe dazu auch Anhang B, Abbildungen E und F

(3) Um kurzfristige Meldeverzögerungen außer Betracht zu lassen, werden in der folgenden Abbildung die Neuinfektionen als gleitender Durchschnitt der jeweils vergangenen sieben Tage dargestellt. Eine entsprechende Auswertung war Grundlage für die Berechnung der 7-Tage-Inzidenz – eine wichtige Basis für die Empfehlungen der Corona-Kommission und die gesamthafte epidemiologische Steuerung. Die folgende Abbildung zeigt für diese Kennzahl die täglichen Minimal- und Maximalwerte (Stand Anfang Februar 2021):

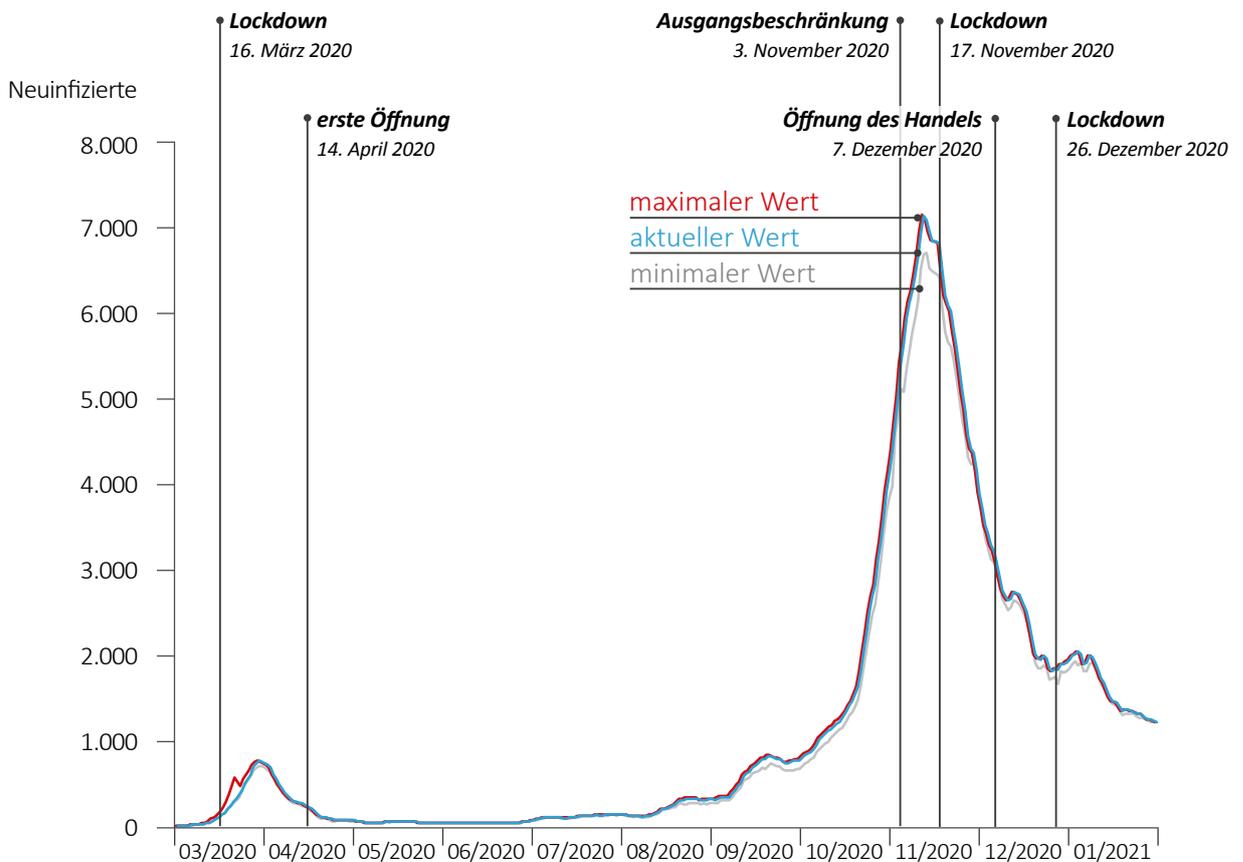
Abbildung 3: Epidemiologische Kurve – 7-Tage-Durchschnitt mit Minimum und Maximum

Österreich

7-TAGE-DURCHSCHNITT



Quellen: Repositories; Analyse und Darstellung: RH



Die Darstellung der Neuinfizierten auf Basis der 7-Tage-Durchschnitte zeigt deutlich geringere Bandbreiten zwischen dem täglichen Mindest- und Höchstwert als die Darstellung auf Basis der täglichen Fallzahlen, aber den gleichen Trend. Meldeverzögerungen und -fehler hatten bei der Darstellung auf Basis der 7-Tage-Durchschnitte einen deutlich geringeren Einfluss.

Das Gesundheitsministerium führte gegenüber dem RH aus, dass zu jedem Zeitpunkt der notwendige Überblick über die Datenlage für eine epidemiologische Aussage gegeben gewesen sei. Es sei trotz der systembedingten unterschiedlichen Quellen laufend bemüht gewesen, Datenharmonisierungen zu erwirken.

- 14.2 Der RH wies darauf hin, dass die Erfassung und Darstellung des Infektionsgeschehens von wesentlichen Unsicherheiten gekennzeichnet waren: Erst wenn die betroffenen Personen positiv getestet wurden, konnte ihre Anzahl erfasst und analysiert werden. Da nicht alle infizierten Personen Symptome entwickelten und nicht alle Personen mit Symptomen getestet wurden, konnte die Zahl der Neuinfizierten das tatsächliche Infektionsgeschehen nur näherungsweise abbilden. Da darüber hinaus zwischen den einzelnen Schritten (Infektion, Auftreten von Symptomen, Test, Laborbefund, Meldung, behördliche Bearbeitung) eine Zeitspanne lag, war auch die zeitliche Zuordnung der Fälle vielfach nur eine näherungsweise Einstufung. Die tatsächliche Anzahl der Neuinfizierten war somit weder bekannt noch feststellbar, die Steuerung hatte aufgrund von Näherungswerten zu erfolgen.

Diese Näherungswerte zur Zahl der täglichen Neuinfizierten änderten sich durch Meldeverzögerungen oder -fehler bzw. Korrekturen häufig. Die Unschärfe aus der Bandbreite zwischen der minimalen und maximalen Anzahl der Neuinfizierten war allerdings geringer als die Unschärfen, die sich aus der Dunkelziffer an Infizierten und den verzögerten bzw. korrigierten Infektionsmeldungen ergaben. Für die Absonderungsmaßnahmen im Einzelfall war jedoch eine möglichst genaue Erfassung wesentlich.

Der RH verwies daher auf seine Empfehlung in **TZ 13**, die für die epidemiologische Steuerung maßgeblichen Kennzahlen und Zeitpunkte der Aktualisierung zu identifizieren und diese möglichst einheitlich und qualitätsgesichert für die öffentliche Kommunikation zu verwenden.

- 14.3 Laut Stellungnahme des Landes Oberösterreich führe der RH zutreffend aus, dass die Erfassung und Darstellung zum Infektionsgeschehen von wesentlichen Unsicherheiten gekennzeichnet gewesen seien. Aus diesem Grund sei bereits wiederholt die Durchführung einer repräsentativen bundesweiten Dunkelzifferstudie angeregt worden. In Oberösterreich seien jene, die sich bei der Gesundheitsberatung 1450 mit einer Symptomatik gemäß der Verdachtsfalldefinition des Gesundheitsministeriums gemeldet hätten, getestet worden.

Todesfälle

15.1 (1) Eine weitere Kennzahl zur Risikobeurteilung der COVID-19-Pandemie waren die COVID-19-bedingten Todesfälle. Dazu gab es verschiedene Informationswege:

- Das Personenstandsgesetz 2013²⁴ sah für die Dokumentation von Todesfällen eine zeitnahe elektronische Meldung des Todesfalls von den Personenstandsbehörden an die Statistik Austria vor. Dadurch war eine überdurchschnittliche Anzahl an Todesfällen zeitnah feststellbar, die Todesursachen waren dabei allerdings nicht ersichtlich.
- Im Totenschein war die Todesursache der verstorbenen Person dokumentiert. Die Statistik Austria nahm darauf basierend eine Codierung nach einheitlichen Richtlinien der WHO vor. Eine entsprechende Auswertung konnte daher die COVID-19-bedingten Todesfälle darstellen.²⁵
- Die Bezirksverwaltungsbehörden hatten im Rahmen der Erhebungen nach dem Epidemiegesetz 1950 Todesfälle im EMS einzutragen. Dabei war die Todesursache nicht zu prüfen oder anzugeben.

(2) Im Zuge der Pandemiebewältigung veröffentlichten sowohl der Bund als auch die Länder Daten zu den Verstorbenen. Der Bund griff auf die Einträge im EMS zurück, die Länder verwendeten teilweise andere Informationsquellen, insbesondere die länderspezifischen IT-Systeme (z.B. EPM in Oberösterreich, KRIBE in Salzburg, EpiSys in Wien). Die Länder wiesen dabei darauf hin, dass Einträge im EMS verzögert sein konnten, weil sie die Absonderung aktiv Erkrankter gegenüber der Erfassung der Todesfälle priorisierten.

Laut Angaben der AGES und der Länder konnte die Zuordnung von Todesfällen zu COVID-19 auf der zeitlichen Nähe des Todesfalls zu einer COVID-19-Erkrankung der verstorbenen Person basieren oder auf einer medizinischen Beurteilung der Todesursache („an COVID-19 verstorben“). Auch daraus resultierten Unterschiede.

(3) Bereits im Frühjahr 2020 traten zwischen den einzelnen Meldungen zu COVID-19-bedingten Todesfällen Differenzen auf. Daraufhin übermittelte die Statistik Austria im Mai 2020 eine Liste der von den Standesämtern beurkundeten Sterbefälle an das Gesundheitsministerium; das Gesundheitsministerium sandte EMS-Daten an die Statistik Austria. Nach mehreren Abgleichen ergaben sich 31 Sterbefälle mit COVID-19-Hinweisen am Totenschein, die im EMS nicht eingetragen waren. Sie wurden nachträglich im EMS erfasst. Zehn im EMS dokumentierte Sterbefälle waren in den Daten der Statistik Austria nicht enthalten (z.B. weil sie noch nicht von den Standesämtern beurkundet waren).

²⁴ Bundesgesetz über die Regelung des Personenstandswesens (Personenstandsgesetz 2013 – PStG 2013), BGBl. I 16/2013 i.d.g.F., §§ 28 ff.

²⁵ Die Totenbeschau war landesgesetzlich geregelt (z.B. Wiener Leichen- und Bestattungsgesetz, LGBl. 12/2007 i.d.g.F., §§ 7 ff.); siehe auch Bundesstatistikgesetz, BGBl. I 163/1999 i.d.g.F.

Eine weitere Bereinigung auf Ebene der Einzeldaten fand erst wieder im Jahr 2021 statt.

(4) Die folgende Abbildung zeigt für den Zeitraum März 2020 bis Jänner 2021, dass die Entwicklung der COVID-19-bedingten Todesfälle im Wesentlichen zeitversetzt jener der Neuinfektionen folgte.

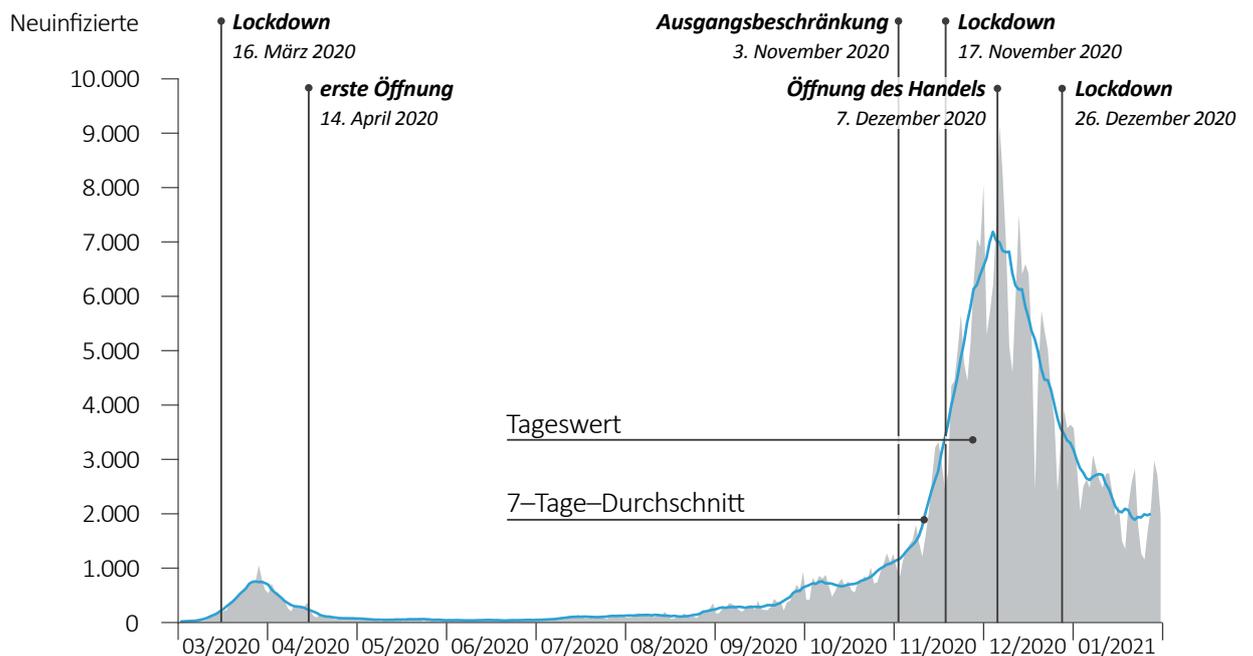
Abbildung 4: Entwicklung der Neuinfektionen und COVID-19-bedingten Todesfälle März 2020 bis Jänner 2021

Österreich

NEUINFIZIERTEN

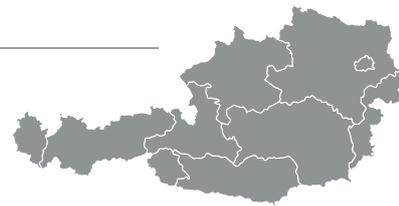


Quelle: EMS; Darstellung: RH

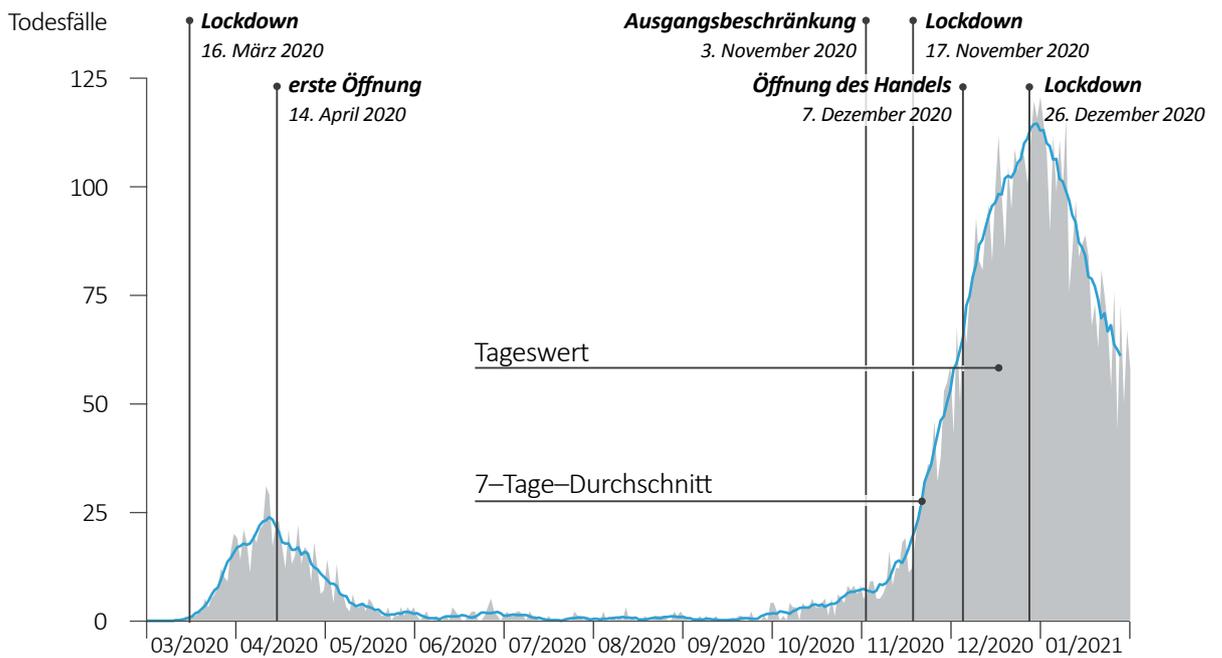


Österreich

TODESFÄLLE



Quelle: EMS; Darstellung: RH

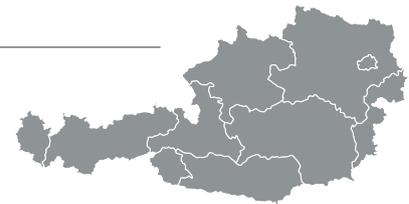


(5) Im Februar 2021 veröffentlichte die Statistik Austria die jährliche Statistik zu den Todesfällen unter Berücksichtigung der Todesursachen. Nachstehende Abbildungen zeigen die Entwicklung der Todesfälle und ausgewählter Todesursachen im Jahr 2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019:

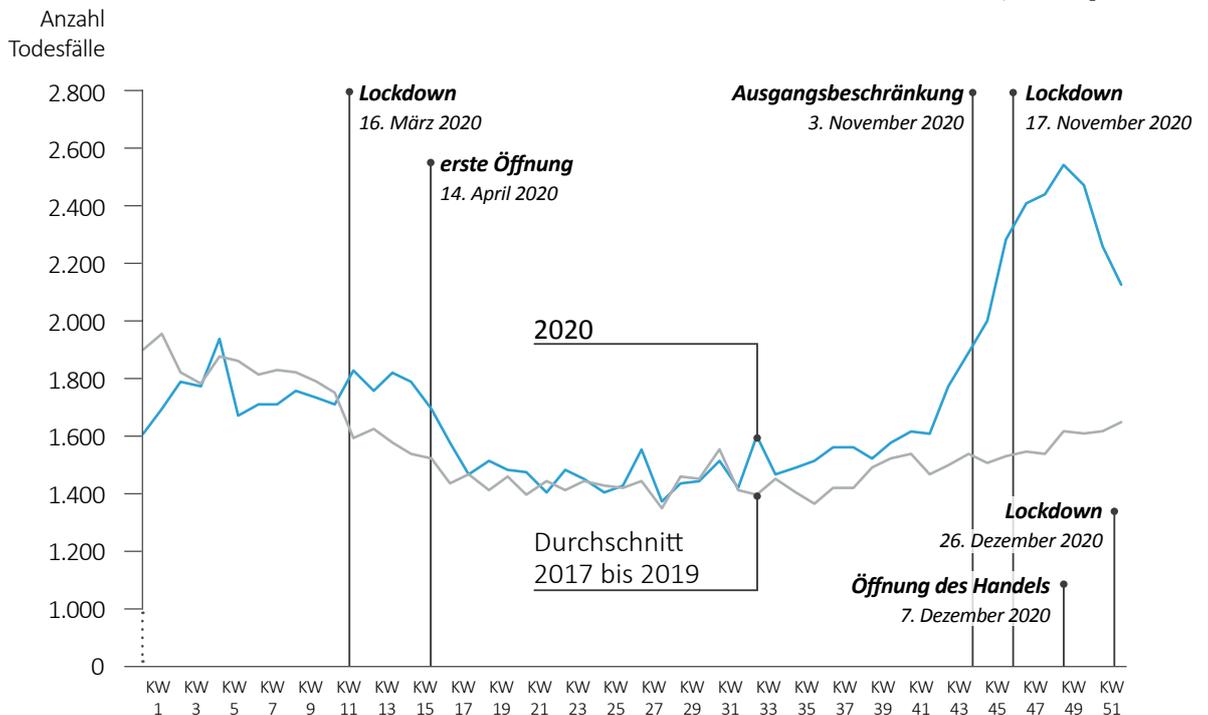
Abbildung 5: Entwicklung der wöchentlichen Todesfälle 2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019

Österreich

TODESFÄLLE



Quelle: Statistik Austria; Darstellung: RH

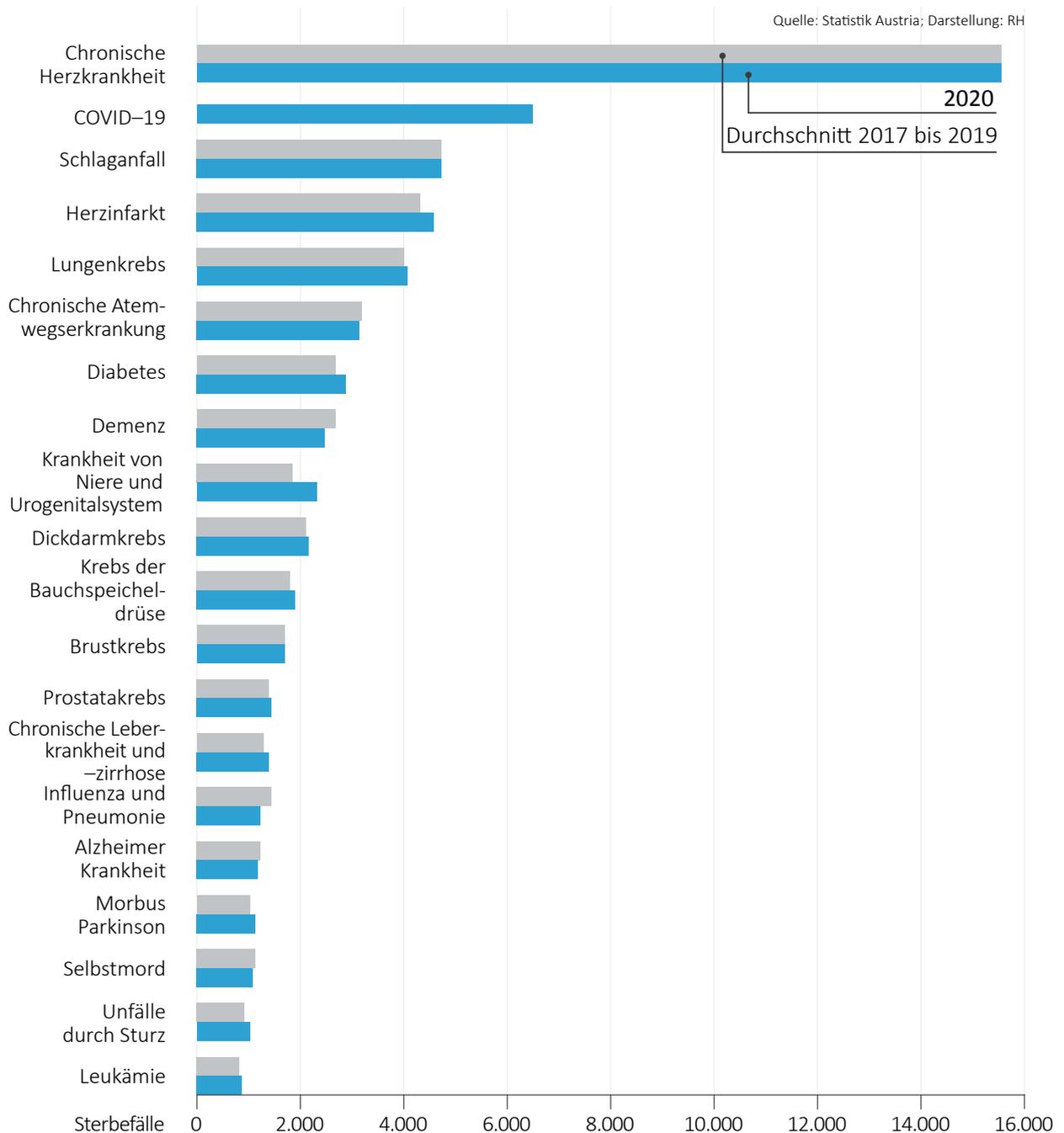


Insgesamt verstarben im Jahr 2020 90.517 Personen und damit rd. 7.000 Personen (8 %) mehr als im Schnitt der vergangenen drei Jahre.

Abbildung 6: Ausgewählte Todesursachen im Jahr 2020 im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019

Österreich

TODESURSACHEN



Rund 6.500 Todesfällen (rd. 90 % der zusätzlichen Todesfälle) war im Jahr 2020 unmittelbar die Todesursache COVID-19 zugeordnet. Ähnlich große Unterschiede waren bei den anderen Todesursachen nicht dokumentiert.

- 15.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Dokumentationssysteme des Bundes und der Länder (Personenstandswesen, Todesursachenstatistik, EMS, IT-Systeme der Länder) unterschiedliche Zahlen zu den COVID-19-bedingten Todesfällen aufwiesen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern unter Einbindung der Statistik Austria die COVID-19-bedingten Todesfälle möglichst einheitlich zu definieren, automatisiert und regelmäßig abzugleichen sowie Schnittstellen zwischen den IT-Systemen des Bundes und der Länder festzulegen.

- 15.3 (1) Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, dass Schnittstellen grundsätzlich bereits vorhanden seien. Aufgrund von Unterschieden bei den Prozessen, der Methodik und den gewünschten Informationen bedinge die Erfassung der Todesfälle durch die Statistik Austria eine andere Definition als die Erfassung für Zwecke der Surveillance. Für die Todesursachenstatistik der Statistik Austria sei die Ursache des Todes im Sinne der Kausalkette wesentlich, wobei die Falldefinition nicht berücksichtigt werde. Für Surveillance-Absichten sei der Endpunkt von Fällen relevant, weshalb hierbei eine Unterscheidung nach der Kausalität nicht zweckmäßig sei. Im Rahmen der Surveillance würden auch nur bestätigte Fälle gemäß der jeweils gültigen Falldefinition berücksichtigt.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Oberösterreich erfasse es im eigenen System (EPM) sowohl die „an“ als auch die „mit“ COVID-19 verstorbenen Fälle. Letzteres basiere in Absprache mit den Krankenanstalten auf einer medizinischen Beurteilung der Todesursache. So könne Transparenz über die unterschiedlichen Todeszahlen hergestellt werden.

- 15.4 Der RH räumte gegenüber dem Gesundheitsministerium ein, dass kurzfristig für Zwecke der epidemiologischen Surveillance eine pragmatische Definition im Sinne der Falldefinition ohne genaue Kausalanalyse für den gewünschten Informationsgewinn zweckmäßig sein konnte. Er hielt es jedoch mittelfristig für erforderlich, eine klare Aussage zu pandemiebedingten Todesfällen machen zu können, bei denen die maßgeblichen Werte abgestimmt oder zumindest aufeinander überleitbar waren. Einen entsprechenden regelmäßigen automationsunterstützten Abgleich konnte der RH nicht erkennen. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Tests

16.1 (1) Wie viele und welche Personen getestet wurden, war ein wesentliches Kriterium für die Interpretation der Anzahl der Neuinfektionen. Zu Pandemiebeginn waren die Tests nur begrenzt verfügbar. Laut Epidemiegesetz 1950 bzw. einem Erlass des Gesundheitsministeriums vom 28. Februar 2020 waren zunächst jene Personen zu testen, welche die Voraussetzungen für einen Krankheitsverdacht erfüllten bzw. in Kontakt mit infizierten Personen standen. Die Definition des Verdachtsfalls legte das Gesundheitsministerium fest und passte sie mit fortschreitenden Erkenntnissen zum Virus bzw. zur Erkrankung regelmäßig an. Eine Task-Force im Gesundheitsministerium verfolgte das Ziel, die Testkapazitäten auszubauen.

(2) Mit 15. Mai 2020 trat eine Gesetzesnovelle (§ 5a Epidemiegesetz 1950) in Kraft, die Tests auch für Screenings (ohne konkreten Verdacht) vorsah. Dies war insbesondere für Alten- und Pflegeheime, Krankenanstalten und für besonders gefährdete Personengruppen in prekären Arbeits- oder Wohnverhältnissen relevant. Im Unterschied zu den behördlich angeordneten Tests von Verdachtsfällen und Kontaktpersonen erforderten diese Tests die Zustimmung der Betroffenen bzw. waren freiwillig. Ab Sommer 2020 wurden die Screenings durch eine Screeningdatenbank unterstützt, um das EMS zu entlasten.

(3) Mit Datum vom 14. August 2020 veröffentlichte das Gesundheitsministerium erstmals ein als Teststrategie bezeichnetes Dokument, das u.a. detailliertere Beschreibungen der zu testenden Personen, aktueller Testarten (PCR-, Antikörper- und Antigentests) und der Screeningprogramme enthielt. Aufgrund eines risiko-basierten Ansatzes waren diese kontinuierlich zu evaluieren. Mit 13. Oktober 2020 und 17. Dezember 2020 aktualisierte das Gesundheitsministerium die Teststrategie. Die letztgenannte Teststrategie enthielt – entsprechend der seit November 2020 geltenden Vorgaben der COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung – zusätzlich u.a. vorgegebene Testintervalle für Bewohnerinnen und Bewohner sowie für Personal in Alten- und Pflegeheimen und in Krankenanstalten sowie Regelungen für Massentests zur Infektionskontrolle. Die Ziele der jeweiligen Teststrategien waren allgemein formuliert, konkrete Zielzustände und Indikatoren zur Messung der Zielerreichung fehlten großteils ebenso wie ein entsprechender Monitoringprozess.

(4) Aufgrund einer hohen Anzahl an COVID-19-bedingten Todesfällen in Alten- und Pflegeheimen sah das Gesundheitsministerium dort ab Frühjahr 2020 verstärkte Tests des Personals vor. Die konkrete Umsetzung dieser Screeningmaßnahme war – insbesondere in Abhängigkeit von den bereits erfolgten verdachtsbasierten Tests – in den Ländern unterschiedlich. Ab November 2020 sah eine Verordnung des Gesundheitsministeriums für das Betreten von Alten- und Pflegeheimen die Vorlage einer negativen Testung als Auflage vor. Weiters vereinbarte das Gesundheitsministerium regelmäßige Rückmeldungen der Alten- und Pflegeheime über die Screening-

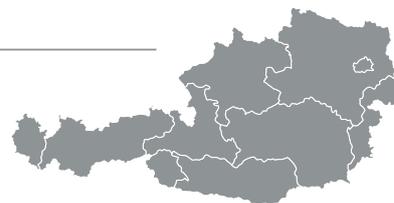
ergebnisse an das Gesundheitsministerium. Die Zahl der rückmeldenden Alten- und Pflegeheime variierte mitunter wesentlich.²⁶ Die rückgemeldeten Werte zur Anzahl der Tests lagen teilweise deutlich unter den Zielwerten, die sich aus der COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung ergaben. Laut Gesundheitsministerium dienten diese Daten nur zur Grobeinschätzung der Lage, da sich die Verpflichtung zum Test an die Heimbetreiber richtete, die Rückmeldung der Daten nicht rechtlich verbindlich sei und die Überwachung der Tests in der Zuständigkeit der Länder liege. Tests könnten auch außerhalb der Screeningprogramme erfolgen (z.B. bei Teststraßen). Bei Vorerkrankungen seien Ausnahmen von der Testpflicht des Personals vorgesehen.

(5) Die SKKM-Meldungen der Länder enthielten auch Angaben zur Testanzahl, zunächst als Gesamtsumme, ab Jänner 2021 auch getrennt nach Antigen- und PCR-Tests. Diese Meldungen waren jedoch durch häufige Nachmeldungen oder Meldeverzögerungen gekennzeichnet. Die folgende Abbildung lässt Nachmeldungen, insbesondere im Juli 2020, erkennen:

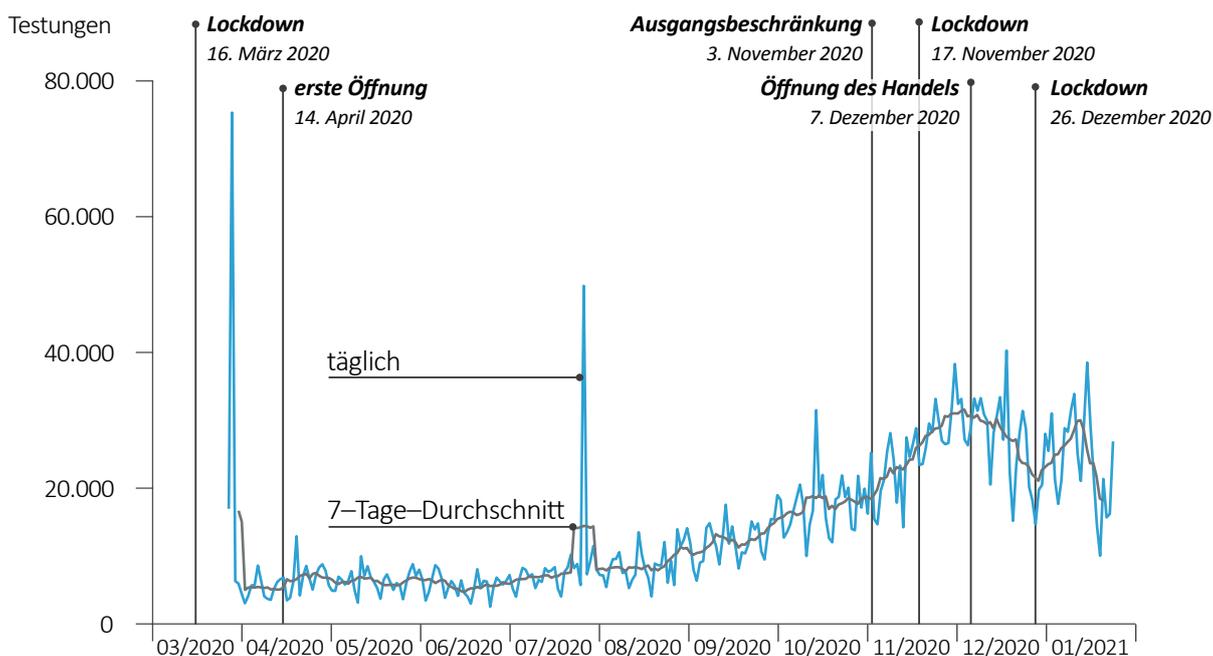
Abbildung 7: Entwicklung der gemeldeten Tests von April 2020 bis Jänner 2021

Österreich

GEMELDETE TESTUNGEN/TAG



Quellen: Repositories; SKKM-Meldungen; Darstellung: RH



²⁶ So lag z.B. der Anteil rückmeldender Alten- und Pflegeheime in der Kalenderwoche 50/2020 in Vorarlberg bei 92 %, im Burgenland bei 64 %; Wien meldete die Daten nicht in vergleichbarer Form.

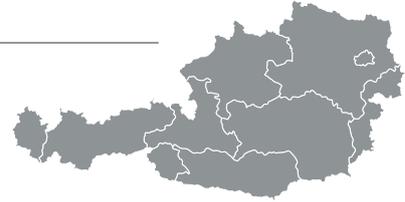
Eine Aufteilung nach dem Grund des Tests (Symptome, Kontakt mit infizierten Personen, Screening, sonstige Gründe) unterblieb (siehe Anhang B, Abbildung D), ebenso waren nähere Informationen zu den getesteten Personen, wie etwa das Alter, nicht verfügbar. Die Corona-Kommission bezog die Zahl der gemeldeten Tests mit Hinweis auf ihre problematische Datenqualität nicht in die Berechnung mit ein. Es war insbesondere unklar, ob in den SKKM-Meldungen auch private (nicht behördliche) Tests enthalten waren.

(6) Zwischen den Ländern bestanden erhebliche Unterschiede im Testvolumen: Kumuliert betrachtet entfielen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner mit Stand Ende Dezember 2020 in Tirol und Vorarlberg rd. 60.000 Tests, in Oberösterreich und Kärnten nur rund die Hälfte davon. Salzburg lag bei etwa 40.000 Tests:

Abbildung 8: Kumulierte Anzahl der gemeldeten Tests je 100.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner und Land

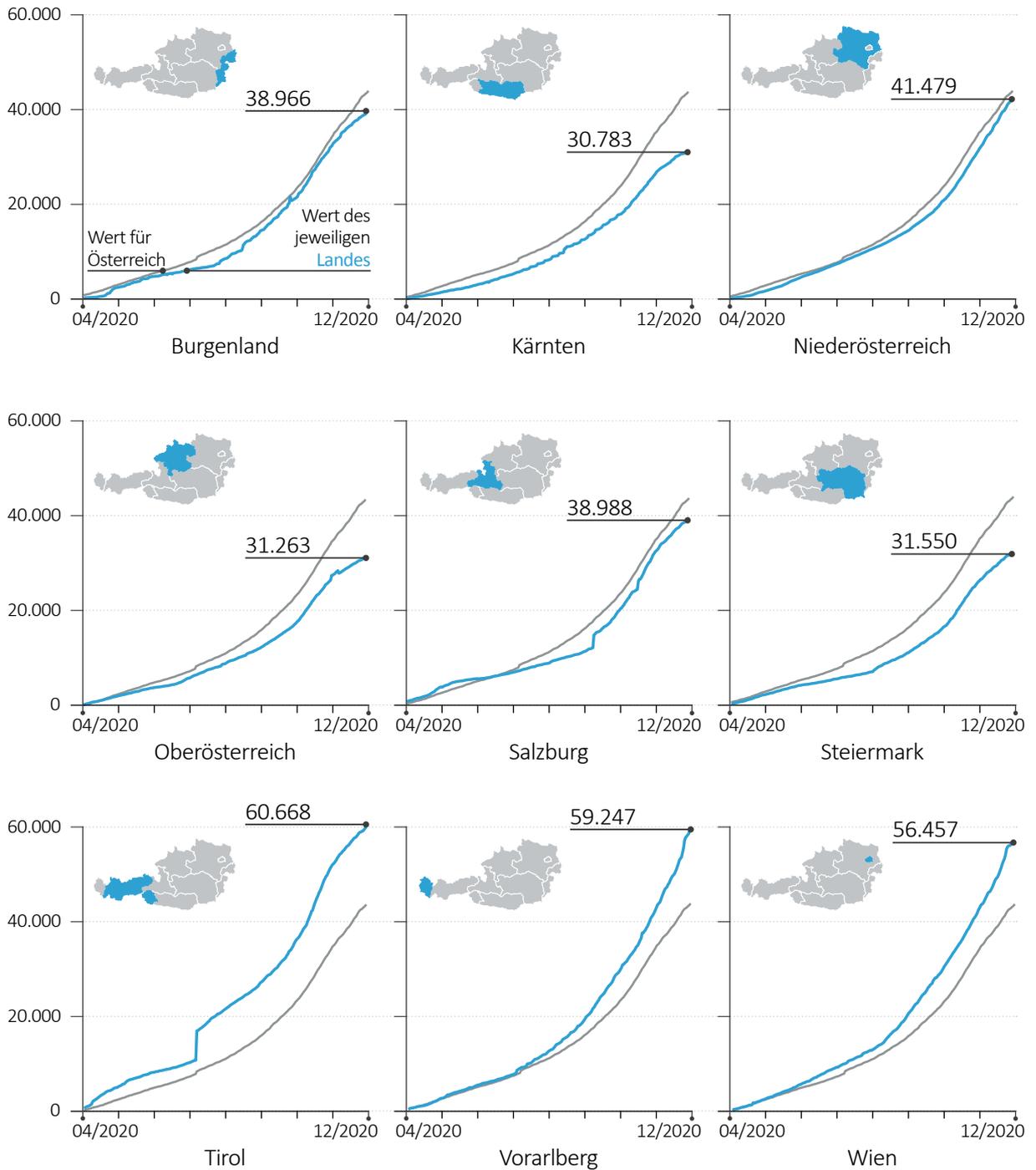
Österreich

KUMULIERTE TESTUNGEN



Testungen/
100.000
Einwohnerinnen
bzw. Einwohner

Quellen: Repositories; SKKM-Meldungen; Darstellung: RH



(7) Mit Entwicklung der Antigentests ergaben sich neue Herausforderungen, da einerseits ein positives Ergebnis nicht zwingend einen Infektionsfall anzeigte und andererseits nicht notwendigerweise ein Labor am Test beteiligt war. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung galten positive Antigentests nur in Verbindung mit einer Arztmeldung (und damit inhaltlich gesehen klinischen Symptomen) als maßgeblich. In einer Übergangsphase waren die Meldungen je Land unterschiedlich erfolgt.

- 16.2 Der RH wies darauf hin, dass die Zahl der im EMS gemeldeten Neuinfizierten im Zusammenhang mit der Zahl der Tests und der Auswahl der getesteten Personen stand. Er sah daher kritisch, dass die Datenqualität und Aussagekraft zu den gemeldeten Tests deutlich eingeschränkt waren, z.B. durch Meldeverzögerungen oder Nachmeldungen, durch die Unsicherheit über die Aufnahme privater Tests, durch unvollständige Information über die Testgründe und den unterschiedlichen Umgang mit Antigentests.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, bei Weiterentwicklung des EMS auch die Qualität der Datenmeldungen zu den Tests (u.a. zeitnahe und vollständige Meldung, Erfassung des Testgrundes) zu verbessern.

Der RH anerkannte die Verankerung von Screenings im Epidemiegesetz 1950, die Einführung einer Screeningdatenbank und die Bemühungen, eine Teststrategie zu entwickeln und anzupassen. Er beurteilte jedoch kritisch, dass konkrete Ziele sowie Indikatoren zur Messung der Zielerreichung und ein entsprechender Monitoringprozess weitgehend fehlten. So blieb unklar, ob die Ziele der Tests tatsächlich erreicht wurden.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Teststrategie und die darin enthaltenen Ziele zu konkretisieren und dafür Indikatoren festzulegen, um eine begleitende Steuerung und Evaluierung der Zielerreichung zu ermöglichen.

Der RH teilte die Ansicht des Gesundheitsministeriums, dass Tests in den Alten- und Pflegeheimen besonders wichtig waren. Er wies darauf hin, dass erst ab November 2020 regelmäßige Tests in den Alten- und Pflegeheimen verpflichtend waren, und merkte kritisch an, dass die dazu vorliegenden Rückmeldungen im Gesundheitsministerium unter den Zielwerten lagen. Die Rückmeldungen reichten nicht aus, um die Umsetzung der Vorgaben der COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung in den Alten- und Pflegeheimen umfassend zu beurteilen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, bei den Schwerpunkten der Teststrategie auch ein Controlling der Umsetzung vorzusehen.

- 16.3 (1) Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, das EMS laufend weiterzuentwickeln. Testende Stellen unterlägen derzeit der gesetzlichen Verpflichtung, Testergebnisse innerhalb von 24 Stunden einzumelden. Zudem werde laufend an der Verbesserung der Datenqualität gearbeitet. Die Vollständigkeit der eingemeldeten Daten werde durch die Ausgestaltung von Eingabefeldern als Pflichtfeld sichergestellt, die Sinnhaftigkeit der Eingaben durch Verbesserung der zugrunde liegenden Prüfchecks.

Die Erfahrungen aus dem Pandemie-Management würden in die Weiterentwicklung der Teststrategie einfließen. Eine Anpassung der Strategie für den Herbst 2021 sehe u.a. eine verstärkte Überwachung vor, die bei niedrigem Infektionsgeschehen sicherstellen solle, ein allfälliges Ansteigen von Virusaktivität frühzeitig zu erkennen. Hierfür sollten schutzbedürftige Gruppen und Stichproben von bevölkerungsrepräsentativen Gruppen (Sentinel Gruppen) regelmäßig getestet werden. Unter anderem anhand der Erkenntnisse aus diesen Testungen sollten die Maßnahmen angepasst werden.

Testungen in den beschriebenen Gruppen zur verstärkten Überwachung seien in die entsprechenden Plattformen des Bundes einzumelden, wodurch ein Controlling des Testgeschehens sichergestellt werde und notwendige Maßnahmen angepasst werden könnten. Die Umstellung vom breiten Testen auf bedarfsorientiertes Testen sowie der verstärkte Einsatz von höherwertigen PCR-Tests würden laufend beobachtet und entsprechende Darstellungen im Lage-Update berichtet.

(2) Das Land Oberösterreich führte in seiner Stellungnahme allgemein die im internationalen Vergleich (insbesondere bezogen auf die Nachbarländer) hohen Testzahlen in Österreich an. Unterschiede im Ländervergleich dürften ihre Ursache u.a. auch in der mangelnden Konkretisierung der Teststrategie des Gesundheitsministeriums haben. Darüber hinaus stelle sich die Frage, ob die österreichweite Testinfrastruktur nicht durch das Gesundheitsministerium zu beauftragen sei. Inwieweit die Anzahl der Tests von entscheidender Relevanz für die Bewältigung der Pandemie und Auslastung der Spitalskapazitäten sei, würden letztlich vergleichende Untersuchungen internationaler Daten im Nachhinein zeigen.

- 16.4 Gegenüber dem Land Oberösterreich wies der RH darauf hin, dass Testen z.B. in der Österreichischen Teststrategie des Gesundheitsministeriums ab Sommer 2020 als essenzieller Bestandteil zur Bekämpfung einer zweiten Welle ausgewiesen war.

Cluster

17.1 (1) Die Interpretation der Anzahl der im EMS gemeldeten Neuinfektionen war nicht nur durch die Testanzahl, sondern auch durch Ergebnisse von Clusteranalysen beeinflusst. Dies betraf einerseits die Frage, für wie viele Neuinfektionen die Infektionsquelle bekannt war und somit durch Absonderungsmaßnahmen kontrollierbar sein sollte, und andererseits die Zuordnung nach bestimmten Settings (z.B. Haushalt, Arbeit, Freizeit). Diese Kriterien waren wesentlich sowohl für die Beurteilung, ob z.B. durch Virusmutationen veränderte Ansteckungsformen (etwa Schmierinfektionen, Aerosole) oder höhere Ansteckungsraten an Bedeutung gewannen, als auch für allgemeine Maßnahmen zur Kontaktreduktion in Bereichen mit häufigerer Ansteckung.

(2) Grundsätzlich war es Aufgabe der jeweiligen Bezirksverwaltungsbehörde, die Infektionsquelle zu erheben. Sie nahm dazu in der Regel Kontakt mit der infizierten Person auf und versuchte, anhand eines Fragebogens die Herkunft der Infektion abzuklären. Die Entscheidung, wie lange und weitgehend eine Ansteckungskette zu verfolgen war und welche Erhebungsschritte zu setzen waren (z.B. schriftliche Angaben der infizierten Person, persönliche telefonische Nachfrage der Behörde, weitergehende Überprüfung vor Ort oder Nutzung auch anderer Quellen), traf zunächst die Bezirksverwaltungsbehörde, bei Rückfrage der AGES im Einvernehmen mit dieser.

Die für die Erhebungen verfügbaren Ressourcen waren je nach Epidemieverlauf unterschiedlich. Der RH stellte bei einer stichprobenartigen Aktenanalyse fest, dass die Angaben der infizierten Personen in ihrer Ausführlichkeit erheblich variierten; sie reichten von umfassenden, detaillierten Kontaktlisten bis zur bloßen Angabe der am selben Wohnsitz gemeldeten Kernfamilie.

Da die Clusteranalysen auf Angaben der Betroffenen zu ihren Kontakten basierten, konnten Kontakte mit unbekannt Personen (z.B. in öffentlichen Verkehrsmitteln oder an öffentlichen Plätzen) nur sehr eingeschränkt verfolgt werden. Seit März 2020 bestand die Möglichkeit, über eine Applikation auf Mobiltelefonen Kontakte automatisiert und ohne Kenntnis der Identität aufzuzeichnen und diese im Bedarfsfall zeitnah und mit wenig Aufwand zu verständigen. Im April 2020 wurde eine verpflichtende Nutzung diskutiert, jedoch nicht weiterverfolgt. Die Verwendung der Applikation war laut Medienberichten gering. Analoges traf im Unterschied zu asiatischen Staaten auch auf andere europäische Staaten zu.

(3) Die Bezirksverwaltungsbehörden erfassten Grundzüge der Erhebungsergebnisse in Stichworten im EMS in einem Freitextfeld, weitergehende Informationen (z.B. von den infizierten Personen übermittelte Unterlagen) waren teils in den spezifischen IT-Applikationen der Länder, teils in den elektronischen Akten dokumentiert. Auf Basis der von den Bezirksverwaltungsbehörden im EMS erfassten Erhebungsergeb-

nisse definierte die AGES in der Folge sogenannte „Cluster“ und ordnete diese bestimmten Kategorien zu. Teilweise hatte die AGES auch einen Lesezugriff für IT-Systeme der Länder oder sie konnte auf Nachfrage entsprechende Informationen erhalten. Auf elektronische Akte konnte die AGES nicht zugreifen.

(4) Im Laufe des Jahres 2020 definierte die AGES rd. 42.500 Cluster. Die folgende Tabelle zeigt, wie viele der infizierten Fälle im Zeitraum 21. Februar 2020 bis 29. Dezember 2020 einem Cluster zugeordnet waren:

Tabelle 7: Clusterzuordnung im Zeitraum 21. Februar 2020 bis 29. Dezember 2020 (Stand 29. Dezember 2020)

Quelle der Infektion	Neuinfektionen	in %
Auslandsbezug	9.649	2,7
lokaler Cluster	116.185	32,6
Quelle ungeklärt	42.135	11,8
Screening (kein Cluster)	12.671	3,6
in Abklärung	175.428	49,3
Summe	356.068	100,0

in Grau: (noch) keine Clusterzuordnung vorgenommen

Quelle: AGES

Rund 65 % der Neuinfektionen waren Ende 2020 (noch) keinem Cluster zugeordnet bzw. nicht zuordenbar. Von den verbleibenden rd. 35 % war der überwiegende Anteil (rd. 33 Prozentpunkte) als lokaler Cluster klassifiziert, Fälle mit Auslandsbezug blieben in der Minderzahl.

Die folgende Abbildung zeigt die Zuordnung im Zeitverlauf:²⁷

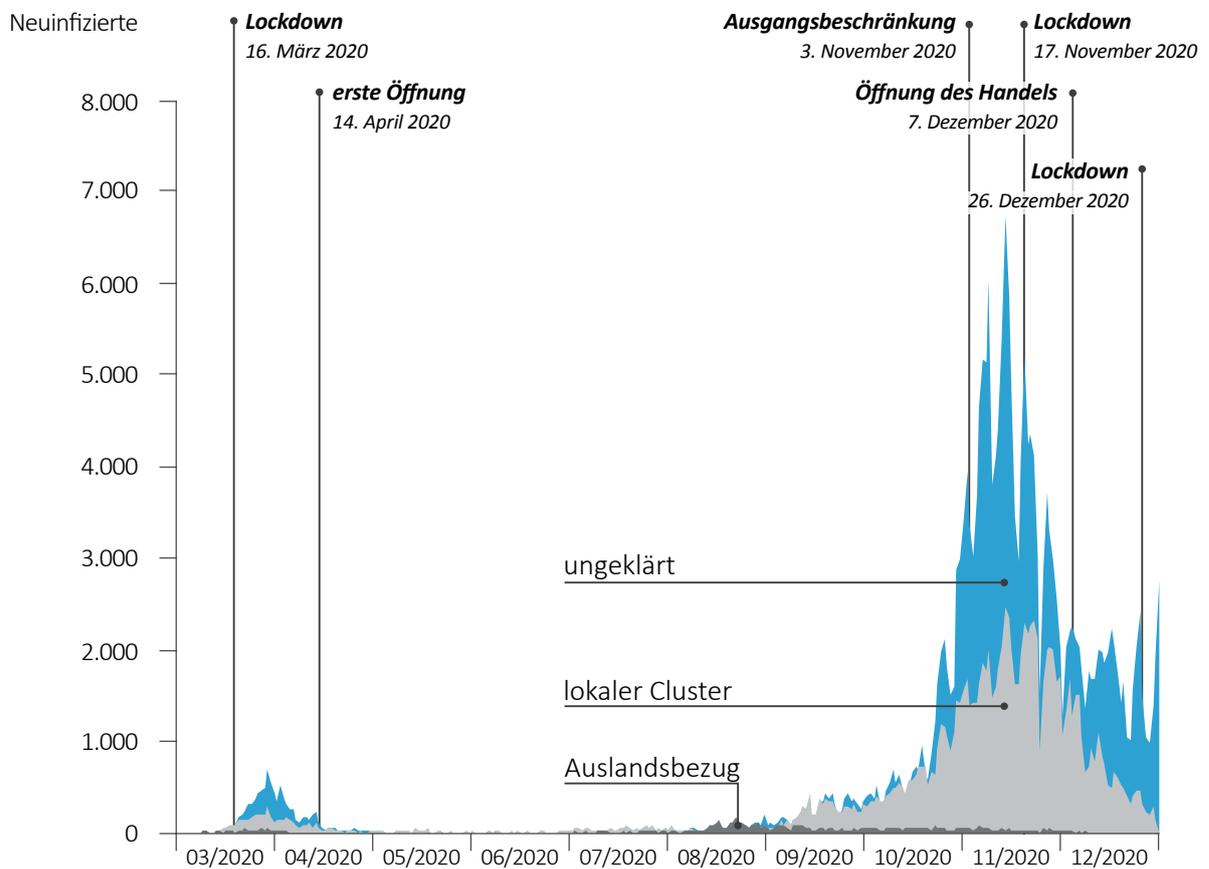
Abbildung 9: Clusterzuordnungen 2020 im Zeitverlauf

Österreich

CLUSTERZUORDNUNGEN
IM ZEITVERLAUF



Quelle: AGES; Darstellung: RH



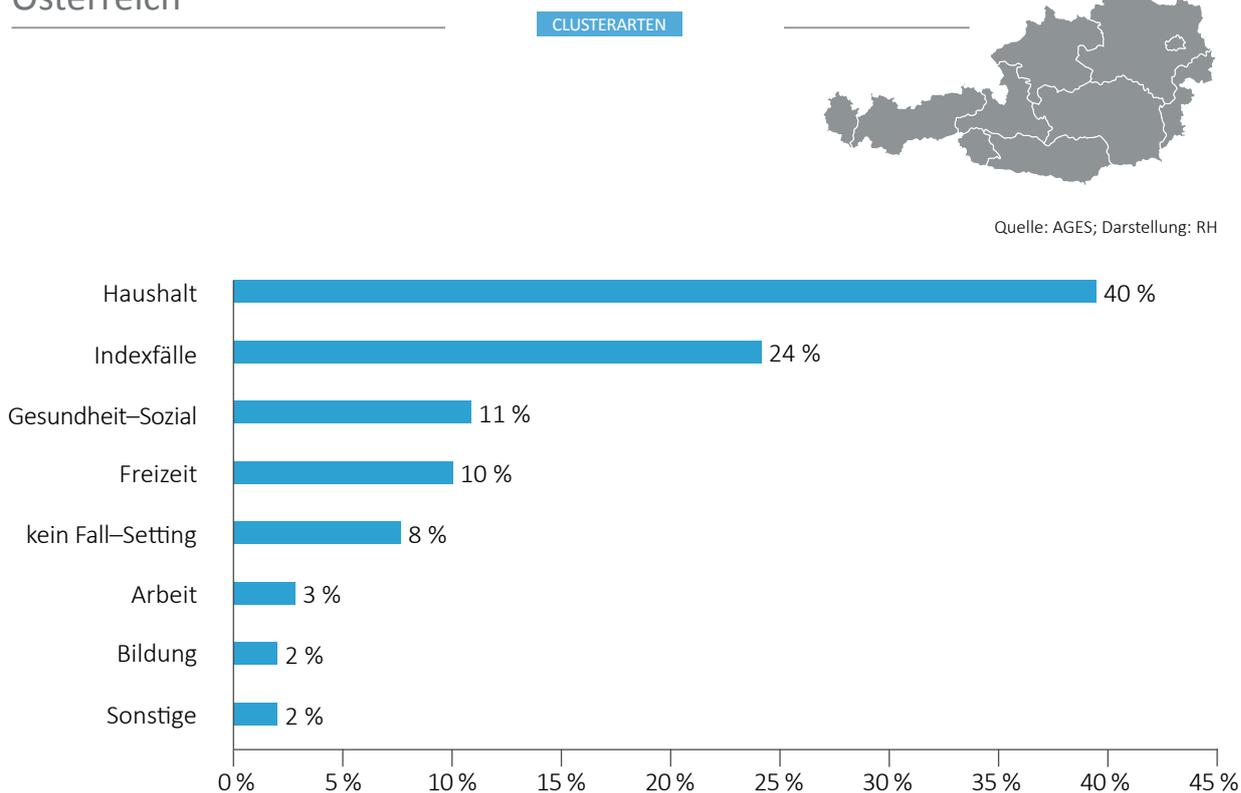
In Zeiträumen mit einer hohen Zahl an Neuinfektionen war der Anteil der Fälle mit ungeklärter Quelle höher. In dieser Phase setzte auch die Corona-Kommission (TZ 20) eine Risikogewichtung der Neuinfektionen nach Clusterzuordnung aus.

²⁷ Der erste Fall eines Clusters (= Indexfall) wird dabei mangels Quelle immer als ungeklärt eingestuft (sonst wäre die Zuordnung aller dieser Fälle zu einem anderen Cluster möglich). Ein Cluster ist bereits ab zwei zugeordneten Personen möglich.

Die folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Clusterfälle zu Clusterarten (Lebensbereichen) im Jahr 2020:

Abbildung 10: Verteilung der Clusterfälle zu Clusterarten (Lebensbereichen) im Jahr 2020

Österreich



Indexfälle (der erste Fall eines Clusters) galten als „Clusterfall“, obwohl die Ansteckungsquelle nicht bekannt war.

„kein Fall-Setting“ bedeutet, dass zwar Informationen vorhanden waren, aber noch keine Zuordnung zu einem bestimmten Setting vorgenommen wurde.

40 % der einem Cluster zuordenbaren Infizierten entfielen auf den Cluster „Haushalt“. Die Bereiche „Arbeit“ bzw. „Bildung“ wiesen mit 3 % bzw. 2 % sehr niedrige Werte auf.

- 17.2 Der RH hielt die Clusteranalyse für ein wesentliches Instrument der Pandemiebewältigung. Er beurteilte auch die Aufteilung der Zuständigkeit und die Zusammenarbeit zwischen den Bezirksverwaltungsbehörden und der AGES als im Wesentlichen zweckmäßig, weil dadurch die dezentralen Erhebungen vor Ort und die zentrale Übersicht verbunden werden konnten. Er wies allerdings darauf hin, dass die AGES infolge unterschiedlicher IT-Systeme nicht direkt auf alle erhobenen Daten zugreifen konnte.

Der RH merkte an, dass im Jahr 2020 eine erhebliche Anzahl von Infektionen entweder gar keinem Cluster zugeordnet werden konnte (65 %) bzw. der überwiegende Teil der zuordenbaren Infektionen lediglich als Haushaltscluster identifiziert wurde (40 %). Dies galt insbesondere für Zeiträume mit hohem Infektionsgeschehen. Schließlich hielt der RH fest, dass Ansteckungen durch unbekannte Personen (z.B. in öffentlichen Verkehrsmitteln) aufgrund der Erhebungsmethodik nahezu unentdeckt blieben, was zu einer erheblichen Verzerrung der Ergebnisse führen konnte.

Der RH verwies auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in [TZ 9](#), die vollständige Befüllung des EMS sicherzustellen, wenn möglich durch elektronische Schnittstellen zwischen den IT-Systemen der Länder und dem bundesweiten EMS.

Daran anknüpfend empfahl er dem Gesundheitsministerium, bei der Befüllung des EMS auch die Erfassung von Kontakten und die Quellsuche zu berücksichtigen.

Weiters empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern bei der Vorbereitung auf künftige Pandemien weitere (elektronische) Möglichkeiten zur Kontaktverfolgung zu berücksichtigen und dafür die technischen und rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen.

- 17.3 Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, dass die Erfassung von Kontakten im EMS bereits möglich sei. Im Umkehrschluss sei damit auch die Quellenzuordnung zum Indexfall berücksichtigt. Die AGES habe weitere Möglichkeiten zur Kontaktverfolgung bereits umgesetzt.

Kapazitätsmeldungen der Krankenanstalten

- 18.1 (1) Die Krankenanstaltenplanung, insbesondere der ÖSG, die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (**RSG**) und die auf diesen Dokumenten beruhenden Verordnungen, gaben den fondsfinanzierten Krankenanstalten die Anzahl der Normal- und Intensivbetten sowie eine apparative und personelle Mindestausstattung der Intensivstationen, insbesondere mit Beatmungsgeräten, vor. Zum Ist-Stand enthielt die jährliche Krankenanstalten-Statistik Daten zu den in den Krankenanstalten vorhandenen Kapazitäten (Betten, ambulante Betreuungsplätze je Fachrichtung und Auslastung, Personal des ärztlichen Dienstes und der nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe in Vollzeitäquivalenten).²⁸ Die Krankenanstalten-Statistik basierte auf den Jahresmeldungen der Krankenanstalten, die sie bis 30. April des Folgejahres an das Land zu erstatten hatten. Dieses leitete die Meldung bis 31. Mai des Folgejahres an das Gesundheitsministerium weiter. Die Krankenanstalten-Statistik lag somit fünf

²⁸ Diesbezügliche Regelungen waren in der Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten (BGBl. II 638/2003 i.d.F. BGBl. II 18/2007) und in Handbüchern des Gesundheitsministeriums (Handbuch zur Dokumentation – Organisation & Datenverwaltung samt Anhängen, Handbuch zur Dokumentation von Kostendaten in landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten) enthalten.

Monate nach dem Ende des Berichtsjahres vor und hatte retrospektiven Charakter. Demnach ermöglichte weder die Krankenanstaltenplanung noch die Krankenanstalten-Statistik Aussagen über die tagesaktuelle Auslastung und Personalsituation während einer Pandemie oder in einer Katastrophensituation.

(2) Um tagesaktuelle Daten zu erlangen, erhob der SKKM-Krisenstab seit 20. März 2020 über die Krisenstäbe der Länder und die Landessanitätsdirektionen täglich Daten zum Gesundheits- und Pflegesystem. Mit Stand 9:00 Uhr hatten die Länder die mit bestätigten COVID-19-Erkrankten belegten Normal- und Intensivbetten und die für COVID-19-Erkrankte noch verfügbaren Normal- und Intensivbetten zu melden (sogenannte Morgenmeldungen). Es bestanden jedoch keine bundesweit einheitlichen Vorgaben, wie die Werte zu ermitteln waren. So blieb unklar, ob auch Intensivüberwachungseinheiten zu zählen waren, ob es sich jedenfalls um Erwachsenenbetten handeln musste, nach welchen Kriterien die Verfügbarkeit zu beurteilen war und ob weitere Voraussetzungen (insbesondere die erforderliche personelle Ausstattung zur COVID-19-Behandlung) gegeben sein mussten. Das Kardinal Schwarzenberg Klinikum teilte z.B. mit, dass es die als verfügbar gemeldeten Betten nicht im eigentlichen Sinn vorhalte, sondern diese bei Bedarf zur Verfügung stelle. Die OÖG teilte zum Stand September 2020 mit, dass sie grundsätzlich alle freien Normalbetten als „für COVID-19 verfügbar“ qualifiziere, ausgenommen seien Betten an den Abteilungen für Kinderheilkunde und für tagesklinische Behandlungen.

In den Ländern Oberösterreich und Salzburg erfassten die einzelnen Krankenanstalten ihre Daten auf einer für das gesamte Land eingerichteten elektronischen Datenplattform. In Oberösterreich war diese Plattform auch die Grundlage für ein Dashboard des Landes mit öffentlich zugänglichen Daten. Die Datenmeldung an den Bund erfolgte über den Krisenstab des jeweiligen Landes. In Salzburg erstellte die SALK zusätzlich täglich einen Lagebericht für das Land Salzburg, für den die Krankenanstalten per E-Mail Daten meldeten. Die Krankenanstalten hatten die Daten täglich bis 7:30 Uhr bzw. 8:30 Uhr zu erfassen. Die Daten basierten auf den jeweiligen Krankenhausinformationssystemen, aus denen die Krankenanstalten in Echtzeit bzw. stündlich den Stand der belegten und freien Betten abrufen konnten. In der Regel waren die für die COVID-19-Behandlung vorgesehenen bzw. mit COVID-19-Erkrankten belegten Betten in dieser Anwendung besonders gekennzeichnet.

Die von den Ländern Oberösterreich und Salzburg dem SKKM-Krisenstab gemeldete Anzahl verfügbarer Betten unterlag im überprüften Zeitraum großen Veränderungen, die u.a. auf Änderungen in der Zählweise bzw. Versorgungsplanung zurückzuführen waren. In Oberösterreich reduzierte sich z.B. durch die Änderung der Zählweise die Anzahl verfügbarer Normalbetten für COVID-19-Erkrankte von 3.113 am 5. November 2020 auf 91 am 6. November 2020 und erhöhte sich bis zum

9. November 2020 wieder auf 460. In Salzburg reduzierte sich die Anzahl verfügbarer Normalbetten für COVID-19-Erkrankte vom 15. Mai auf den 16. Mai 2020 von 1.234 auf 268. Die SALK begründete diese Veränderung mit einer Änderung der Strategie Mitte Mai 2020. Während das Konzept in der ersten Pandemiewelle insgesamt 1.440 Normalbetten (davon 490 in fondsfinanzierten Krankenanstalten) für COVID-19-Erkrankte vorgegeben hatte, waren in der zweiten Pandemiewelle selbst in der höchsten Eskalationsstufe maximal 267 Normalbetten und 45 Intensivbetten vorgesehen.

Die auf dem Dashboard des Gesundheitsministeriums bzw. der AGES veröffentlichten Daten zu den Hospitalisierungen gründeten sich bis 24. Jänner 2021 auf die von den Ländern täglich an den SKKM-Krisenstab gemeldeten Daten.

(3) Ab 30. März 2020 erhob das Gesundheitsministerium parallel zu den Erhebungen im Rahmen des SKKM wöchentlich im Wege der Länder Kapazitätsdaten und den Bedarf an COVID-19-relevanten Produkten (Desinfektionsmittel, Schutzausrüstung etc.). Diese sogenannte S4-Kapazitätenerhebung umfasste folgende Daten:

- die vorhandenen Intensivbetten (Gesamtzahl der aufgestellten Intensivbetten) und die davon belegten Intensivbetten,
- die Gesamtzahl der Betten im Aufwachbereich mit intensivmedizinischer Ausstattung und davon die für COVID-19-Erkrankte frei verfügbaren Betten,
- die vorhandenen Normalbetten für alle Fachrichtungen und davon die belegten Betten sowie
- die Gesamtzahl der Beatmungsgeräte und als Teilmenge davon die freien Geräte.

Von März bis Juni 2020 hatten die Länder zusätzlich weitere Kennzahlen zu melden, insbesondere zum Personal auf Intensivstationen²⁹ und zu möglichen Erhöhungen der Bettenkapazitäten. Aufgrund der geringen Spitalsauslastung und des Erhebungsaufwands entfiel die Meldung dieser Kennzahlen ab Juni 2020 vorübergehend.

Am 30. Oktober ersuchte das Gesundheitsministerium die Länder im Hinblick auf die Zunahme von COVID-19-Erkrankten, für Prognoserechnungen zur voraussichtlichen Auslastung der (Intensiv-) Bettenkapazitäten tägliche und detailliertere Kapazitätsmeldungen zu erstatten. Die Länder mit Ausnahme Wiens stimmten dieser Vorgangsweise zu. Das Land Wien hingegen lehnte dies am 2. November 2020 ab, weil es in der damaligen Pandemiephase und der daraus resultierenden Spitalsbelastung unangebracht und unzumutbar sei, die Dokumentationssysteme und das

²⁹ Der Begriff der Intensivstation umfasst sowohl Intensivüberwachungs- als auch Intensivbetreuungseinheiten im Sinne des ÖSG. Der Begriff des Intensivbetts umfasst Intensivüberwachungsbetten als auch Intensivbehandlungsbetten im Sinne des ÖSG. Im Folgenden verwendet der RH einheitlich die Begriffe Intensivstation sowie Intensivbett und nimmt Differenzierungen zwischen den davon umfassten Unterkategorien nur dann vor, wenn diese für das Verständnis erforderlich sind.

Berichtswesen im geforderten Umfang anzupassen und umzustellen. Ab November 2020 meldeten die Länder (außer Wien) täglich insbesondere folgende Daten:

- Belegung und Verfügbarkeit von Betten (jeweils für Normal- und Intensivstationen):
 - gesamte Kapazität an Intensiv- und Normalbetten,
 - Anzahl der mit COVID-19-Erkrankten und mit Nicht-COVID-19-Erkrankten belegten Intensiv- und Normalbetten,
 - Anzahl der für COVID-19-Erkrankte sofort tagesaktuell einsatzbereiten Intensiv- und Normalbetten,
 - Anzahl der für COVID-19-Erkrankte innerhalb von sieben Tagen bereitstellbaren zusätzlichen Kapazitäten an Intensiv- und Normalbetten,
- Anzahl der Neuzugänge und der Abgänge von COVID-19-Erkrankten auf Intensivstationen,
- nicht arbeitsfähiges ärztliches bzw. diplomiertes Personal der Intensivstationen in Relation zum gesamten Personalstand auf diesen Stationen,
- Anzahl der Todesfälle von hospitalisierten COVID-19-Erkrankten,
- verfügbare Beatmungsgeräte in Relation zur Gesamtzahl der einsetzbaren Beatmungsgeräte.

Das Gesundheitsministerium machte ab November 2020 einheitliche Vorgaben, wie die Daten zu ermitteln waren. Beispielsweise war festgelegt, dass als Intensivbetten sowohl Intensivbehandlungsbetten als auch Intensivüberwachungsbetten galten und Betten in Aufwachbereichen sowie adaptierte Kinder-Intensivbetten als zusätzliche Intensivbettenkapazitäten zählten. Das Gesundheitsministerium überprüfte die Einheitlichkeit und Vollständigkeit der Datenmeldungen laufend anhand der Leistungs- und Statistikdaten sowie der laufenden Meldungen.

(4) Ein vom Gesundheitsministerium durchgeführter Vergleich der SKKM-Meldungen und S4-Kapazitätenerhebung für den 10. November 2020 brachte folgendes Ergebnis:

Tabelle 8: Bettenmeldungen der Länder vom 10. November 2020 im Vergleich

Bettenmeldungen		Normalstationen					Intensivstationen				
		Betten gesamt	Bettenbelegung COVID-19	Bettenbelegung Nicht-COVID-19	freie Betten für COVID-19	zusätzlich für COVID-19 innerhalb von 7 Tagen bereitstellbare Betten	Betten gesamt	Bettenbelegung COVID-19	Bettenbelegung Nicht-COVID-19	freie Betten für COVID-19	zusätzlich für COVID-19 innerhalb von 7 Tagen bereitstellbare Betten
meldendes Land	Empfänger der Meldung	Anzahl der Betten									
Burgenland	Ministerium	925	82	519	49	40	52	11	25	8	8
	SKKM	–	72	–	35	–	–	10	–	19	–
Kärnten	Ministerium	2.533	165	1.682	40	74	171	15	110	9	25
	SKKM	–	163	–	36	–	–	14	–	26	–
Niederösterreich	Ministerium	6.998	464	4.394	556	0	341	65	158	118	0
	SKKM	–	464	–	2.720	–	–	65	–	124	–
Oberösterreich	Ministerium	7.147	803	3.499	397	1.200	303	101	106	49	50
	SKKM	–	803	–	397	–	–	101	–	49	–
Salzburg	Ministerium	2.455	142	1.733	29	96	137	22	71	16	11
	SKKM	–	142	–	52	–	–	22	–	23	–
Steiermark	Ministerium	5.022	516	2.808	453	55	340	75	156	73	4
	SKKM	–	493	–	1.619	–	–	71	–	106	–
Tirol	Ministerium	3.413	288	2.162	61	122	185	55	81	11	24
	SKKM	–	269	–	45	–	–	56	–	10	–
Vorarlberg	Ministerium	1.861	147	984	21	285	63	30	15	18	41
	SKKM	–	177	–	285	–	–	30	–	18	–
Wien	Ministerium ¹	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	SKKM	–	471	–	1.896	–	–	126	–	205	–
Österreich (Summe)	Ministerium ²	30.354	2.607	17.781	1.606	1.872	1.592	374	722	302	163
	SKKM	–	3.054	–	7.085	–	–	495	–	580	–

Ministerium = Gesundheitsministerium
SKKM = Staatliches Krisen- und Katastrophenmanagement

Quelle: Gesundheitsministerium; Zusammenstellung: RH

¹ Das Land Wien meldete keine Kapazitätsdaten an das Gesundheitsministerium.

² jeweils ohne Wien

In Oberösterreich stimmten die Kapazitätsmeldungen an den SKKM-Krisenstab und an das Gesundheitsministerium überein. Die Bettenmeldungen von Salzburg an das Gesundheitsministerium bzw. an den SKKM-Krisenstab unterschieden sich bei den freien (Intensiv-)Betten für COVID-19-Erkrankte. In Niederösterreich und in der Steiermark bestanden zahlenmäßig erhebliche Differenzen zwischen den beiden Meldeschienen für die verfügbaren Normalbetten für COVID-19-Erkrankte. In Niederösterreich betrug die Differenz rd. 2.200 Betten, in der Steiermark rd. 1.200 Betten. Das Gesundheitsministerium erörterte Differenzen in den Meldungen und Auffassungsunterschiede laufend in Form von Videokonferenzen mit den zuständigen Stellen der Länder (sogenannte S4-Runde zu Kapazitäten), um die Einheitlichkeit und die Qualität der Datenübermittlungen sicherzustellen.

Das Land Wien nahm an der täglichen S4-Kapazitätenerhebung des Gesundheitsministeriums nicht teil. Es meldete seine Kapazitätsdaten ab 19. Jänner 2021 mit einer an die Vorgaben für die S4-Kapazitätenerhebung angepassten Zählweise, jedoch weiterhin nur in eingeschränktem Umfang wie zuvor für die SKKM-Erhebung. Demnach lagen für die Wiener Krankenanstalten weiterhin keine Daten zur Gesamtkapazität der (Intensiv-)Betten und zur Belegung mit sonstigen Erkrankten (Nicht-COVID-19) vor.

Ab 25. Jänner 2021 waren am Dashboard der AGES ausschließlich die im Wege des Gesundheitsministeriums erhobenen Daten zu Krankenanstalten dargestellt.

- 18.2 Der RH kritisierte, dass zu Pandemiebeginn weder eine aktuelle Information zu den Bettenkapazitäten der Krankenanstalten für den Krisen- und Katastrophenfall noch entsprechende Meldestrukturen vorlagen.

Er anerkannte, dass der SKKM-Krisenstab im März 2020 ein Meldesystem einrichtete, um tagesaktuelle Daten zu erlangen, beurteilte jedoch kritisch, dass aufgrund fehlender Vorgaben insbesondere zur Ermittlung der freien Kapazitäten für COVID-19-Erkrankte unterschiedliche Auslegungen und Zählweisen auftraten. Die auf Grundlage dieses Meldesystems veröffentlichten Daten waren daher wenig aussagekräftig.

Der RH wies darauf hin, dass auch das Gesundheitsministerium ab März 2020 – zunächst wöchentlich – Erhebungen durchführte, die umfassender waren als die SKKM-Meldungen und detailliertere Vorgaben enthielten. Er beurteilte kritisch, dass bis Jänner 2021 zwei Meldeschienen parallel liefen, die bei den Krankenanstalten teilweise dieselben Daten abfragten, aber zu verschiedenen Ergebnissen kamen. Die Zusammenführung mit den SKKM-Meldungen im Jänner 2021 erachtete er daher als zweckmäßig. Auch die Ausweitung der Erhebung auf umfangreichere tägliche Meldungen in der zweiten Pandemiewelle war zweckmäßig, wenngleich diese Meldeschiene erst im November 2020 eingerichtet wurde und somit zuverlässige

Daten zu den Kapazitäten der Krankenanstalten erst rund sechs Monate nach dem Beginn der COVID-19-Pandemie vorlagen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern auf eine umfassende Kapazitätenerhebung von medizinischen Gütern in Krankenanstalten im Krisen- und Katastrophenfall in allen Ländern hinzuwirken.

Darüber hinaus verwies er auf seine Empfehlung in [TZ 19](#) zur Schaffung der rechtlichen und technischen Grundlagen für Datenübermittlungen und Datenverknüpfungen.

- 18.3 (1) Das Gesundheitsministerium begrüßte die Empfehlung des RH und wies auf während der Pandemie bereits gesetzte Maßnahmen hin.

Im Zuge der Pandemie sei als erste Sofortmaßnahme die Grundlage für einen systematischen Austausch bzw. zur Erhebung von Kapazitätsdaten geschaffen worden. Dafür sei ein regelmäßiger Informationsfluss zwischen den sogenannten S4-Funktionen der Länder und des Gesundheitsministeriums (S4-Runden) eingerichtet worden. Innerhalb dieser Runden seien Bedarfe für medizinische Güter und Lagerstände unmittelbar über die Sozialversicherung für den niedergelassenen Bereich bzw. über die Krisenstäbe der Länder gemeldet worden, die in direktem Austausch mit den örtlichen Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen gestanden seien.

Zu Beginn der Pandemie seien wöchentlich die kritischen Artikel erhoben worden. Diese Erhebung habe je Land den Bestand an kritischen Artikeln, die je Land getätigten Bestellungen inklusive Lieferzeiten sowie kurz- und mittelfristige Bedarfe an kritischen Artikeln umfasst. Diese Meldungen hätten zum jeweiligen Stichtag eine österreichweit vergleichbare Datengrundlage über die kritischen Artikel pro Land sichergestellt.

Die Erhebung habe neben den kritischen Artikeln auch die Kapazitäten (Betten, Beatmungsgeräte, Personal) umfasst. Mit steigenden Infektionszahlen und damit verbundenen steigenden Belagszahlen in den Krankenanstalten im Herbst 2020 seien die Kapazitäten täglich erhoben und die Erhebungen inhaltlich adaptiert worden. Neben der Belegung auf Normal- und Intensivstationen seien auch das arbeitsfähige ärztliche und pflegerische Personal auf den Intensivstationen und die systemkritische Geräteausstattung (Beatmungsgeräte und ECMO) je Land zu melden gewesen. Mit 9. Juni 2021 habe das Gesundheitsministerium die Meldung der Parameter „Personal im Intensivpflegebereich“ und „Geräteausstattung“ für die Monate Juni, Juli und August 2021 im Hinblick auf die geringe Spitalsauslastung und den großen Erhebungsaufwand unter der Maßgabe, dass sich die Situation nicht erheblich ändere, vorübergehend ausgesetzt. Das von der Bundes-Zielsteuerungskommission im Dezember 2020 abgenommene Dokument „Planung im Bereich des

Gesundheitswesens zur Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung mit Gesundheitsleistungen im Falle von außergewöhnlichen Ereignissen, insbesondere für Epidemien und Pandemien fokussiert auf die COVID-19 Pandemie (kurz: ‚Planung außergewöhnliche Ereignisse‘ (Living Paper))“ führe aus: „Die Grundlage für eine verlässliche Planung und Steuerung sind vollständige und qualitätsgesicherte Daten. Daher ist es notwendig, rechtzeitig einen gesicherten und klar definierten Datenaustausch zwischen den Gesundheitseinrichtungen, insbesondere den Krankenanstalten, und den Bezirks-, Landes- und Bundesbehörden hinsichtlich der Verfügbarkeit und Erweiterungsmöglichkeiten von Kapazitäten und Ressourcen zur Versorgung der COVID-19 Fälle und der Nicht-COVID-19 Fälle sicherzustellen. Dabei ist auch die Sicherstellung der Voraussetzungen für die elektronische Datenmeldung entsprechend dem Stand der Technik und eine Vermeidung von redundanten Datenübermittlungen wesentlich. Wesentlich für die Qualität der gemeldeten Daten sind präzise Definitionen der zu meldenden Parameter“.

Das Gesundheitsministerium sei bemüht, die Entwicklung und Umsetzung einer entsprechenden Datenschiene für die Kapazitätsplanung und -steuerung im Falle außergewöhnlicher Ereignisse voranzutreiben.

(2) Das Land Oberösterreich hielt in seiner Stellungnahme fest, dass auch in Oberösterreich ein tägliches Dashboard bzw. ein täglicher Lagebericht der Oberösterreichischen Fondskrankenanstalten inklusive Unfallkrankenhaus Linz erstellt und dem Krisenstab zur Verfügung gestellt werde. Die geänderten Zählweisen der Normalbetten seien in der Definitionsänderung des Gesundheitsministeriums ab 6. November 2020 begründet. Bis 5. November 2020 hätten alle freien Normalbetten als „verfügbare Normalbetten“ gegolten, unabhängig davon, ob diese für COVID oder Nicht-COVID verfügbar gewesen seien. Seit 6. November 2020 würden jene Normalbetten gezählt, die ausschließlich für COVID zur Verfügung stünden. Aufgrund situationsbedingter Stufenplanänderungen könnten diese Zahlen schwanken. Am 6. November seien laut Stufenplan 750 Normalbetten für COVID vorgehalten worden, am 9. November 1.200. Dies begründe die Erhöhung der verfügbaren Betten ab 9. November 2020.

Prognoserechnungen zur Bettenauslastung im Spitalsbereich

- 19.1 (1) Das COVID-Prognose-Konsortium, an dem neben Expertinnen und Experten aus universitären Einrichtungen die GÖG beteiligt war, erstellte ab April 2020 im Auftrag des Gesundheitsministeriums für Entscheidungsträger³⁰ wöchentliche Kurzfristprognosen zum Verlauf der an COVID-19-Erkrankten in Österreich und der verfügbaren Kapazitäten im Krankenanstaltenbereich. Als Datengrundlagen dienten insbesondere das EMS, Berechnungen der AGES zur effektiven Reproduktionszahl R sowie die Meldungen über die Belegung der (Intensiv-)Betten.

Für die Belegung der (Intensiv-)Betten waren zunächst die täglichen SKKM-Meldungen der Länder die Grundlage für die Prognoserechnungen. Da diese nicht die gesamte verfügbare Spitalskapazität enthielten, stellten sie nach Einschätzung der GÖG die Kapazitätsgrenze für die COVID-19-Behandlung nicht zuverlässig dar. Dies deshalb, weil Krankenanstalten durch die Reservierung zusätzlicher Stationen die Kapazitäten erweitern konnten.

Auch die S4-Kapazitätenerhebung des Gesundheitsministeriums war nach Einschätzung der GÖG zunächst nicht geeignet, weil sie nur wöchentlich erfolgte und nicht zwischen verfügbaren Betten für COVID-19-Erkrankte und Betten für sonstige Erkrankte unterschied. So war nicht ersichtlich, in welchem Umfang freie Betten für COVID-19-Erkrankte einsetzbar waren.

Da aktuelle Daten zu Zu- und Abgängen von COVID-19-Erkrankten bzw. deren Verweildauer in Krankenanstalten fehlten, legte das COVID-Prognose-Konsortium in der ersten Pandemiewelle Annahmen aus der internationalen Literatur zugrunde. Ab Mai 2020 konnte die GÖG dazu die monatlich, jedoch mit einer Verzögerung von etwa acht Wochen übermittelten, verschlüsselten Daten der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (TZ 35) verarbeiten.

Die GÖG beurteilte die ab November 2020 tägliche und erweiterte Kapazitätenerhebung des Gesundheitsministeriums als valide Datengrundlage für die Prognoserechnungen. Darin waren auch die innerhalb von sieben Tagen zusätzlich bereitstellbaren Bettenkapazitäten enthalten. Aus den tagesaktuellen Daten zu den Zu- und Abgängen konnte das COVID-Prognose-Konsortium auf die durchschnittliche Aufenthaltsdauer schließen.

³⁰ insbesondere Bundeskanzleramt, Gesundheits- und Innenministerium (insbesondere Bundesminister, Einsatzleitung des Krisenstabs und Gruppe VII/B Gesundheitssystem), Corona-Kommission, AGES, Landeshauptleute, Landes-Krisenstäbe, Gesundheitsabteilungen der Länder und Landesgesundheitsfonds

Die GÖG konnte die von den Krankenanstalten gemeldeten Bettenkapazitäten und die Belegung der Betten retrospektiv anhand der Diagnosen- und Leistungsdokumentation auf ihre Plausibilität überprüfen. Ein vollständiger Abgleich war jedoch nicht möglich, weil der Diagnosen- und Leistungsdokumentation und den Kapazitätenmeldungen teilweise unterschiedliche Definitionen zugrunde lagen und die Kapazitätenerhebungen keine Daten zu einzelnen Erkrankten, sondern nur aggregierte Daten lieferten. Das COVID-Prognose-Konsortium zog die Diagnosen- und Leistungsdaten zur Neubemessung der alters- und geschlechtsspezifischen Hospitalisierungsraten und Aufenthaltsdauern heran. Eine Verknüpfung von Daten aus dem EMS und Daten aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation, beispielsweise zur Ermittlung des zeitlichen Abstands zwischen der positiven Testung und der Hospitalisierung, war aufgrund der fehlenden gesetzlichen Grundlage bzw. der nicht rückführbaren Verschlüsselung nicht möglich. Auch die Kapazitätenmeldungen ermöglichten keine Verknüpfung mit dem EMS, weil sie nicht einzelfallbezogene, sondern nur aggregierte Daten lieferten.

(2) Die Corona-Kommission beurteilte u.a. das Systemrisiko für das Gesundheitswesen. Ein Analysekriterium umfasste die aktuelle Auslastung der Spitalskapazitäten. Die Corona-Kommission legte die Grenzwerte („Signalwerte“) zur Risikoeinschätzung einer Überlastung des Gesundheitsversorgungssystems wie folgt fest:

Tabelle 9: Auslastung von Intensivstationen – Grenzwerte („Signalwerte“) zur Systemrisiko-Einschätzung

Belegung mit COVID-19-Erkrankten im Verhältnis zur Gesamtkapazität ¹	Risikoeinstufung
≤10 %	geringes Risiko
>10 % und ≤25 %	mittleres Risiko
>25 % und ≤33 %	hohes Risiko
>33 %	sehr hohes Risiko

¹ tatsächlich aufgestellte Intensivbetten in dem jeweiligen Land gemäß den jährlichen Meldungen der Krankenanstalten

Quelle: Gesundheitsministerium

Zunächst stellte nur die aktuelle, nicht die prognostizierte Auslastung der Intensivbetten mit COVID-19-Erkrankten einen Indikator für die Beurteilung des Systemrisikos durch die Corona-Kommission dar. Bis 4. Februar 2021 floss der Prognosewert nicht als Indikator, sondern als qualitative Kontextinformation in die Entscheidungen der Corona-Kommission ein.

Die Corona-Kommission modifizierte die Indikatoren zur Risikoeinschätzung ab 11. Februar 2021 dahingehend, dass sie das Systemrisiko nicht bloß anhand der aktuellen Auslastung der Intensivstationen, sondern zusätzlich aufgrund der für die kommenden 14 Tage prognostizierten maximalen Auslastung beurteilte.³¹ Zur Einschätzung des Systemrisikos griff die Corona-Kommission dabei auf den jeweils höheren Wert zurück, um dem Präventionsgedanken zu entsprechen.

- 19.2 Der RH verwies auf die aufgezeigten Probleme der Kapazitätenmeldungen und merkte an, dass diese auch die Prognosen des COVID-Prognose-Konsortiums einschränkten und erst ab November 2020 tagesaktuelle Meldungen vorlagen. Er hielt kritisch fest, dass die Kapazitätenerhebung nicht einzelfallbezogene, sondern nur aggregierte Daten bereitstellte, die nicht mit dem EMS verknüpfbar waren und Prognoserechnungen dadurch erschwerten. Die Diagnosen- und Leistungsdaten standen zwar monatlich zur Verfügung, jedoch mit rund achtwöchiger Verzögerung und ebenfalls ohne die Möglichkeit einer Verknüpfung mit den EMS-Daten. Für Prognoserechnungen und für die Kapazitätsplanung wären laut Ansicht der GÖG unmittelbar bzw. zeitnah aus den Krankenhausinformationssystemen entnommene, einheitlich definierte und mit dem EMS verknüpfbare, nicht aggregierte, sondern einzelfallbezogene Daten zur Belegung und Auslastung der Krankenanstalten zweckmäßig.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, zur Bewältigung künftiger Krisen- und Katastrophenfälle darauf hinzuwirken, dass die rechtlichen und technischen Grundlagen für zeitnah zu übermittelnde, einheitlich definierte Daten zur Belegung und Auslastung von Krankenanstalten geschaffen werden und dass diese Daten sowie die Diagnosen- und Leistungsdaten mit dem EMS verknüpfbar sind.

Der RH erachtete es für zweckmäßig, dass die Corona-Kommission seit Februar 2021 das Systemrisiko auch aufgrund der für die jeweils nächsten 14 Tage erwarteten maximalen Auslastung der Intensivbetten beurteilte. Dies ermöglichte eine vorausschauende Risikoeinschätzung und Prognose.

- 19.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums habe die COVID-19-Pandemie gezeigt, dass gerade in Krisen- und Katastrophenzeiten aktuelle Daten zur Belegung und Auslastung von Krankenanstalten auf übergeordneter Landes- und Bundesebene unentbehrlich seien und die vorhandenen Datengrundlagen besser als bisher miteinander verknüpft werden sollten. Es werde daher darauf hinwirken, diese Empfehlung im Zusammenwirken mit den Ländern und der Sozialversicherung so bald als möglich umzusetzen.

³¹ Als Datengrundlagen für die Prognose dienten das EMS für die infizierten Personen, Ländermeldungen für die Bettenbelegung sowie Berechnungen der AGES. Annahmen zur Hospitalisierung basierten auf österreichischen Beobachtungswerten. In die Prognose flossen Hospitalisierungs- und Überlebenswahrscheinlichkeiten nach Alter, die durchschnittliche Verweildauer, Annahmen zur Dauer zwischen Infektion und Hospitalisierung sowie Annahmen zu Transfers zwischen Normal- und Intensivstationen ein.

Die diesbezüglichen Pläne sowie Umsetzungsprozesse befänden sich bereits in Ausarbeitung. Im Sinne der Komplexität bzw. datenschutzrechtlichen Einstufung sei die Erfassung aggregierter Datensätze rechtlich und technisch einfacher umzusetzen und bereits etabliert. Die fallbasierte und technisch automatisierte Erfassung sowie die Verknüpfung mit anderen Datensätzen würden teilweise umfassende rechtliche und technische Anpassungen erfordern. Darin liege die Herausforderung einer nachhaltigen Lösung, die auch abseits von COVID-19 und übertragbaren Erkrankungen im Allgemeinen Anwendung finden möge.

Corona-Ampel

20.1 (1) Bereits im Frühjahr 2020 gab es die Überlegung, eine sogenannte Corona-Ampel einzurichten und damit Maßnahmen zur Pandemiebewältigung zu steuern. Der Ministerratsvortrag vom 29. Juli 2020 sah vor dem Hintergrund einer schrittweisen Rücknahme von Maßnahmen zur Pandemiebewältigung mit dem Ziel, eine zweite Pandemiewelle zu verhindern, die Umsetzung der Ampel vor. Die Corona-Ampel sollte es ermöglichen, Maßnahmen für alle Gesellschafts- und Wirtschaftsbereiche zu akkordieren und abhängig von der epidemiologischen Lage regional zu differenzieren. Der Probetrieb begann im August 2020, der Echtbetrieb am 4. September 2020.³² Die rechtlichen Grundlagen für die Umsetzung der Corona-Ampel wurden im Rahmen der Novelle des Epidemiegesetzes 1950 und des COVID-19-Maßnahmengesetzes geschaffen und traten mit 26. September 2020 in Kraft. Sie beschrieben die wesentlichen Kriterien für die Bewertung der epidemiologischen Situation und schufen die Corona-Kommission als Beratungsgremium. Das Gremium setzte sich aus Vertreterinnen und Vertretern aller neun Länder, aus vom Bund nominierten Expertinnen und Experten sowie weiteren Vertreterinnen und Vertretern des Bundes zusammen.

(2) Die Corona-Ampel zielte darauf ab, das Infektionsrisiko in den Regionen darzustellen. Dies sollte der Bevölkerung ermöglichen, Entscheidungen zum persönlichen Verhalten zu treffen und sich über regionale Maßnahmen zu informieren. Die Aufgabe der Corona-Kommission war die „Vorbereitung und Vorberatung“ erforderlicher Corona-Maßnahmen. Ein ursprünglich geplanter Automatismus bestimmter Regelungen in Abhängigkeit von den Ampelfarben wurde nicht umgesetzt.

(3) Die Corona-Kommission trat mindestens einmal pro Woche zusammen, bewertete das aktuelle Infektionsgeschehen und formulierte Empfehlungen für Präventionsstufen und Maßnahmen an den Gesundheitsminister, die Landeshauptleute sowie die Bezirksverwaltungsbehörden. Sie erstellte ihre Empfehlungen auf Basis einer quantitativen Beschreibung der epidemiologischen Lage und einer qualitati-

³² Auf www.corona-ampel.gv.at (abgerufen am 19. November 2021) wurden aktuelle bundesweite Maßnahmen und zusätzliche regionale Maßnahmen zur Information der Bevölkerung zusammengefasst und regelmäßig aktualisiert.

ven Beschreibung des Fallgeschehens durch die regionalen Behörden. Die quantitative Beschreibung basierte auf Kennzahlen (Indikatoren-System), welche die AGES und die GÖG aufbereiteten. Sie bezog sich – im Unterschied zur Lagebewertung in Deutschland – nicht nur auf die reine Inzidenz, sondern auf eine multifaktorielle Risikobetrachtung („risikoadjustierte Inzidenz“): Insbesondere flossen das Alter der Infizierten in das Modell ein, weil ältere Personen ein höheres Hospitalisierungs- und Sterberisiko aufwiesen, und die Ergebnisse der Clusteranalysen, weil bekannte Ansteckungsquellen besser kontrollierbar waren als unbekanntes. Die qualitative Bewertung bezog z.B. die Entstehung der Cluster, den Ansteckungsverlauf und die Dynamik der Fälle in den Clustern mit ein. Das dazu verwendete Modell war öffentlich zugänglich, die wöchentlichen Datengrundlagen wurden gemeinsam mit der Empfehlung der Corona-Kommission veröffentlicht.³³ In weiterer Folge berücksichtigte die Corona-Kommission auch die Prognosen des COVID-Prognose-Konsortiums mit Fokus auf die erwartete Auslastung der Spitalskapazitäten. Zur leichteren Verständlichkeit für die Öffentlichkeit wurde die teils komplexe Bewertung auf vier Ampelfarben (grün, gelb, orange und rot für geringes, mittleres, hohes und sehr hohes Risiko) verdichtet.

(4) Ab Anfang November 2020 führte das Kennzahlensystem zu einer sehr hohen Risikobewertung in ganz Österreich, weshalb mit 5. November 2020 die Ampel in allen Ländern auf Rot gestellt wurde. Für Bildungseinrichtungen wurde im Herbst 2020 eine eigenständige Risikobewertung entwickelt. Die Corona-Ampel blieb bis Ende Jänner 2021 österreichweit auf Rot. Teilweise wurde die Risikogewichtung ausgesetzt, da bereits die ungewichtete Inzidenz deutlich über den Schwellenwerten für eine rote Einstufung lag. Der Schwerpunkt der Entscheidungsgrundlagen für die Maßnahmen zur Pandemiebewältigung verlagerte sich daher vom Konzept der risikoadjustierten Inzidenz zur Vorsorge gegen eine Systemüberlastung der Krankenanstalten. Ab Jänner 2021 waren aufgrund der Virusmutationen neue, im ursprünglichen Modell nicht abgebildete Risiken zu bewerten.

20.2 Der RH beurteilte eine systematische Zusammenfassung der unterschiedlichen Informationen zu einem Indikatorensystem grundsätzlich als zweckmäßig, um die Datenvielfalt besser interpretieren und kommunizieren zu können. Er anerkannte auch die Klarstellung der Verantwortlichkeiten und Prozessschritte am Weg von der Sammlung, Aufbereitung und Würdigung der Daten zur Formulierung von Empfehlungen und der politischen Entscheidungsfindung.

Der RH wies allerdings darauf hin, dass die Corona-Ampel aufgrund geänderter Rahmenbedingungen (z.B. dem Auftreten von Virusmutationen), den im Herbst 2020 und Winter 2020/21 vergleichsweise hohen Infektionszahlen und den unabhängig von der Ampelfarbe getroffenen Entscheidungen über Maßnahmen zur Pandemie-

³³ Die wöchentlichen Empfehlungen der Corona-Kommission wurden auf www.corona-ampel.gv.at/corona-kommission veröffentlicht.

bewältigung nicht die beabsichtigte Bedeutung und Wirkung erreichte. Das ursprüngliche Indikatorenmodell enthielt im weiteren Verlauf der Pandemie nicht mehr alle relevanten Informationen. Der Fokus auf die risikoadjustierte Inzidenz und die bezirksweisen regionalen Unterschiede bei Risikobewertung und getroffenen Maßnahmen verlor im Herbst 2020 daher weitgehend an Bedeutung. Auch der ursprünglich geplante Automatismus zwischen der Risikobewertung und bestimmten Maßnahmen wurde nicht umgesetzt – für einzelne Gesellschaftsbereiche (z.B. Bildungseinrichtungen) erfolgten gesonderte Risikobewertungen und Maßnahmen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Daten in ein an den aktuellen Wissensstand angepasstes Indikatoren-Modell zusammenzuführen, klare Prozesse für die Würdigung der Daten durch die Expertinnen und Experten festzulegen und die Entwicklung von Empfehlungen, die Entscheidungsfindung der Behörden sowie eine begleitende, regelmäßige Information der Öffentlichkeit weiterhin zu verfolgen und regelmäßig anzupassen.

- 20.3 Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, dass die Corona-Ampel die für die Risikoeinstufung zu berücksichtigenden Parameter regelmäßig hinsichtlich Zweckdienlichkeit evaluiere und sie bei Bedarf an Aspekte anpasse, deren Wertigkeit sich mit zunehmender Pandemiedauer ändere (z.B. neue Varianten, Durchimpfungsrate). So sei die Methodik der risikoadjustierten Inzidenz kürzlich adaptiert worden: Zusätzlich zu den bestehenden Indikatoren würden nun auch die Altersstruktur und der Impfstatus in die Berechnung einbezogen.

Nutzung der Daten für die Wissenschaft

- 21.1 (1) Das Gesundheitsministerium beauftragte die GÖG im Frühjahr 2020, ein Konzept für die Datenplattform COVID-19 zu erstellen. Damit sollte wissenschaftlichen Einrichtungen unter bestimmten Voraussetzungen die Nutzung von EMS-Daten für Forschungszwecke ermöglicht werden. Zuvor hatte das öffentlich zugängliche Dashboard regional detaillierte Daten zur Verfügung gestellt. Da dies jedoch wegen der Rückverfolgbarkeit auf einzelne Personen problematisch erschien, wurden die Daten stärker aggregiert. Detailliertere Daten sollten nur unter besonderen Voraussetzungen über die GÖG verfügbar sein.

In weiterer Folge gestaltete die GÖG eine entsprechende Website, richtete einen Beirat ein und erstellte eine Geschäfts- und Verfahrensordnung. Die Daten auf der Datenplattform COVID-19 basierten auf dem Statistikregister gemäß § 4a Epidemiegesetz 1950. Sie wurden nach dem Grundsatz der Datenminimierung und der Zweckbindung zur Verfügung gestellt, entsprechend den Forschungsvorhaben anonymisiert und in einem geschützten Bereich bereitgestellt. Die Daten wurden regelmäßig aktualisiert. Ab der Freischaltung der Datenplattform COVID-19 am 4. Juni 2020 konnten die wissenschaftlichen Einrichtungen diese Daten nutzen.

Um einen Zugriff auf die Daten zu erhalten, hatten sich die Einrichtungen zu akkreditieren. Sie stellten hierfür einen Antrag, den die GÖG formal prüfte und dem Beirat übermittelte. Dieser bestand aus neun Mitgliedern unter dem Vorsitz des Ludwig Boltzmann-Instituts für Digital Health and Patient Safety, kam wöchentlich zusammen und entschied über die Akkreditierung. Er war auch für die wissenschaftliche Begleitung und die fachliche Aufsicht zuständig. Die Tätigkeit erfolgte ehrenamtlich.

Bei Akkreditierung schloss die GÖG mit der Forschungseinrichtung einen unentgeltlichen Datenverwendungsvertrag ab. Dieser regelte beispielsweise Zweck, Forschungsziel, Nutzungsrechte, Geheimhaltung und Datenschutz sowie eine extra zu unterfertigende Verschwiegenheitserklärung, welche die Weitergabe der überlassenen Daten verhindern sollte. Die Akkreditierung war auf die Dauer des Forschungsvorhabens beschränkt. Ergebnisse und Publikationen, die aus dem Forschungsvorhaben der akkreditierten Einrichtungen hervorgingen, wurden auf der Datenplattform bekannt gegeben.

Bis zum 1. Oktober 2020 wurden 51 Akkreditierungsanträge eingebracht. Davon wurden 46 akkreditiert und fünf als inaktiv geführt, weil die Antragsteller erforderliche Unterlagen nicht nachreichten. Im Jänner 2021 lagen sechs Publikationen vor, die unter Verwendung von Daten der Datenplattform COVID-19 erstellt wurden.

Nach Angaben der GÖG gab es mehrere Forschungsvorhaben, für die pseudonymisierte Daten bzw. die Verknüpfung mit anderen Daten notwendig gewesen wären. Mit derartigen Daten könnten die Zahl der behandelbaren Forschungsfragen und in der Folge der Publikationsoutput bzw. die generierten Erkenntnisse zur Bewältigung der Pandemie erhöht bzw. verbessert werden. Hierfür seien allerdings rechtliche Grundlagen nötig.

(2) Die Voraussetzungen für die Verknüpfung pseudonymisierter Daten für Forschungszwecke waren im Forschungsorganisationsgesetz³⁴ geregelt.³⁵ Dazu musste gemäß § 38b Forschungsorganisationsgesetz die zuständige Bundesministerin bzw. der zuständige Bundesminister gemeinsam mit dem Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Forschung die Daten per Verordnung freigeben.

Weiters konnte das Gesundheitsministerium der Wissenschaft Zugang zu Daten aus seinem Wirkungsbereich über die Statistik Austria zur Verfügung stellen. Laut Statistik Austria erfordere dies eine Novelle zum Bundesstatistikgesetz, die in Planung sei. Für einzelne Analysen konnte das Gesundheitsministerium Daten aus dem EMS in pseudonymisierter Form an die Statistik Austria übermitteln, wenn eine Rechts-

³⁴ BGBl. 341/1981 i.d.g.F.

³⁵ Mit dem Datenschutz-Anpassungsgesetz 2018, BGBl. I 120/2017, wurden die aufgrund der Datenschutz-Grundverordnung erforderlichen Anpassungen vorgenommen, um der Wissenschaft einen Zugang zu Registerdaten zu ermöglichen und unterschiedliche Register miteinander verknüpfen zu können.

grundlage vorlag bzw. bezogen auf die aktuelle Pandemiesituation anlassbezogen geschaffen wurde.

(3) In Österreich standen im Unterschied z.B. zu anderen europäischen Staaten keine demografischen, klinischen und Behandlungsdaten zu COVID-19-Intensivpatientinnen und -patienten zur Verfügung. Die Diagnosen- und Leistungsdaten der Krankenanstalten reichten dazu nach Auffassung des Gesundheitsministeriums nicht aus und waren auch nicht für die Forschungseinrichtungen zugänglich. Das Gesundheitsministerium versandte im Dezember 2020 den Entwurf einer Verordnung für ein Register, das Daten über COVID-19-Erkrankte auf Intensivstationen von fondsfinanzierten Krankenanstalten zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Aufarbeitung verarbeiten sollte. Nach Ansicht des Gesundheitsministeriums war dieses Register erforderlich, um aus den bisherigen Behandlungsverläufen Erfahrungen für ein qualitätsgesichertes Vorgehen und die wissenschaftliche Aufarbeitung zu generieren, und sollte Daten über die Behandlungen, das Ergebnis dieser Behandlungen sowie über Vorerkrankungen und allfällige Komplikationen enthalten. Die Krankenanstalten sollten die Daten laufend nach Entlassung der Erkrankten über eine webbasierte Anwendung an die GÖG melden; die GÖG sollte die gemeldeten Daten pseudonymisieren. Ein Abgleich mit Daten aus der Todesfallstatistik der Statistik Austria war vorgesehen, um Spätfolgen von COVID-19-Infektionen analysieren zu können. Für wissenschaftliche Zwecke sollten die Daten aus diesem Register in anonymisierter Form genutzt werden können.

Das Gesundheitsministerium richtete das Register in der Folge nicht ein. Es begründete dies u.a. damit, dass die Intensivstationen durch die Eingabe von Daten während der COVID-19-Pandemie eine zusätzliche Arbeitsbelastung zu erwarten hätten. Als Ersatz stellte die GÖG akkreditierten Forschungseinrichtungen – zusätzlich zu den anonymisierten Daten aus dem Statistikregister des EMS³⁶ – seit Mitte März 2021 auf ihrer Datenplattform COVID-19 anonymisierte Hospitalisierungsdaten von COVID-19-Erkrankten zur Verfügung. Es handelte sich um Diagnosen- und Leistungsdaten des LKF-Modells, die für Intensivpatientinnen und -patienten die Intensivdokumentation in Form von Maßzahlen zum Gesundheitszustand sowie zum Pflege- und Behandlungsaufwand enthielten. Diese Maßzahlen umfassten auch klinische Parameter (z.B. Sauerstoffkonzentration, Blutdruck, Körpertemperatur), die für die Erforschung von COVID-19 relevant waren. Weitere Informationen zu Altersgruppe, Geschlecht oder Belagsdauer waren der Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu entnehmen. Da die Daten aus dem Statistikregister des EMS und die Hospitalisierungsdaten voneinander getrennt anonymisiert zur

³⁶ Dieses Register wurde gemäß § 4a Epidemiegesetz 1950 für statistische Auswertungen und wissenschaftliche Forschung aus dem Register anzeigepflichtiger Krankheiten des EMS generiert.

Verfügung standen, war eine Kombination bzw. Verknüpfung für Zwecke der Forschung nicht möglich. Der im Verordnungsentwurf vorgesehene Abgleich mit der Statistik der Todesfälle und der Todesursachen erfolgte nicht. Um längerfristige Auswirkungen einer COVID-19-Erkrankung beobachten zu können, wäre aus Sicht der GÖG auch eine Verknüpfung der Daten aus den Diagnosen- und Leistungsdaten mit Daten zur Inanspruchnahme des niedergelassenen Bereichs empfehlenswert. Diese Daten standen auf der Datenplattform COVID-19 nicht zur Verfügung.

- 21.2 Der RH anerkannte, dass das Gesundheitsministerium eine Möglichkeit geschaffen hatte, über die öffentlich zugänglichen Daten hinaus für die Wissenschaft gesundheitsbezogene Daten zum Pandemiegeschehen bereitzustellen. Er beurteilte allerdings kritisch, dass keine pseudonymisierten Daten vorlagen und so eine Verknüpfung von EMS-Daten mit Daten aus anderen Bereichen nicht möglich war. Dies schränkte die Forschung auf Themen ein, die solche Daten(-verknüpfungen) nicht erforderten. Der RH wies darauf hin, dass die registerbasierte Forschung im Rahmen des Forschungsorganisationsgesetzes bereits vorgesehen, mangels entsprechender Verordnungen aber nicht möglich war. Alternativ dazu wäre eine Beauftragung zur registerbasierten Forschung nur der Statistik Austria oder eine pandemiebezogene Rechtsgrundlage denkbar.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, unter Berücksichtigung der Anforderungen des Datenschutzes die rechtlichen Grundlagen für die Nutzung registerbasierter Daten für versorgungs- bzw. gesundheitspolitische Fragestellungen zu schaffen. Dies könnte entweder allgemeine Rahmenbedingungen für alle Forschungseinrichtungen, Rahmenbedingungen für Analysen der Statistik Austria oder spezifische Analyseaufträge zur Pandemiebewältigung umfassen.

Der RH beurteilte positiv, dass akkreditierten Forschungseinrichtungen seit März 2021 anonymisierte Diagnosen- und Leistungsdaten von hospitalisierten COVID-19-Erkrankten zur Verfügung standen. Er kritisierte jedoch, dass das Gesundheitsministerium das ursprünglich beabsichtigte Intensivregister nicht einrichtete. So waren weiterhin keine vollständigen Angaben über Vorerkrankungen, die Behandlungen, die Medikation und allfällige Komplikationen verfügbar. Die zur Verfügung gestellten Daten waren daher für die Qualitätssicherung und die wissenschaftliche Aufarbeitung der Behandlungsverläufe nur beschränkt geeignet. Der RH kritisierte überdies, dass die anonymisierten Daten keine Verknüpfung mit den Daten aus dem Statistikregister des EMS erlaubten und weder eine Verknüpfung mit Daten zur Inanspruchnahme des niedergelassenen Bereichs noch der Abgleich mit der Todesfallstatistik möglich war.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Einrichtung eines COVID-19-Intensivregisters für Zwecke der Qualitätsdokumentation, der Qualitätsberichterstattung und der wissenschaftlichen Forschung neuerlich zu prüfen und auf die Schaffung der rechtlichen und technischen Voraussetzungen für eine Verknüpfung der pseudonymisierten Diagnosen- und Leistungsdokumentation mit anderen pseudonymisierten Gesundheitsdaten hinzuwirken.

- 21.3 (1) Das Gesundheitsministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH zur Schaffung der rechtlichen Grundlagen für die Nutzung registerbasierter Daten für versorgungs- bzw. gesundheitspolitische Fragestellungen zur Kenntnis.

Zur empfohlenen Einrichtung eines COVID-19-Intensivregisters hielt das Gesundheitsministerium fest, die Notwendigkeit der Verknüpfung von Daten in diesem Zusammenhang erkannt zu haben. Es werde daher Gespräche mit Expertinnen und Experten über eine Weiterentwicklung des Intensivregisters auch über COVID-19-Fälle hinaus führen.

(2) Der Dachverband verwies in seiner Stellungnahme auf den Ministerialentwurf zur Änderung des Bundesstatistikgesetzes 2000 und des Forschungsorganisationsgesetzes und die dazu ergangene Stellungnahme der Sozialversicherung.

Identifikation von Risikopatientinnen und -patienten

- 22.1 (1) Eine im April 2020 in Kraft getretene Änderung im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz³⁷ verpflichtete den Dachverband dazu, Betroffene über eine Zuordnung zur COVID-19-Risikogruppe zu informieren.³⁸ Bei Zugehörigkeit zur Risikogruppe hatte die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt die individuelle Risikosituation zu beurteilen und ein positives oder negatives Attest auszustellen (COVID-19-Risiko-Attest). Die Betroffenen hatten bei einem positiven Attest Anspruch auf Freistellung bei Entgeltfortzahlung, wenn sie ihre Arbeit nicht zu Hause oder unter Arbeitsbedingungen, die eine Ansteckung mit größtmöglicher Sicherheit ausschlossen, erbringen konnten. Die Dienstgeberin bzw. der Dienstgeber hatte Anspruch auf Erstattung des geleisteten Entgelts durch den Krankenversicherungsträger; diesem ersetzte der Bund die Aufwendungen aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds.

Eine Voraussetzung für den Freistellungsanspruch war ein aktives Beschäftigungsverhältnis zum Stichtag 26. April 2020. Folglich wurden in diesem Zeitraum z.B. als arbeitssuchend gemeldete, im Ruhestand befindliche, hospitalisierte oder selbstständig tätige Personen sowie freie Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer nicht berücksichtigt.

³⁷ BGBl. 189/1955 i.d.F. BGBl. I 23/2020

³⁸ Ursprünglich sah das Gesetz eine Zuständigkeit der Krankenversicherungsträger vor, mit einer Gesetzesänderung im Mai 2020 (BGBl. I 31/2020) wurde die Zuständigkeit jedoch dem Dachverband übertragen.

(2) Als Risikofaktoren identifizierten der Dachverband und die Medizinische Universität Wien insbesondere Diabetes, verschiedene Herzkrankheiten sowie Atemwegserkrankungen; eine Verordnung³⁹ legte die Risikofaktoren verbindlich fest.

Ausgehend von auf Risikoerkrankungen hinweisenden Heilmittelkombinationen verknüpfte der Dachverband dazu – mangels verpflichtender Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich – pseudonymisierte Daten aus dem EMS mit ebenfalls pseudonymisierten Heilmitteldaten aus den Abrechnungen der Krankenversicherungsträger der Monate Oktober 2019 bis Februar 2020. Die Daten aus dem EMS erhielt er vom Gesundheitsministerium und verarbeitete diese auf Basis einer allgemeinen Rechtsgrundlage⁴⁰ zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Katastrophenfall.

(3) Insgesamt versandte die ÖGK im Mai 2020 im Namen des Dachverbands rd. 33.000 Informationsschreiben an Versicherte der ÖGK.

Weder der Dachverband noch die ÖGK konnte eine Aussage dazu treffen, wie viele Personen ein positives COVID-19-Risiko-Attest erhielten und welche Schutzmaßnahmen daraus resultierten. Die Entgeltersatzzahlungen der ÖGK für freigestellte Personen betragen für die Monate Mai bis einschließlich November 2020 30,56 Mio. EUR.⁴¹ Im November 2020 waren 2.662 Versicherte der ÖGK freigestellt.

(4) Der Dachverband identifizierte und informierte potenzielle Risikopatientinnen und –patienten auf Grundlage dieser Datenverknüpfung einmalig; eine Anpassung bzw. Wiederholung zu einem späteren Zeitpunkt war nicht vorgesehen. Mitte Mai 2020 erfolgte jedoch eine Gesetzesänderung⁴² dahingehend, dass die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt bei Erfüllung der Kriterien ein COVID-19-Risiko-Attest auch dann ausstellen konnte, wenn kein Informationsschreiben ergangen war.⁴³

22.2 Der RH begrüßte, dass mit Hilfe der Verknüpfung von Daten des EMS und der Krankenversicherungsträger gefährdete Personen identifiziert und informiert wurden. Dies bot eine Möglichkeit, gezielte Schutzmaßnahmen zu treffen.

³⁹ BGBl. II 203/2020

⁴⁰ Art. 9 Abs. 2 Datenschutz-Grundverordnung, § 10 Datenschutzgesetz

⁴¹ Aussagen dahingehend, wie viele positive COVID-19-Risiko-Atteste mit der ÖGK verrechnet wurden, konnte die ÖGK nicht treffen, da sie nicht zwischen Kostenerstattungen für positive und negative COVID-19-Risiko-Atteste unterschied.

⁴² BGBl. I 31/2020

⁴³ BGBl. II 609/2020

Er wies jedoch kritisch darauf hin, dass die Ausgestaltung dieser Maßnahme primär das Ziel verfolgte, Entgeltfortzahlungsansprüche und deren Kostentragung sowie Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz zu regeln. Eine umfassende Identifikation aller Personen mit hohem Risiko und eine Steuerung der Schutzmaßnahmen waren mit dem Vorhaben nicht verbunden. Insbesondere beanstandete der RH, dass

- die Maßnahme im überprüften Zeitraum lediglich einmal auf Basis des Kenntnisstands April 2020 vorgesehen war,
- unklar blieb, wie vielen identifizierten Personen tatsächlich ein positives COVID-19-Risiko-Attest ausgestellt worden war und welche Schutzmaßnahmen insgesamt getroffen wurden,
- bestimmte Personengruppen, wie etwa arbeitssuchend gemeldete, selbstständig tätige oder im Ruhestand befindliche Personen sowie freie Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer, nicht über ihr allfälliges Risiko informiert wurden.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, unter Beachtung des Datenschutzes rechtliche und organisatorische Grundlagen für eine systematische Nutzung aller verfügbaren Daten in Bezug auf Risikopatientinnen und -patienten für versorgungs- bzw. gesundheitspolitische Zielsetzungen (z.B. für den gezielten Schutz einzelner Patientengruppen sowie für eine Impfstrategie) zu schaffen bzw. auf entsprechende gesetzliche Grundlagen hinzuwirken.

22.3 (1) Das Gesundheitsministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.

(2) Der Dachverband führte in seiner Stellungnahme aus, die Empfehlung einer dauerhaften gesetzlichen Grundlage zur Steuerung der Schutzmaßnahmen für die Risikogruppe ausdrücklich zu begrüßen. Aus Sicht der Sozialversicherung dürfe es nicht zu einer dauernden Datenhaltung kommen, sondern nur zu anlassbezogenen Auswertungen im Rahmen der Pandemiebekämpfung, daher sei die entsprechende datenschutzrechtliche Rechtfertigung erforderlich. Der Dachverband und die Krankenversicherungsträger hätten aus einer technischen Perspektive dazu schon Vorüberlegungen begonnen und stünden für die Umsetzung zur Verfügung. Für die rechtliche und weitere technische Umsetzung sei auch die Einbindung der Unfall- und Pensionsversicherungsträger angezeigt.

Daten zur Verfügbarkeit von Schutzausrüstung

Ausgangslage bei Pandemiebeginn

- 23.1 (1) Die Verfügbarkeit von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern war für die Pandemiebewältigung und die epidemiologische Steuerung von wesentlicher Bedeutung. Der RH analysiert daher in den TZ 23 bis TZ 27 die verfügbaren Daten zu Bestand, Bedarf, Anschaffung, Lagerung und Verteilung im Bereich Schutzausrüstung und medizinischen Gütern. Dies umfasst jedoch nicht die Beurteilung der Ordnungsmäßigkeit (Einhaltung des Vergaberechts) und der Wirtschaftlichkeit (Preisangemessenheit) der Beschaffungen.
- (2) Zur Vorhaltung von Schutzausrüstung erachtete das Gesundheitsministerium die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs bzw. die einzelnen Gesundheitsdiensteanbieter für zuständig. Dem Gesundheitsministerium lagen daher im Jänner 2020 nur überblicksmäßig Informationen über Lagerbestände der Einrichtungen vor.
- (3) Ab März 2020 erhob der Krisenstab des Gesundheitsministeriums über die Krisenstäbe der Länder regelmäßig die Bestände und den Bedarf an Schutzausrüstung und medizinischen Gütern zur Pandemiebewältigung. Oberösterreich und Salzburg hatten zu Pandemiebeginn Bestände an Vogelgripeschutzmasken eingelagert. Zur Erstellung eines umfassenden Lagebildes erhoben die Länder auch bei den Krankenanstalten und Pflegeeinrichtungen die vorhandenen Ressourcen und den Bedarf. In Oberösterreich ergab die Erhebung, dass schnellstmöglich Schutzausrüstung in entsprechender Anzahl und Qualität nachzubeschaffen war. In Salzburg meldeten die Krankenanstalten Bestände, die im Schnitt voraussichtlich für vier Wochen ausreichen sollten. Die erhobenen Kennzahlen (Anzahl bzw. voraussichtlicher Versorgungszeitraum) sowie die Meldewege (Krisenstab, Abteilungen des Landes) waren unterschiedlich. Die Krisenstäbe der Länder meldeten u.a. den Bedarf von Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen und des Rettungswesens an das Gesundheitsministerium weiter.
- (4) Die Sozialversicherung übermittelte gemeinsam mit den Interessenvertretungen den Bedarf des niedergelassenen Bereichs, der Apotheken und weiterer Gesundheitsberufe direkt an das Gesundheitsministerium. Dabei zeigte sich, dass die bestehenden Vorräte gering waren und ein Mangel an ausreichender Schutzausrüstung bestand, der teilweise Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit der Versorgung hatte (z.B. eingeschränkte Öffnungszeiten der Ordinationen). Der niedergelassene Bereich forderte immer wieder auch Schutzausrüstung bei den Landeskrisenstäben an, die insbesondere im April und Mai 2020 Schutzausrüstung zuwiesen. Einen Überblick über den Bedarf an Schutzausrüstung im niedergelassenen Bereich und im Bereich anderer Gesundheitsberufe hatten die Landeskrisenstäbe nicht. Ab 1. Oktober 2020 verpflichtete § 741 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz die ÖGK für die Dauer der

COVID-19-Pandemie, Schutzausrüstung für den niedergelassenen Bereich zu beschaffen und an die Interessenvertretungen zu verteilen. Für das Jahr 2020 bezifferte die ÖGK den Aufwand der so beschafften Produkte mit 4,08 Mio. EUR.

23.2 (1) Der RH hielt kritisch fest, dass zu Pandemiebeginn weder der Bund noch die Länder ein umfassendes Bild über die vorhandene Schutzausrüstung bzw. die vorhandenen medizinischen Güter zur Pandemiebewältigung hatten. Erst auf Nachfrage bei den einzelnen Gesundheitseinrichtungen gewannen die Krisenstäbe des Gesundheitsministeriums und der Länder Oberösterreich und Salzburg einen Überblick über die vorrätigen Ressourcen bzw. den voraussichtlichen Versorgungszeitraum. Sowohl die erhobenen Kennzahlen als auch die daraus resultierenden Lagebeurteilungen waren in Oberösterreich und Salzburg unterschiedlich. Der RH merkte kritisch an, dass im Februar 2021 noch Rechtsgrundlagen fehlten, die Beschaffungen bzw. Lagerhaltungen vorausschauend geregelt hätten (TZ 26). Dementsprechend war auch der Informationsweg zur Erlangung eines landes- und bundesweiten Überblicks noch nicht klargestellt.

(2) Der RH hielt positiv fest, dass die Länder Oberösterreich und Salzburg zu Pandemiebeginn Schutzausrüstung in den Katastrophenschutzlagern vorrätig hatten. Die Krankenanstalten in Salzburg hatten Vorräte für einen Versorgungszeitraum von rund vier Wochen, Oberösterreich erachtete hingegen eine schnellstmögliche Nachbeschaffung von Schutzausrüstung für erforderlich. Eine ausreichende Bevorratung im und für den niedergelassenen Bereich war großteils nicht vorhanden. Die Länder waren in die den niedergelassenen Bereich betreffenden Bedarfs- und Vorratsmeldungen an das Gesundheitsministerium nicht eingebunden. Zu Pandemiebeginn versorgten die Länder teilweise auch den niedergelassenen Bereich mit Schutzausrüstung.

Der RH empfahl daher dem Gesundheitsministerium, regelmäßige Meldungen an das Gesundheitsministerium zur notwendigen und vorhandenen Schutzausrüstung sowie zu medizinischen Gütern im Krisen- und Katastrophenfall vorzusehen und dabei auch den niedergelassenen Bereich einzubeziehen.

23.3 Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, dass es regelmäßige Meldungen zu diesen Gütern im Krisen- und Katastrophenfall ebenso als erforderlich sehe, wobei jedenfalls auch der niedergelassene Bereich miteinzubeziehen sei.

Das Gesundheitsministerium wies auf folgende bereits gesetzte Maßnahmen hin: Der Prozess der regelmäßigen Meldungen zum Schutzausrüstungsbedarf im Wege von Bundesbeschaffungen sei von der ersten Krisenphase bis zur Stabilisierung der regulären Lieferkanäle ab dem Sommer 2020 beibehalten worden. Seit diesem Zeitpunkt verfolge das Gesundheitsministerium gemeinsam mit den Ländern den Ansatz, dass die Länder bzw. Bedarfsträger ihre Beschaffungen von Schutzausrüs-

tung über gewohnte und etablierte Wege selbstständig durchführen. Seit Inkrafttreten des COVID-19-Lagergesetzes am 16. Dezember 2020 halte der Bund in Ergänzung zu den COVID-19-Lagern auf Landes- und Sozialversicherungsebene kritische Güter in Form eines Notvorrats bereit, um im Fall von weiteren Bedarfsspitzen und Engpässen eine Abgabe an die Bedarfsträger zu ermöglichen. Die laufende Versorgung obliege jedoch den Bedarfsträgern selbst.

Um frühzeitig mögliche negative Entwicklungen bei der Verfügbarkeit und drohende Lieferengpässe erkennen zu können, sei ein routinemäßiges Monitoring der Lagerstände sowohl auf Landes- als auch auf Sozialversicherungsebene entwickelt und implementiert worden. Somit liege für Österreich ein differenziertes Lagebild über die jeweiligen Notbevorratungen vor.

Unterstützung auf Bundesebene

- 24.1 (1) Der Pandemieplan des Gesundheitsministeriums enthielt keine konkreten Vorgaben für eine Beschaffung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern im Krisenfall.

Das Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (in der Folge: **Wirtschaftsministerium**) übernahm im Rahmen seiner Zuständigkeit für die wirtschaftliche Landesverteidigung ab März 2020 vorübergehend in Ergänzung zu etablierten Beschaffungskanälen der Länder im Gesundheits- und Sozialbereich die Beschaffung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern. Es beauftragte dazu das ÖRK, den Bedarf gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium zu erheben und die Beschaffung vorzunehmen. So sollten Güter beschafft werden, die angesichts der Notsituation unmittelbar und dringend erforderlich waren, um die Pandemie einzudämmen, das medizinische Personal zu schützen und Sterbefälle zu vermeiden. Die vorläufige Abrechnung für 2020 (Stand April 2021) belief sich auf 166,67 Mio. EUR.

Daneben beschafften andere Ministerien (z.B. Bundesministerium für Justiz, Innenministerium, Bundesministerium für Landesverteidigung (in der Folge: **Verteidigungsministerium**)) auch eigenständig Schutzausrüstung. Eine Gesamtübersicht über alle Beschaffungen des Bundes lag nicht vor.

- (2) Das Gesundheitsministerium ließ – aufbauend auf den Erhebungen zur Verfügbarkeit von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern – durch die Landeskrisenstäbe im Rahmen des SKKM den Bedarf für die Beschaffung erheben.

Die Bedarfserhebung umfasste je Land den Bestand, die jeweils getätigten Bestellungen inklusive Lieferzeiten und den kurz- bzw. mittelfristigen Bedarf. So sollte je Land eine österreichweit vergleichbare Datengrundlage zu Schutzausrüstung und medizinischen Gütern für die Pandemiebewältigung sichergestellt werden.

Für den niedergelassenen Bereich bestand eine eigene Meldeschiene im Wege der ÖGK in Zusammenarbeit mit den Interessenvertretungen der Gesundheitsberufe.

Auf Basis dieser rollierenden Meldungen führte das ÖRK nach Freigabe durch das Gesundheitsministerium die Bestellungen durch. Das Gesundheitsministerium berechnete wöchentlich die Güterverteilung auf die Länder anhand eines Schlüssels. Die Landeskrisenstäbe hatten auf Basis eines Onlinetools des ÖRK die Länderkontingente auf Krankenanstalten, Rettungsdienste, Pflegeeinrichtungen, den niedergelassenen Bereich etc. zuzuteilen. Durch die Verteilung der vom Bund im Wege des ÖRK beschafften und vom Bund unentgeltlich bereitgestellten Güter konnten kurzfristige Versorgungsmängel bei der Schutzausrüstung weitgehend ausgeglichen werden.

(3) Die folgende Tabelle zeigt den Umfang der Lieferungen des ÖRK im Jahr 2020:

Tabelle 10: Lieferungen des Österreichischen Roten Kreuzes und Verteilung im Jahr 2020

	gesamt („Bundeskontingent“)	davon u.a. an				
		Verwaltung	Sozialversicherung	Oberösterreich	Salzburg	COVID-19-Lager
		Anzahl in Stück bzw. Liter				
Beatmungsgeräte	685	–	–	44	42	16
Desinfektionsmittel	75.354	4.353	14.487	3.730	5.453	–
Handschuhe	89.883.881	617.753	24.823.690	9.795.560	3.670.059	1.818.492
Schutzmasken	92.469.498	808.030	13.674.907	7.041.630	2.123.860	49.165.489
sonstige Ausrüstung ¹	3.156.590	66.038	648.094	944.108	59.300	642.055
Tests und Zubehör	2.069.502	400.302	–	67.200	147.200	1.041.000

¹ Einmalschürzen, Fieberthermometer, Overall, Pulsoxymeter, Sauerstoffbrille und –maske, Schutzbrille, Schutzmantel, Überschuhe und Visiere

Quelle: Gesundheitsministerium

Während Oberösterreich und Salzburg bei Handschuhen und Schutzmasken etwa proportional zur Einwohnerzahl beliefert wurden, erhielt Salzburg gemessen an der Einwohnerzahl überproportional viele Beatmungsgeräte, Desinfektionsmittel (Flächendesinfektionstücher) und Testkits.

(4) Neben den Beschaffungen durch das ÖRK bediente die Bundesbeschaffung GmbH (**BBG**) weiterhin den Bedarf öffentlicher Auftraggeber aus bestehenden Rahmenvereinbarungen (u.a. Arbeitskleidung und Arbeitsschutzprodukte, Laborausstattung, Arzneimittel) und versorgte insbesondere die kritische Infrastruktur im Verwaltungsbereich bzw. die Sozialversicherungsträger.

Anfang Juli 2020 beendete der Bund die Beauftragung des ÖRK. Aus Sicht des Bundes waren nunmehr die Länder für eine krisensichere Versorgung durch eigene Beschaffungen – möglichst unter Einbindung der BBG – verantwortlich. Allerdings verfügten nicht alle Einrichtungen über eine Einkaufsberechtigung bei der BBG. Die Versorgung für den niedergelassenen Bereich und von bestimmten Dienstleistern im Pflege- und Sozialbereich verblieb bei der ÖGK.

(5) Aus Sicht der BBG stellte sich die Schwierigkeit bei der Beschaffung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern von Februar 2020 bis Oktober 2020 wie folgt dar:

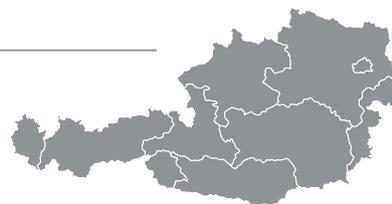
Abbildung 11: Möglichkeit der Beschaffung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern aus Sicht der Bundesbeschaffung GmbH (BBG) von Februar bis Oktober 2020

Österreich

BESCHAFFUNG

- Beschaffung ohne Einschränkung
- Beschaffung mit Einschränkung
- Beschaffung nur schwer möglich

Die BBG unterschied bei den Schutzmasken zwischen Mund-Nasenschutzmasken (MNS), Masken mit CE-Kennzeichnung (CE) und Corona-Pandemie-Atmungschutzmasken (CPA)



Quelle: BBG; Darstellung: RH

Produkte/2020	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober
Schutzmasken MNS	●	○	○	○	●	●	●	●	●
Schutzmasken FFP CE	○	○	○	○	○	●	●	●	●
Schutzmasken FFP CPA		○	○	○	●	●	●	●	●
Schutzmäntel/-kittel	●	○	○	○	●	●	●	●	●
Schutzanzug	●	○	○	○	●	●	●	●	●
Einmalhandschuhe	●	○	○	○	●	●	○	○	○
Schutzbrille/-visiere	○	○	○	●	●	●	●	●	●
Desinfektionsmittel	●	○	○	○	●	●	●	●	●
kontaktlose Fieberthermometer	○	○	○	○	○	●	●	●	●

Vor allem im März und April 2020 waren insbesondere FFP-Schutzmasken, Schutzanzüge, kontaktlose Fieberthermometer und Desinfektionsmittel schwer erhältlich. Ab Juli 2020 waren diese Güter wieder überwiegend ausreichend verfügbar. Von Mai bis August 2020 beschaffte die BBG Schutzausrüstung und medizinische Güter mit einem Gesamtwert von 11,20 Mio. EUR.

- 24.2 Der RH hielt fest, dass der Bund durch zusätzliche Beschaffungskanäle und Beschaffungen für Gesundheitsdienstleister in den Ländern kurzfristige Versorgungsmängel bei Schutzausrüstung und medizinischen Gütern weitgehend ausgleichen konnte. Durch die Einrichtung zusätzlicher Beschaffungskanäle war jedoch ein Gesamtüberblick über die eingerichteten Beschaffungsvorgänge und beschafften Güter erschwert. Der RH wies kritisch darauf hin, dass vor der Pandemie keine Krisenpläne für derartige Beschaffungen vorlagen.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, Vorgaben für die Beschaffung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern in Krisen- und Katastrophenfällen zu entwickeln und dabei die Erfahrungen während der COVID-19-Pandemie zu berücksichtigen.

- 24.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums hätten die Erfahrungen der ersten Monate der Pandemie gezeigt, dass eine Vorbereitung auf zukünftige Krisensituationen unabdingbar sei, da bei Unterbrechungen der Lieferkanäle der Ausfall zentraler Funktionen der Gesellschaft, des öffentlichen Gesundheitssystems und der staatlichen Einrichtungen und Infrastruktur mit weitreichenden Folgen drohe. Daher sei im Herbst 2020 mit dem COVID-19-Lagergesetz die rechtliche Grundlage für einen Grundstock an Schutzausrüstungen und medizinischen Produkten geschaffen worden, um Engpässe oder Bedarfsspitzen für einen bestimmten Zeitraum ausgleichen und somit auch dem temporären Ausfall etablierter Beschaffungswege bestmöglich entgegenwirken zu können. Neben dieser kurzfristigen Bevorratung für die Dauer der Pandemie (COVID-19-Lager) sei auch eine langfristige Notfallversorgung für zukünftige Krisen (strategisches Lager) in Erarbeitung.

Die Überführung des COVID-19-Lagers in ein strategisches Lager solle die nationale Resilienz durch Bevorratung eines Grundstocks an kritischen Gütern langfristig erhöhen. Dieses Lager solle nicht nur Bedrohungen, wie die COVID-19-Pandemie, sondern auch andere Krisenszenarien abdecken. Wesentlich sei die enge und laufende Abstimmung mit den Ländern insbesondere hinsichtlich der COVID-19-Lager auf Landesebene. Das COVID-19-Lager des Bundes bewirtschaftete das Verteidigungsministerium im Einvernehmen mit dem Gesundheitsministerium. Es solle bis Ende 2022 durch das Verteidigungsministerium mit Unterstützung des Gesundheitsministeriums in ein strategisches Lager übergeführt werden.

Beschaffung durch die Länder

- 25.1 (1) Der Bund hielt die Länder dazu an, zusätzlich zu seinen Einkäufen im Rahmen ihrer Möglichkeiten ebenfalls Schutzausrüstung und medizinische Güter zu beschaffen.

Das Land Oberösterreich stellte einen dringenden Bedarf an Schutzausrüstung fest und einen Betrag von 80 Mio. EUR für eigene Beschaffungen zur Verfügung. Mitte März 2020 beauftragte es im Wege des Landeskrisenstabs die OÖG mit der Beschaffung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern⁴⁴. Neben der OÖG führten auch weitere Stellen, wie die Abteilung für Soziales im Amt der Oberösterreichischen Landesregierung oder Einsatzorganisationen, Beschaffungen durch.

Das Land Salzburg tätigte nach einer Lagebeurteilung ab Ende März 2020 Abrufe aus dem Bundeskontingent (ÖRK). Darüber hinaus beschafften auch im Land Salzburg unterschiedliche Stellen Schutzgüter, z.B. die SALK für ihre Krankenanstalten, der Landeskrisenstab und die Abteilung 3 – Soziales im Amt der Salzburger Landesregierung.

Weder in Oberösterreich noch in Salzburg waren die Beschaffungsprozesse für Schutzausrüstung und medizinische Güter in den Pandemieplänen festgelegt. Ein Gesamtüberblick bestand weder darüber, welche Organisationseinheiten Beschaffungen durchführten, noch über die beschafften Güter.

⁴⁴ Schutzmasken (Operations- sowie FFP-Masken), Schutzkittel, Schutzbrillen, Untersuchungshandschuhe, Desinfektionsmittel und Beatmungsgeräte

(2) Die Ausgaben der Länder für die Beschaffung von Schutzausrüstung unterscheiden sich erheblich. Der RH zeigt dies anhand der Abrechnungen nach dem COVID-19-Zweckzuschussgesetz⁴⁵ für den ersten Abrechnungszeitraum März bis Mai 2020:

Tabelle 11: Auszahlung gemäß COVID-19-Zweckzuschussgesetz für März bis Mai 2020 (ohne Akontierungen)

	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Summe
	in Mio. EUR									
Schutzausrüstung	0,55	4,26	8,51	76,23	2,86	13,73	33,81	6,56	69,32	215,84
Gesundheitsberatung 1450	–	–	0,25	0,16	0,05	0,22	0,29	0,17	0,77	1,92
„Barackenspitäler“	–	0,10	2,82	–	2,25	0,64	0,37	1,28	11,47	18,93
Summe	0,55	4,36	11,58	76,40	5,17	14,59	34,47	8,01	81,56	236,69

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Gesundheitsministerium

Oberösterreich erhielt für März bis Mai 2020 einen Zweckzuschuss von 76,40 Mio. EUR, der im Wesentlichen Ausgaben für Schutzausrüstung beinhaltete. Salzburg erhielt 5,17 Mio. EUR⁴⁶ (weitere 1,40 Mio. EUR anerkannte das Gesundheitsministerium zu diesem Zeitpunkt mangels Zwischenfinanzierung durch das Land Salzburg nicht).

(3) Das Gesundheitsministerium plausibilisierte die eingereichten Unterlagen und nahm Streichungen vor. Es wies darauf hin, dass es die Ersätze nach dem COVID-19-Zweckzuschussgesetz nur aufgrund erster Plausibilisierungen festsetzte und dies keine endgültige Prüfung der zu ersetzenden Kosten darstellte.

25.2 (1) Der RH anerkannte, dass die Länder durch eigene Beschaffungen zeitnah auf mögliche Engpässe reagierten. Er wies darauf hin, dass sowohl in Oberösterreich als auch in Salzburg unterschiedliche Einrichtungen Beschaffungen tätigten und ein Gesamtüberblick über die Beschaffungsvorgänge und Beschaffungen fehlte. Der RH wies kritisch darauf hin, dass – wie auch auf Bundesebene – die Beschaffungspro-

⁴⁵ Bundesgesetz über einen Zweckzuschuss an die Länder aufgrund der COVID-19-Krise (BGBl. I 63/2020 i.d.g.F.); das Gesundheitsministerium leistete demnach einen Ersatz an die Länder für ihre zusätzlich entstandenen Aufwendungen aufgrund der COVID-19-Pandemie. Dies betraf u.a. die Kosten für Schutzausrüstung, Personalkosten für die telefonische Gesundheitsberatung 1450, Kosten für Barackenspitäler, Infrastrukturkosten, Recruiting- und Schulungskosten sowie Kosten für den administrativen Aufwand im Zusammenhang mit nach § 5 Epidemiegesetz 1950 angeordneten Testungen.

⁴⁶ Oberösterreich erhielt weiters eine Akontierung von 39,72 Mio. EUR, Salzburg von 3,45 Mio. EUR.

zesse nicht auf Vorgaben in Krisen- oder Pandemieplänen basierten, sondern erst im Laufe der Pandemie entwickelt wurden.

(2) Der RH hielt fest, dass die Eigenbeschaffungen des Landes Oberösterreich im Zeitraum März bis Mai 2020 – bezogen auf die Bevölkerung – jene des Landes Salzburg deutlich überstiegen. Inwieweit dies auf niedrigere Anfangsbestände, einen höheren Verbrauch, größere Lagerbestände oder eine höhere Bedarfsprognose zurückzuführen war, konnte der RH mangels entsprechender Grundlagen nicht klären.

Der RH empfahl den Ländern Oberösterreich und Salzburg, die Prozesse für die Bedarfserhebung, Beschaffung und Verteilung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern in Krisen- und Katastrophenfällen zu evaluieren und dafür Vorgaben in den Krisen- bzw. Pandemieplänen des Landes festzulegen.

(3) Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium den Ländern für das Jahr 2020 Kostenersätze nur aufgrund erster Plausibilisierungen leistete. Eine tiefergehende Prüfung anhand zumindest stichprobenartiger Einsicht in die Belege war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht erfolgt.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die beantragten Kostenersätze gemäß COVID-19-Zweckzuschussgesetz zumindest stichprobenartig zu überprüfen und dabei die länderweisen Unterschiede betreffend das Beschaffungsausmaß zu hinterfragen.

- 25.3 (1) Das Gesundheitsministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es die Kostenersätze vom März bis Mai 2020 an die Länder für Schutzausrüstung im Rahmen der Überprüfung der Antragsprüfung vor Auszahlung stichprobenartig kontrolliere. Die länderweisen Unterschiede habe es bisher noch nicht hinterfragt, da die vorgelegten Unterlagen und Abrechnungen noch nicht vollständig und Nachreichungen noch möglich seien. In den neuen Richtlinien zum Zweckzuschuss seien daher die Länder aufgefordert worden, alle Abrechnungen für 2020 bis zum 30. September 2021 zur Abrechnung vorzulegen. Auf dieser Basis könnten Vergleiche zwischen den Ländern vorgenommen werden. Die bestehenden Richtlinien nach dem Zweckzuschuss enthielten auch die Möglichkeit einer nachgängigen Prüfung der von den Ländern vorgelegten Anträge durch Einsicht vor Ort oder der Übermittlung der Belege in elektronischer Form. Zur Umsetzung dieser Bestimmungen bereite das Gesundheitsministerium einen zusätzlichen Prüfauftrag an die Buchhaltungsagentur des Bundes vor. Die Empfehlungen des RH würden im Rahmen dieser Prüfung berücksichtigt.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Oberösterreich sei eine Vorausplanung von konkreten Beschaffungsprozessen infolge der nicht vorherzusehenden Art der Pandemie (COVID-19) und der nicht vorherzusehenden konkreten Bedarfe kaum möglich gewesen. Es sei zu massiven Marktverwerfungen und einem teilweisen Zusammenbruch der Lieferketten in der Anfangsphase der Pandemie gekommen. Überdies seien im Allgemeinen zwar die Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs bzw. die Gesundheitsdiensteanbieter zur Vorhaltung von Schutzausrüstung angehalten. Dennoch sei sehr früh von einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Fachexpertinnen und Fachexperten der Krankenhäuser, des Landesfeuerwehrkommandos und des Krisenstabs des Landes Oberösterreich, eine Bedarfsprognose auf Basis internationaler Richtlinien ausgearbeitet und in Zusammenarbeit mit der behördlichen Einsatzleitung ein Szenario abgestimmt worden.

Grundsätzlich habe der Bund die Länder zu eigenen Einkäufen im Rahmen ihrer Möglichkeiten angehalten. Insbesondere die Eigenbeschaffungen von Tirol aber auch Wien seien auf einem mit Oberösterreich durchaus vergleichbaren Niveau. Das Gesundheitsministerium habe die nach dem COVID-19-Zweckzuschussgesetz eingereichten Unterlagen plausibilisiert. Es sei sehr früh eine eigene elektronische Anwendung („VKM-Verwaltungssystem Kritische Materialien“) entwickelt worden und nicht zuletzt dadurch bald nach Pandemiebeginn ein Überblick vorhanden gewesen.

(3) Laut Stellungnahme der OÖG habe sie im Auftrag des Krisenstabs des Landes Oberösterreich gemäß den vom Krisenstab bekannt gegebenen Bedarfsmeldungen Schutzmaterial für alle zu versorgenden Bedarfsträger in Oberösterreich beschafft. Dass die Länder Oberösterreich und Salzburg in unterschiedlichem Ausmaß Schutzmaterial beschafft hätten, sei nicht auf einen höheren Verbrauch des Landes Oberösterreich im Vergleich zum Land Salzburg zurückzuführen. Auch der RH habe die unterschiedliche Beschaffung nicht auf einen höheren Verbrauch zurückführen können.

(4) Die SALK teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Krankenanstalten in Salzburg – die Krankenanstalten der SALK, das Unfallkrankenhaus Salzburg, das Kardinal Schwarzenberg Klinikum, das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg und das Tauernklinikum – bei den Beschaffungen und den Lagerbeständen aufeinander abgestimmt gewesen seien. Die SALK werde die Empfehlung dessen ungeachtet umsetzen.

25.4 Der RH wies zur Stellungnahme der OÖG darauf hin, dass er dem Gesundheitsministerium empfohlen hatte, die länderweisen Unterschiede beim Beschaffungsausmaß zu hinterfragen. Er ging davon aus, dass diese Prüfung bei entsprechender Schwerpunktsetzung neue Erkenntnisse bringen konnte.

Aufbau strategischer Lager

- 26.1 (1) Das Verteidigungsministerium wies im September 2020 in einem Ministerratsvortrag darauf hin, dass etablierte Beschaffungskanäle versorgungsrelevanter Produkte im bisherigen Verlauf der Pandemie teilweise unterbrochen und pandemierelevante Güter am Markt nicht in der nachgefragten Menge verfügbar gewesen seien. Die Erfahrung habe gezeigt, dass etablierte Beschaffungskanäle keine ausreichende Versorgung hätten sicherstellen können. Neben Maßnahmen zur laufenden Versorgung solle künftig auch ein Grundstock an Schutzausrüstung und medizinischen Gütern vorrätig sein, um temporären Engpässen entgegenwirken zu können. Das Verteidigungsministerium unterschied dabei zwischen einer kurzfristigen Bevorratung (COVID-19-Lager bis 31. Dezember 2021) und einer langfristigen Notfallversorgung für zukünftige Krisen (strategisches Lager).

Nach der Auslieferung und Verteilung der Güter des Bundeskontingents (ÖRK) bis Ende August 2020 transferierte das Gesundheitsministerium die Restbestände des Bundeskontingents für eine zweite Pandemiewelle im Herbst 2020 in Lager des Verteidigungsministeriums. Das für das Bundeskontingent vorgesehene und noch nicht verwendete Budget von höchstens 30 Mio. EUR war zudem für weitere Ankäufe oder die Lagerhaltung vorgesehen. Das Wirtschaftsministerium gab für die mit Ende 2020 eingelagerten Bestände einen Buchwert von 29,25 Mio. EUR an.

Ziel der Bevorratung des COVID-19-Lagers war die Bereithaltung eines „Notvorrats“ für die Dauer der COVID-19-Pandemie. Die Krisenbevorratung sollte im Bedarfsfall kurzfristige Engpässe bei der Schutzausrüstung ausgleichen, die nicht durch regionale Krisenbevorratungen abgedeckt werden konnten. Nur wenn die Güter am Markt nicht verfügbar waren⁴⁷ und ein Land seinen Bedarf nicht abdecken konnte, bestand die Möglichkeit, Güter aus dem COVID-19-Lager zu beziehen.

- (2) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung initiierten Bund und Länder Projekte zu Krisenlagern:

(a) Das Gesundheitsministerium arbeitete beispielsweise an Rechtsgrundlagen für Art und Mindestmenge der einzulagernden Güter. Auch die budgetären und rechtlichen Rahmenbedingungen für ein strategisches Lager (langfristige Notfallversorgung für zukünftige Krisen) waren gemäß Verteidigungsministerium in Ausarbeitung.

(b) Oberösterreich startete das Projekt „Oö. Pandemielager“. Für künftige Pandemien bzw. Epidemien sollten Schutzausrüstung und medizinische Güter gelagert und im Rahmen einer Lagerbewirtschaftung zur Verhinderung eines möglichen Verderbs der Güter regelmäßig umgewälzt werden. Ziel des Projekts war u.a., die

⁴⁷ Die begünstigte Stelle musste nachweisen, dass die Deckung des Bedarfs nicht über die BBG möglich war (Lieferzeit und Preisangemessenheit).

notwendige Infrastruktur und Widmung für ein derartiges Lager sowie Vorgaben für die Lagerbewirtschaftung zu schaffen.

(c) Das Land Salzburg lagerte Schutzausrüstung und medizinische Güter an mehreren Standorten; mit Ende Juli 2020 veranlasste das Land die Zusammenführung der Bestände in ein bereits bestehendes Lager. Den Lagerbestand dieses COVID-19-Lagers legte das Land auf Basis der Verbrauchserfahrungen aus der ersten Pandemiewelle fest. Darüber hinaus nutzte die Abteilung 3 – Soziales im Amt der Landesregierung das Katastrophenschutzlager einer Hilfsorganisation als Zwischenlager. Für die Schaffung eines zukünftigen Landes-Pandemielagers wartete das Land Salzburg zur Zeit der Gebarungsüberprüfung allfällige Vorgaben des Bundes ab.

(3) Die ÖGK hatte im Land Salzburg ein in Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium geschaffenes eigenes Pandemielager, das überwiegend für die Deckung ihres österreichweiten Eigenbedarfs (Gesundheitseinrichtungen und Verwaltung) vorgesehen war. Die Kosten für Materialien, Lager und Logistik trug die ÖGK selbst. Von der ÖGK auf Basis des § 741 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz beschaffte Güter lieferten beauftragte Unternehmen direkt an die Interessenvertretungen – eine Bevorratung war grundsätzlich nicht vorgesehen (Ausnahmen gab es bei temporären Lagerengpässen bei Interessenvertretungen).

Die gesetzliche Grundlage für die Beschaffung der Güter, die zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung notwendig waren, durch die ÖGK und für deren Verteilung an die Interessenvertretungen bestand nur für die Dauer der COVID-19-Pandemie. Zur Vorhaltung für mögliche künftige Krisen fehlte eine Rechtsgrundlage.

26.2 Der RH beurteilte positiv, dass der Bund und die Länder bereits zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Projekte zu Krisenlagern begannen. Er wies aber darauf hin, dass die gesetzlichen Grundlagen zur Schaffung des COVID-19-Lagers des Bundes Ende 2021 ausliefen und dass für die Schaffung eines über die Pandemie hinaus geplanten strategischen Lagers im Februar 2021 noch keine Rechtsgrundlagen bestanden. Auch die Verpflichtung der ÖGK, die zur Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung notwendigen Güter zu beschaffen, war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung auf die Dauer der COVID-19-Pandemie befristet.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Land Oberösterreich und dem Land Salzburg, gemeinsam mit den anderen Ländern abgestimmte Vorgaben für eine mittel- und langfristige strategische Bevorratung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern zu veranlassen, um eine hohe Krisenbeständigkeit des Gesundheits- und Sozialbereichs unter Berücksichtigung des niedergelassenen Bereichs sicherzustellen.

26.3 (1) Das Gesundheitsministerium verwies dazu auf seine Stellungnahme zu TZ 24 und die dort angeführten Maßnahmen.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Oberösterreich seien im Hinblick auf die Schaffung eines Landes-Pandemielagers Analysen und Vorgaben des Bundes auch von wesentlicher Relevanz.

Bevorratung in Krankenanstalten

27.1 (1) Zu Pandemiebeginn fehlte eine österreichweite Übersicht über die in Krankenanstalten vorhandene Schutzausrüstung. Ab März 2020 erhob das Gesundheitsministerium regelmäßig den Bestand der wichtigsten Schutzausrüstung, den (voraussichtlichen) Verbrauch, bereits getätigte Bestellungen und zu erwartende Lieferungen. Die Krankenanstalten konnten ihre Bestände tagesaktuell den elektronischen Materialverwaltungssystemen entnehmen und meldeten die Daten im Wege der Landeskrisenstäbe an das Gesundheitsministerium. Dieses führte auch ein Monitoring über die verfügbaren Beatmungsgeräte durch.

(2) Die überprüften Krankenanstalten verfügten bei Pandemiebeginn über Pandemiepläne, die jedoch keine Mindestbevorratung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern vorsahen. In Oberösterreich gab es keine zentralen Vorgaben, die einzelnen Krankenanstalten hatten unterschiedliche Vorratsmengen und Beschaffungsvorgänge. In Salzburg gab es interne Vorgaben für einen Vorrat an Schutzausrüstung in den Krankenanstalten der SALK, der für zwei bis drei Wochen reichen sollte. Diese Lagermengen waren zu Beginn der COVID-19-Pandemie vorhanden. In beiden Ländern verfügten Ordensspitäler über interne Vorgaben.⁴⁸

(3) Der Landeskrisenstab Oberösterreich beauftragte am 17. März 2020 die OÖG, die zentrale Beschaffung von COVID-19-relevanten Warengruppen zu koordinieren.⁴⁹ Die OÖG führte im Wege einer Stabsstelle Beschaffungen für die OÖG selbst durch, für andere fondsfinanzierte Krankenanstalten sowie für diverse Einrichtungen des Landes und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Sie gab die Medizinprodukte und medizinischen Verbrauchsgüter nach einer behördlichen Entscheidung über den Bedarf an die jeweiligen Einrichtungen ab. Die Zuteilung von Schutzausrüstung

⁴⁸ Im Kardinal Schwarzenberg Klinikum gab es keine Vorgaben zu Mindestbeständen. Das Materialverwaltungssystem veranlasste bei Unterschreitung eines Mindestbestands eine Bestellung. Die Berechnung des Mindestbestands berücksichtigte den Verbrauch aus Vorperioden und die Wiederbeschaffungszeit. Im Klinikum Wels-Grieskirchen war vorgesehen, den Bedarf für zwei Wochen auf Lager zu halten. Laut OÖG existierte bereits vor der COVID-19-Pandemie in jeder Krankenanstalt ein Katastrophenlager. Der Umfang des Bestands dieser Katastrophenlager lag mangels zentraler Vorgaben im Ermessen der jeweiligen Krankenanstalt. Schutzmaterialien waren vor Pandemiebeginn kein knappes Gut, weshalb die Nachbeschaffung laufend erfolgte. Nach Angaben des Ordensklinikums Linz war in dessen Zentrallager eine Vorratsmenge für 1,5 bis 3 Monate vorhanden. Da Krankenanstalten FFP-Masken nur ausnahmsweise einsetzten, sei davon kein Mindestvorrat vorhanden gewesen.

⁴⁹ Dieses Ersuchen bestätigte die Oberösterreichische Landesregierung mit Beschluss vom 30. März 2020.

an fondsfinanzierte Krankenanstalten erfolgte teilweise nicht nach einer konkreten Bedarfsanforderung des Krankenanstaltenträgers, sondern nach der Größe der Krankenanstalten. Nach einer Überprüfung der Beschaffungsvorgänge durch die Interne Revision und ein externes Rechtsgutachten führte die OÖG ab Oktober 2020 die Beschaffungen aufgrund eines Rahmenvertrags über die BBG durch. Das Klinikum Wels–Grieskirchen und das Ordensklinikum Linz beschafften den überwiegenden Teil der von ihnen benötigten Schutzausrüstung nicht über die OÖG, sondern selbst (Klinikum Wels–Grieskirchen) bzw. durch die Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH (Ordensklinikum Linz).

(4) In Salzburg sollte die SALK nach ersten Planungen die Logistik und die Beschaffung für Krankenanstalten im gesamten Landesgebiet übernehmen. Mangels Umsetzung dieser Planungen beschafften die SALK, die übrigen landesfondsfinanzierten Krankenanstalten sowie die Abteilung 3 – Soziales im Amt der Salzburger Landesregierung eigenständig Schutzausrüstung. Teilweise konnten andere Krankenanstaltenträger zu den von der SALK ausverhandelten Konditionen beschaffen.

(5) Aufgrund des Ziels, den Verbrauch an Schutzausrüstung zu minimieren, kam es laut SALK vorübergehend zu Absagen bzw. Verschiebungen elektiver Operationen. Auch das Kardinal Schwarzenberg Klinikum schränkte wegen der Schutzausrüstung kurzzeitig elektive Eingriffe ein. In den vom RH überprüften Krankenanstalten in Oberösterreich und Salzburg reichten die Bestände an Schutzausrüstung für die Aufrechterhaltung der Akutversorgung aus. Ab Mai 2020 war Schutzausrüstung in steigendem Umfang erhältlich und begann eine schrittweise Normalisierung der Beschaffungsvorgänge.

Die Krankenanstalten in Oberösterreich und Salzburg änderten die Beschaffung und die Lagerhaltung der Schutzausrüstung während der COVID-19-Pandemie insofern, als sie die Lagerbestände dem gestiegenen Verbrauch anpassten und für einen Versorgungszeitraum von zwei bis sechs Monaten erhöhten, knappe Güter von Durchläufern auf Lagerbestände umstellten sowie ein laufendes Monitoring des Bedarfs und der Bestell- und Lagermenge einführten.

27.2 Der RH beurteilte kritisch, dass die in den überprüften Krankenanstalten in Oberösterreich und Salzburg zu Pandemiebeginn vorliegenden Pandemiepläne Mindestvorräte an Schutzausrüstung und medizinischen Gütern nicht vorsahen. Er wies darauf hin, dass zu Pandemiebeginn keine aktuelle österreichweite Übersicht über die in Krankenanstalten vorhandenen Vorräte an Schutzausrüstung existierte.

Der RH wies weiters darauf hin, dass die Länder Oberösterreich und Salzburg bei der Beschaffung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern für Krankenanstalten unterschiedliche Strategien verfolgten. Während das Land Oberösterreich die Beschaffung stärker zentralisierte, beschafften die Salzburger Krankenanstalten ausschließlich dezentral. Die überprüften Krankenanstalten beider Länder verfügten im Jahr 2020 über ausreichend Schutzausrüstung, um die Akutversorgung aufrecht-erhalten zu können.

Der RH empfahl den Ländern Oberösterreich und Salzburg, der OÖG, der SALK, dem Kardinal Schwarzenberg Klinikum, dem Klinikum Wels–Grieskirchen und dem Ordensklinikum Linz, in ihren Pandemieplänen eine Mindestbevorratung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern für Krankenanstalten im Krisen- und Katastrophenfall sicherzustellen und dafür zentrale oder dezentrale Lagerorte zu bestimmen.

27.3 (1) Laut Stellungnahme der OÖG hätten alle Kliniken der OÖG im Sinne der Subsidiarität, Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit ein den maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften entsprechendes Lager zu führen. Dabei seien die unterschiedlichen spezifischen Erfordernisse der jeweiligen Klinik zu berücksichtigen. Sämtliche Kliniken der OÖG hätten diesen Vorgaben entsprechende Lager geführt. Die OÖG habe zusätzliche Bedarfe, wie vom RH festgestellt, in ausreichender Anzahl durch zentrale Beschaffungen abgedeckt. Durch das Zusammenwirken dieser beiden Maßnahmen sei zu jedem Zeitpunkt der Pandemie eine ausreichende und sichere Versorgung gewährleistet gewesen. Derzeit sei eine Pandemielagerkonzeption des Landes Oberösterreich in Ausarbeitung. Diese werde zentrale Vorgaben für die vorzuhaltenden Mengen an Schutzmaterial für alle Bedarfsträger im Pandemiefall enthalten.

(2) Das Ordensklinikum Linz teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es die Empfehlung mit den Verantwortlichen evaluiere und in der Folge bearbeiten werde.

27.4 Der RH verwies hinsichtlich der Stellungnahme der OÖG auf die unterschiedlichen Vorgehensweisen der einzelnen Krankenanstalten und die Notwendigkeit von Beschaffungen während der Pandemie. Er hielt die empfohlene Aufnahme vorbeugender Regelungen in die Pandemiepläne für eine sinnvolle und notwendige Maßnahme, um im Krisenfall die Versorgung mit Schutzmaßnahmen einheitlich und kostengünstig sicherstellen zu können.

Daten zur Gesundheitsversorgung

Übersicht

- 28 Die COVID-19-Pandemie stellte für das Gesundheitssystem eine große Herausforderung dar, die sich einerseits aus der Behandlung der COVID-19-Erkrankten, andererseits aus der Aufrechterhaltung der Regelversorgung (Behandlung von Nicht-COVID-19-Erkrankten) unter den Rahmenbedingungen der Kontaktbeschränkungen ergab.

Der RH stellt im Folgenden (TZ 29 bis TZ 31) die Rechts- und Planungsgrundlagen zu Pandemien dar und welche Anordnungen bzw. Empfehlungen u.a. das Gesundheitsministerium dahingehend traf. Er analysiert in den TZ 32 und TZ 33, welche Maßnahmen die überprüften Einrichtungen, insbesondere die Krankenanstalten in Oberösterreich und Salzburg sowie die ÖGK, setzten (z.B. Betreuung stationärer COVID-19-Erkrankter, Verwendung von Telemedizin, Einrichtung von Visitediensten), und er beurteilt die Aufrechterhaltung der Regelversorgung im Jahr 2020 (TZ 35 bis TZ 44) auf Basis einer Datenanalyse der ärztlichen Konsultationen, des Heilmittelverbrauchs, der Spitalsauslastung bzw. der Entwicklung der Ambulanzfrequenzen und ausgewählter Diagnosebereiche. Abschließend thematisiert er, inwieweit Aussagen über etwaige Folgeschäden aus der COVID-19-Pandemie getroffen werden können (TZ 45).

Regelungen für Pandemien im Krankenanstaltenrecht, im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und in der Gesundheitsplanung

- 29.1 (1) Für Krankenanstalten sind der Bund für die Grundsatzgesetzgebung sowie die Länder für die Ausführungsgesetze und die Vollziehung zuständig.⁵⁰ Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz⁵¹ enthielt zu Pandemiebeginn weder Grundsatzbestimmungen zur Bewältigung von Pandemien noch zur Erstellung von Katastrophenplänen in Krankenanstalten.⁵² Gemäß § 17a Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz⁵³ hatten die Rechtsträger der Krankenanstalten Spitalskatastrophenpläne zu erstellen und Maßnahmen vorzusehen, die bei einem Massenansturm von Verletzten oder Erkrankten deren medizinische Versorgung in kurzer Zeit ermöglichen sollten.

⁵⁰ Kompetenztatbestand „Heil- und Pflegeanstalten“ in Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG; Abweichendes gilt jedoch für die sanitäre Aufsicht über Krankenanstalten, die gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache ist.

⁵¹ BGBl. 1/1957 i.d.g.F.

⁵² Bestimmungen über Notkrankenanstalten, u.a. für Seuchen, enthielten § 3 Salzburger Krankenanstaltengesetz (SKAG, LGBl. 24/2000 i.d.g.F.) und § 41 Oberösterreichisches Krankenanstaltengesetz (Oö. KAG 1997, LGBl. 132/1997 i.d.g.F.): Beschlagnahme von Liegenschaften für Notfallkrankenanstalten

⁵³ LGBl. 132/1997 i.d.g.F.

Sie hatten für eine entsprechende Ausbildung und Aktualisierung der Spitalskatastrophenpläne alle fünf Jahre zu sorgen. Das Salzburger Krankenanstaltengesetz⁵⁴ enthielt keine vergleichbare Bestimmung.

Im Zuge der COVID-19-Pandemie beschlossen Bund und Länder punktuelle, zeitlich begrenzte Anpassungen des Krankenanstaltenrechts:

Das 2. COVID-19-Gesetz⁵⁵ und die Krankenanstaltengesetze der überprüften Länder nahmen sogenannte medizinische Versorgungseinrichtungen für an COVID-19-Erkrankte und Verdachtsfälle für die Dauer der Pandemie von ihrem Anwendungsbereich aus. Diese Versorgungseinrichtungen dienten der Absonderung Kranker im Sinne des Epidemiegesetzes 1950⁵⁶ und durften nur Personen aufnehmen, die nicht der Behandlung in einer Krankenanstalt bedurften. Die ärztliche Versorgung in diesen Einrichtungen war nicht ausdrücklich geregelt. In den Salzburger Quarantänequartieren erfolgte sie durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw., soweit diese nicht verfügbar waren, durch ein Visitenteam. In einer Einrichtung kümmerte sich aus Praktikabilitätsgründen eine Krankenanstalt um die ärztliche Versorgung.

Das 3. COVID-19-Gesetz⁵⁷ ermöglichte für Krisensituationen, dass die Landesregierungen Ausnahmen von bestimmten rechtlichen Erfordernissen auf maximal sechs Monate befristet gestatten konnten, wenn dies aufgrund der besonderen Situation erforderlich war und der Schutz des Lebens und der Gesundheit von Menschen gewahrt blieb. Die Ausnahmen betrafen z.B. Vorgaben über die Fachrichtungen und die Bettenanzahl, Vereinfachungen von Bewilligungsverfahren oder das Besuchsrecht laut Anstaltsordnung. Sie waren bis Dezember 2021 befristet.⁵⁸ Oberösterreich und Salzburg machten bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung davon keinen Gebrauch.⁵⁹

(2) Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz enthielt keine allgemeinen Regelungen für Krisen- bzw. Katastrophenfälle.⁶⁰ Ab Herbst 2020 legte der Gesetzgeber die Zuständigkeit der Sozialversicherung (und dabei insbesondere der ÖGK) für eine Reihe von spezifischen Aufgaben fest (**TZ 30**). Dies betraf u.a. die Beschaffung von Schutzausrüstung für den niedergelassenen Bereich durch die ÖGK, die Finanzie-

⁵⁴ LGBl. 24/2000 i.d.g.F.

⁵⁵ § 2 Abs. 2 lit. g Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz i.d.F. des 2. COVID-19-Gesetzes, BGBl. I 16/2020

⁵⁶ § 7 Abs. 3 Epidemiegesetz 1950

⁵⁷ gemäß BGBl. I 23/2020 bis Oktober 2020, mit BGBl. I 136/2020 verlängert bis Dezember 2021

⁵⁸ BGBl. I 136/2020

⁵⁹ Der Oberösterreichische Landtag novellierte zwar das Oö. Krankenanstaltengesetz 1997 durch das Oö. COVID-19-Gesetz (LGBl. 35/2020) und schuf dadurch die Grundlage für allfällige Verordnungen der Landesregierung über Ausnahmen vom Krankenanstaltenrecht; die Landesregierung erließ jedoch keine derartigen Verordnungen.

⁶⁰ für den spezifischen Fall der Influenzapandemie siehe § 132c Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

zung von COVID-19-Tests und von COVID-19-Impfungen im niedergelassenen Bereich.⁶¹

(3) Der ÖSG enthielt in seinen Planungsaussagen und Qualitätskriterien keine Regelungen für Pandemien.⁶² Beispielsweise waren die Anforderungen an Intensivstationen festgelegt, ohne auf einen erhöhten Bedarf an Intensivbetten im Falle einer Pandemie Bedacht zu nehmen. Auch das im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit entwickelte LKF-Modell legte etwa für die intensivmedizinische Behandlung Mindestkriterien insbesondere für die personelle Ausstattung fest, ohne Pandemien oder sonstige Katastrophensituationen zu berücksichtigen.

29.2 Der RH kritisierte, dass das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und die Krankenanstaltengesetze des Bundes und der überprüften Länder – mit Ausnahme der im Oberösterreichischen Krankenanstaltengesetz vorgesehenen Krisen- und Katastrophenpläne – keine allgemeinen Regelungen zur Versorgung im Krisen- bzw. Katastrophenfall enthielten. Er wies darauf hin, dass im Hinblick auf die COVID-19-Pandemie nur punktuelle und zeitlich befristete Änderungen des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes und des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes erfolgten, die auf künftige Krisen- bzw. Katastrophenfälle nicht anwendbar waren.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, den Ländern Oberösterreich und Salzburg sowie der ÖGK und dem Dachverband, auf rechtliche Bestimmungen für die Versorgung in Krisen- und Katastrophenfällen hinzuwirken und insbesondere Krisen- und Katastrophenpläne sowie entsprechende Anpassungen der Versorgungsaufträge vorzusehen.

Der RH beurteilte kritisch, dass der ÖSG und die Krankenanstaltenfinanzierung weder zu Pandemiebeginn noch zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Regelungen für Krisensituationen enthielten, die eine Anpassung der Vorgaben an die jeweiligen besonderen Erfordernisse ermöglichen würden.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, den Ländern Oberösterreich und Salzburg, der ÖGK und dem Dachverband, unter Einbindung der übrigen Länder allgemeine Regelungen für Pandemien und andere Katastrophensituationen in den ÖSG aufzunehmen, die eine Anpassung der Vorgaben an die jeweiligen besonderen Erfordernisse ermöglichen.

⁶¹ §§ 741 und 742 (BGBl. I 105/2020) und § 747 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (BGBl. I 158/2020)

⁶² Die Vorhaltung spezieller Versorgungseinrichtungen für hochansteckende lebensbedrohliche Erkrankungen, z.B. Ebola oder andere hämorrhagische Fieber, war im ÖSG in Kapitel 3.2.3.17 geregelt.

- 29.3 (1) Zur Empfehlung betreffend Krisen- und Katastrophenpläne verwies das Gesundheitsministerium in seiner Stellungnahme auf das in Ausarbeitung befindliche Krisensicherheitsgesetz. Weiters gebe es auf EU-Ebene Bestrebungen, die nationalen Vorbereitungs- und Reaktionspläne bestmöglich und in regelmäßigen Abständen abzustimmen und den EU-Rahmen für Gesundheitssicherheit auszubauen.⁶³

Zur empfohlenen Anpassung des ÖSG hielt das Gesundheitsministerium fest, dass die Erarbeitung von allgemeinen Grundsätzen für das Vorgehen im Falle von Pandemien wie COVID-19 sowie anderen außergewöhnlichen Ereignissen und ihre Aufnahme in den ÖSG bereits geplant seien. Grundlage dafür sei auch das in TZ 19 genannte Dokument „Planung außergewöhnliche Ereignisse“ (Living Paper).

- (2) Die ÖGK teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie die Behandlung des Themas Krisen- und Katastrophenpläne auf Bundesebene im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit als sinnvoll erachte. Sie sei bereit, sich bei der Erarbeitung konkreter Umsetzungsmaßnahmen samt Vorschlägen für allenfalls erforderliche Änderungen des ÖSG und der weiteren rechtlichen Rahmenbedingungen zu beteiligen.

Die ÖGK begrüße die Anregung zur Anpassung des ÖSG, jedoch sei im Einzelfall zu prüfen, welche Handlungsanleitungen verpflichtend vorgegeben werden sollen. Dies vor dem Hintergrund, dass sich der ÖSG als qualifiziertes Sachverständigengutachten verstehe und daher keine rechtliche Wirkung entfalte, die ÖSG-Verordnung hingegen eine rechtlich bindende Wirkung haben könnte.

- (3) Der Dachverband führte in seiner Stellungnahme aus, die Diskussion beider Empfehlungen im Rahmen eines geeigneten Gremiums zu unterstützen.

⁶³ Das Gesundheitsministerium nannte in seiner Stellungnahme dazu folgende Grundlagen: Verordnung zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren und zur Aufhebung des Beschlusses 1082/2013/EU; Verordnung zur Änderung der Verordnung (EG) 851/2004 zur Errichtung eines Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC); Vorschlag für eine Verordnung zu einer verstärkten Rolle der Europäischen Arzneimittel-Agentur bei der Krisenvorsorge und dem Krisenmanagement in Bezug auf Arzneimittel und Medizinprodukte; erwartete Rechtsgrundlage zur Errichtung einer Behörde für die Krisenvorsorge und -reaktion bei gesundheitlichen Notlagen (Health Emergency Response Authority).

Steuerung der Gesundheitsversorgung im Pandemiefall

- 30.1 (1) Für gesundheitsbehördliche bzw. epidemiologische Maßnahmen war in Gesetzgebung und Vollziehung gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG der Bund zuständig. Die Vollziehung erfolgte dabei in mittelbarer Bundesverwaltung, in der die Landeshauptleute an die Weisungen der zuständigen Bundesministerin bzw. des zuständigen Bundesministers gebunden waren.

Zur Steuerung des stationären und des niedergelassenen Bereichs der Krankenversorgung waren die Zuständigkeiten des Gesundheitsministeriums dagegen eingeschränkt: Da die Vollziehung im Bereich der Krankenanstalten den Ländern oblag, hatte das Gesundheitsministerium Steuerungsmöglichkeiten grundsätzlich nur im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit und ihrer Organe, insbesondere der Bundes-Zielsteuerungskommission. Diese war im Wesentlichen langfristig ausgerichtet (z.B. wies der dort beschlossene ÖSG einen Planungshorizont von über fünf Jahren auf und unterlag einem Entstehungsprozess von in der Regel mehr als einem Jahr).

Auch im niedergelassenen Bereich oblag es gemäß § 23 Abs. 2 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz grundsätzlich nicht dem Gesundheitsministerium, sondern den als Selbstverwaltungskörper eingerichteten Krankenversicherungsträgern, für die Krankenbehandlung der Versicherten Vorsorge zu treffen. Sie hatten im Wege von Gesamtverträgen mit den zuständigen Interessenvertretungen sowie im Wege von Einzelverträgen mit den Vertragspartnerinnen bzw. -partnern die ausreichende Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

Eine allgemeine gesetzliche Verpflichtung der Krankenversicherungsträger oder der Krankenanstalten zur Unterstützung des öffentlichen Gesundheitswesens im Krisen- bzw. Katastrophenfall gab es nicht.⁶⁴ Die Ressourcen der Krankenanstalten und Krankenversicherungsträger bzw. ihrer Vertragspartnerinnen bzw. -partner überstiegen jene der Gesundheitsbehörden deutlich. So verfügten etwa die österreichischen Gebietskrankenkassen im Jahr 2019 über rd. 10.700 Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, über vertragliche Beziehungen zu einer großen Zahl von Gesundheitsdienstleistern sowie über umfassende Informationen über ihre Versicherten.

(2) Diese bereits vor der COVID-19-Pandemie bestehende gesetzliche und institutionelle Trennung zwischen dem öffentlichen Gesundheitswesen und der Krankenversorgung im stationären und niedergelassenen Bereich zeigte sich in der Pandemiebewältigung besonders an den Schnittstellen zwischen diesen Bereichen. So übernahmen beispielsweise Krankenanstalten (und die dort vorhandenen Labore) die Auswertung von COVID-19-Tests. Auch bei der Absonderung nicht anstaltsbe-

⁶⁴ für den spezifischen Fall der Influenzapandemie siehe § 132c Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

dürftiger Personen aus Alten- und Pflegeheimen oder Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigung zur Vermeidung der weiteren Verbreitung („Barackenspitäler“) spielten die Krankenanstalten teilweise eine Rolle. Schließlich war die organisatorische Vorkehrung für zu betreuende COVID-19-Erkrankte (Anzahl der verfügbaren (Intensiv-)Betten) ein wesentlicher Parameter zur epidemiologischen Steuerung.

Für den niedergelassenen Bereich stellte sich die Frage, inwieweit er mit Aufgaben im Rahmen der Teststrategie, der allgemeinen Aufklärung sowie Betreuung und der Impfung der Bevölkerung eingebunden werden sollte und ob die Krankenversicherungsträger dafür die Organisation und die Kostentragung übernehmen sollten. In beiden Sektoren hatten Aufgaben zur Pandemiebewältigung Auswirkungen auch auf die Organisation der Regelversorgung. Nicht zuletzt betraf die Abwägung zwischen Infektionsrisiko und Behandlungsnotwendigkeit sowohl die Regelversorgung als auch die epidemiologische Steuerung.

(3) Die ÖGK sah die zentrale Verantwortung der Krisenbewältigung im Gesundheits- und Sozialbereich beim öffentlichen Gesundheitswesen unter der Leitung des Gesundheitsministeriums und der Landessanitätsbehörden. Da die ÖGK bei der Verwendung der Mittel der Versicherten rechtlich gebunden war, könne sie die Pandemiebewältigung nur bei Vorliegen entsprechender Rechtsgrundlagen und Aufträge unterstützen.

Das Gesundheitsministerium forderte diese Unterstützung – auch mangels einer Rechtsgrundlage für eine wechselseitige Informations- und Zusammenarbeitsverpflichtung im Krisen- bzw. Katastrophenfall⁶⁵ – insbesondere in der ersten Phase der Pandemiebewältigung nicht an, weshalb die ÖGK auch keine diesbezüglichen Maßnahmen setzte. Das Gesundheitsministerium ging davon aus, dass der niedergelassene Bereich auch während der Pandemie im Rahmen der Selbstverwaltung der Krankenversicherungsträger gesteuert würde. Zu einer systematischen Abstimmung der Aufgaben und zu Anpassungen der Rechtsgrundlagen kam es vorerst nicht. Die Krankenversicherungsträger waren im Zuge der Bewältigung der COVID-19-Pandemie auf Bundesebene nicht, auf Landesebene nicht systematisch in das SKKM bzw. in den Landeskrisenstab eingebunden. Die Ressourcen der Krankenversicherungsträger wurden daher überwiegend nicht für die Aufgaben der Pandemiebewältigung genutzt.

⁶⁵ Art. 22 B-VG i.d.F. BGBl. I 51/2012 legt eine Verpflichtung zur Leistung von Amtshilfe auch ohne spezielle einfachgesetzliche Grundlage auch für die Sozialversicherungsträger fest, jedoch nur im Einzelfall. Ein genereller Zugriff auf Daten der Sozialversicherungsträger ist davon nicht umfasst, sondern bedarf einer speziellen gesetzlichen Grundlage (<https://www.ris.bka.gv.at>; abgerufen am 19. November 2021).

(4) Ab Herbst 2020 legte der Gesetzgeber die Zuständigkeit der Sozialversicherung (und dabei insbesondere der ÖGK) für eine Reihe von spezifischen Aufgaben fest. Er traf dazu sondergesetzliche Regelungen im Einzelfall (jeweils bei Kostenersatz durch den Bund), die teilweise Aufgaben der Regelversorgung und teilweise Maßnahmen zur Pandemiebewältigung betrafen. Insbesondere handelte es sich um folgende Regelungen:

- Beschaffung von Schutzausrüstung für den niedergelassenen Bereich durch die ÖGK,⁶⁶
- Finanzierung von COVID-19-Tests (sowohl PCR- als auch Antigentests) im niedergelassenen Bereich,⁶⁷
- Ersatz von im Vergleich zum Jahr 2019 niedrigeren Arzthonoraren für das 1., 2. und 4. Quartal 2020 durch die ÖGK bis zu einer Grenze von 80 % der Arzthonorare im Jahr 2019,⁶⁸
- Finanzierung von COVID-19-Impfungen im niedergelassenen Bereich,⁶⁹
- Kostenersatz an die Ärztinnen und Ärzte⁷⁰ für die Implementierung der Software für den e-Impfpass durch die ÖGK.⁷¹

Eine Abstimmung der Abläufe mit der ÖGK (z.B. hinsichtlich der Durchführung von Impfungen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte parallel zu den Impfungen der Länder oder hinsichtlich der Beschaffung von Schutzausrüstung) unterblieb.

Die ÖGK wurde auch für die Beschaffung von Schutzausrüstung für Berufsgruppen verantwortlich gemacht, mit denen sie keine vertragliche Beziehung hatte (etwa mit den Musiktherapeutinnen und -therapeuten sowie den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern).

30.2 Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium zwar für die gesundheitsbehördlichen Maßnahmen nach dem Epidemiegesetz 1950 zuständig war, jedoch für die organisatorischen Maßnahmen im Gesundheitswesen (Krankenanstalten und niedergelassener Bereich) nur Empfehlungen aussprechen konnte. Diese Bereiche waren rechtlich und institutionell getrennt. Die zur Abstimmung der Sektoren vorgesehenen Gremien und Entscheidungswege der Bundes-Zielsteuerungskommission waren für die operative Gestaltung der Pandemiemaßnahmen zu langfristig ausge-

⁶⁶ § 741 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

⁶⁷ § 742 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz; bis zum Inkrafttreten dieser Bestimmung mit 1. Oktober 2020 fiel die Durchführung von COVID-19-Tests im niedergelassenen Bereich nach Auffassung der ÖGK nicht unter die Krankenbehandlung und wurde daher nicht finanziert.

⁶⁸ § 746 Abs. 6 und 7 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

⁶⁹ § 747 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

⁷⁰ inklusive Wahlärztinnen und Wahlärzte

⁷¹ § 748 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

richtet. Eine allgemeine gesetzliche Regelung für eine wechselseitige Informations- und Zusammenarbeitsverpflichtung im Krisen- bzw. Katastrophenfall fehlte zudem.

Der RH verwies darauf, dass die Steuerung des Gesundheitssystems in der Pandemie sowohl Elemente der Krankenversorgung im Aufgabenbereich der Krankenversicherungsträger bzw. Krankenanstalten als auch der Pandemiebewältigung im Aufgabenbereich des öffentlichen Gesundheitswesens (z.B. Durchführung von Tests oder von Impfungen, Bereitstellung von Betten und anderen Ressourcen) umfasste. Er sah daher kritisch, dass insbesondere mit dem niedergelassenen Bereich keine systematische Abstimmung (etwa in den staatlichen Krisenstrukturen) erfolgte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, auf eine allgemeine gesetzliche Regelung für eine wechselseitige Informations- und Zusammenarbeitsverpflichtung von Krankenversicherungsträgern, Krankenanstalten und Organen des öffentlichen Gesundheitswesens speziell im Krisen- und Katastrophenfall hinzuwirken, die eine bestmögliche Ressourcennutzung zur Bewältigung einer Krise bzw. Katastrophe ermöglicht und eine Einbindung in die staatlichen Krisenstrukturen sicherstellt.

30.3 (1) Das Gesundheitsministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.

(2) Der Dachverband führte in seiner Stellungnahme aus, ein bundesweit einheitliches Vorgehen im Krisenfall jedenfalls zu unterstützen. Wie im Bericht ausgeführt, fehle es derzeit zum Teil an klaren gesetzlichen Regelungen. Das gelte auch für die Schnittstelle zur Krankenversicherung und damit zum Aufgabenbereich der Sozialversicherung. Die Sozialversicherung stehe dem Gesundheitsministerium sowie dem Gesetzgeber bei der Umsetzung der Empfehlung jederzeit für Gespräche zur Verfügung. Der Dachverband schlage deshalb die Verankerung einer koordinierenden Schnittstelle zwischen dem Gesundheitswesen (Pandemiebewältigung) und der Sozialversicherung vor. Zentral sei, dass – wenn Belange der Krankenversicherung berührt seien – alle Krankenversicherungsträger einbezogen würden. Bei der Evaluierung und Erstellung von Handlungsempfehlungen für den Krisen- und Katastrophenfall, z.B. im niedergelassenen Bereich, oder bei einer Anpassung von gesetzlichen Bestimmungen (u.a. Gesamtverträge, Nutzung von Daten, Verwendung von IT-Systemen) sollten alle Sozialversicherungsträger eingebunden werden. Die Pandemie habe gezeigt, dass vielfach auf die bereits bestehenden Instrumente zurückgegriffen werde, die schnell adaptiert hätten werden können. Das gelte insbesondere auch für die Gesundheitsberatung 1450, an deren Errichtung und Betrieb die Sozialversicherung zentral beteiligt (gewesen) sei.

Handlungsempfehlungen zur allgemeinen Versorgung

31.1 (1) Aufgrund der Herausforderungen der COVID-19-Pandemie richtete das Gesundheitsministerium mehrere Empfehlungen bzw. Klarstellungen über die zuständigen Mitglieder der Landesregierung bzw. über die Landesgesundheitsfonds an die Krankenanstaltenträger. Die im Folgenden angeführten Empfehlungen bzw. Klarstellungen wichen teilweise von allgemeinen Regelungen ab:

- Schreiben vom 12. März 2020 mit der Empfehlung, den Betrieb so rasch wie möglich auf das medizinisch Wesentliche und Vordringliche zu reduzieren und zu beschränken,
- Empfehlungen vom 29. April 2020 zur schrittweisen Wiederaufnahme von aufgrund der COVID-19-Pandemie eingestellten bzw. reduzierten elektiven Tätigkeiten in Krankenanstalten,
- Schreiben vom 9. November 2020 über weitere Maßnahmen in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie mit der Empfehlung, das Personal unter vorübergehender Unterschreitung der im LKF-Modell festgelegten Personaleinsatzzahlen flexibel einzusetzen und Aufwachbetten vorübergehend als Betten zur Intensivversorgung zu nutzen,
- Klarstellungen vom 18. November 2020 zur Anwendung der ÖSG- und der LKF-Regelungen während der COVID-19-Pandemie, die zur Aufrechterhaltung der COVID-19-Intensivversorgung vorübergehend Abweichungen von den Vorgaben des ÖSG und des LKF-Modells erlaubten.

Das Gesundheitsministerium ermöglichte den Krankenanstalten im April 2020, bedingt durch die COVID-19-Situation, in begrenztem Umfang und besonders gekennzeichnet telemedizinische Leistungen (Befundbesprechungen, Abklärungen von Therapieplänen, ärztliche Beratungsgespräche etc.) zu verzeichnen und verrechnen; dies bei bereits in Behandlung befindlichen Patientinnen oder Patienten, die unter anderen Umständen die Ambulanz aufgesucht hätten. Darüber hinausgehende Möglichkeiten der telemedizinischen Behandlung bestanden für die Psychiatrie und die Psychosomatik.

(2) Für den niedergelassenen Bereich gab das Gesundheitsministerium – mangels Möglichkeiten zur direkten Einflussnahme abseits von gesetzlichen Regelungen – Ende März 2020 eine „Handlungsempfehlung für niedergelassene Gesundheitsberufe“ heraus. Kernempfehlung war, alle Behandlungen bzw. Therapien „auf das Notwendigste“ zu beschränken. Eine Konkretisierung dieser Empfehlung etwa für bestimmte Patientengruppen (insbesondere chronisch Kranke), Krankheitsarten und Behandlungsformen unterblieb. Die ÖGK war in die Erstellung dieses Dokuments nicht eingebunden.

Das Gesundheitsministerium veröffentlichte die Handlungsempfehlung für wenige Tage auf seiner Website. Im Rahmen der Gebarungsüberprüfung konnte es aber weder angeben, wie lange das Dokument auf der Website veröffentlicht war, noch, ob es die Empfehlung auch aktiv kommunizierte (etwa an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte). Im April 2020 ersetzte es aufgrund vergleichbarer Empfehlungen der Österreichischen Ärztekammer seine „Handlungsempfehlung für niedergelassene Gesundheitsberufe“ durch „Handlungsempfehlungen für niedergelassene nichtärztliche Gesundheitsberufe“.

Ebenfalls im ersten Lockdown riet die Österreichische Ärztekammer allen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, „Patientenkontakte auf das Notwendigste zu reduzieren“. „Nicht dringend notwendige oder zeitgebundene“ Untersuchungen und Behandlungen sollten nicht durchgeführt werden. Betroffen von diesen Einschränkungen seien „alle Routine-, Kontroll-, Vorsorge- und Nachsorge-Untersuchungen“.

(3) Im Oktober 2020 veröffentlichte das Gesundheitsministerium auf seiner Website „Empfehlungen für die hausärztliche Primärversorgung während der Pandemie“. Die Erstellung dieses Dokuments hatte die GÖG unter Einbeziehung externer Expertinnen und Experten⁷² koordiniert. Nicht eingebunden war die ÖGK. In seiner ausführlichen Version sah das Dokument bei roter Ampelfarbe („sehr hohes Risiko“) die Empfehlung vor, Konsultationen in der Ordination „möglichst nur bei dringlichen Gesundheitsanliegen“ durchzuführen. In seiner Kurzversion lautete die Empfehlung hingegen, „möglichst nur unbedingt erforderliche und dringliche Gesundheitsanliegen“ in der Ordination zu behandeln. In beiden Versionen gab es in Grundzügen Handlungsempfehlungen für die Versorgung von Risikopatientinnen bzw. -patienten, chronisch Kranken und sonstigen besonders schutzbedürftigen Personen.

Die Empfehlungen für die hausärztliche Primärversorgung standen vor allem im zweiten und dritten Lockdown in einem Spannungsverhältnis zur geltenden Rechtslage, wonach in diesen Phasen „alle – auch nicht akuten – Arztbesuche uneingeschränkt wahrgenommen werden“ konnten, da sie der „Deckung der notwendigen Grundbedürfnisse des täglichen Lebens“ dienten. Dies galt explizit auch für „Routineuntersuchungen“.⁷³

In keiner Lockdown-Phase informierte das Gesundheitsministerium die Öffentlichkeit (etwa in Form einer Informationskampagne) umfassend über die Möglichkeit, ärztliche Leistungen im niedergelassenen Bereich in Anspruch zu nehmen, um eine

⁷² etwa der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, der Österreichischen Ärztekammer, der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften und der Medizinischen Universität Wien

⁷³ siehe § 1 Abs. 1 Z 3 lit. c COVID-19-Notmaßnahmenverordnung (BGBl. II 479/2020 i.d.g.F.) bzw. 2. COVID-19-Notmaßnahmenverordnung (BGBl. II 598/2020 i.d.g.F.) sowie die dazu vom Gesundheitsministerium veröffentlichte „Rechtliche Begründung“

Zurückhaltung der Patientinnen bzw. Patienten bei notwendigen Arztkonsultationen möglichst zu vermeiden.

(4) Im Dezember 2020 genehmigte die Bundes-Zielsteuerungskommission das Dokument „Planung außergewöhnliche Ereignisse“ (Living Paper). Diese Unterlage fasste im Wesentlichen die bisher im Zuge der COVID-19-Pandemie getroffenen Maßnahmen zusammen. Die Bezeichnung „Planung außergewöhnliche Ereignisse“ (Living Paper)“ ergab sich aus der Vereinbarung zwischen den Partnern der Zielsteuerung-Gesundheit, dieses Dokument laufend weiterzuentwickeln. Das Gesundheitsministerium plante, einen Vorschlag zur Ergänzung des ÖSG durch allgemeine Grundsätze zu erarbeiten und im Zuge der jährlichen Ergänzung des ÖSG im Jahr 2021 einzubringen.

Das Dokument „Planung außergewöhnliche Ereignisse“ (Living Paper) umfasste nicht die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Laut Gesundheitsministerium sei jedoch der inhaltliche Ausbau des Abschnitts „ambulanter Bereich extramural“ geplant.

Im August 2020 beauftragte das Gesundheitsministerium die GÖG unter Beiziehung interner wie externer Expertinnen bzw. Experten mit der Erstellung eines Handlungsrahmens für die COVID-19-Pandemie in Österreich („Bestandsaufnahme und Handlungsrahmen“).⁷⁴ Dieses Dokument sollte laufend aktualisiert und erweitert werden. In seinem Entwurf vom Februar 2021 spielte der niedergelassene Bereich im Vergleich zum stationären Bereich eine untergeordnete Rolle. Laut GÖG sei aber geplant, diesen Aspekt im Rahmen der ersten Überarbeitung nochmals aufzugreifen.⁷⁵

- 31.2 (1) Im Hinblick auf die Dringlichkeit und das Erfordernis, die Gesundheitsversorgung in Krankenanstalten aufrechtzuerhalten, erachtete es der RH grundsätzlich als zweckmäßig, dass das Gesundheitsministerium ohne formelle Beschlussfassung in den Organen der Zielsteuerung-Gesundheit Empfehlungen gab und Klarstellungen vornahm. Der RH beurteilte insbesondere die vom Gesundheitsministerium vorgesehenen Möglichkeiten, für die Dauer der COVID-19-Pandemie in begrenztem Umfang telemedizinische Leistungen zu verzeichnen und zu verrechnen, als zweckmäßig, weil die Vermeidung persönlicher Kontakte zur Verringerung der Infektionsgefahr beitrug.

⁷⁴ Ursprünglich sollte das Dokument mit „COVID-19-Krisenplan“ bezeichnet werden, wurde dann aber in „Bestandsaufnahme und Handlungsrahmen“ umbenannt.

⁷⁵ Im April 2021 veröffentlichte das Ministerium das beschlossene Dokument „Die COVID-19-Pandemie in Österreich – Bestandsaufnahme und Handlungsrahmen“ auf seiner Website.

Allerdings beurteilte er kritisch, dass die Bundes-Zielsteuerungskommission – auch wenn sie mit einem im Dezember 2020 beschlossenen Dokument „Planung außergewöhnliche Ereignisse“ (Living Paper) die bisherigen Empfehlungen und Klarstellungen zur COVID-19-Pandemie zusammenfasste – bis zum Ende der Gebärungsüberprüfung keine allgemeine Regelung für Pandemien und andere Katastrophensituationen in den ÖSG aufgenommen hatte, die eine Anpassung der Vorgaben an die besonderen Erfordernisse und eine kurzfristige Steuerung in derartigen Situationen ermöglichen würden.

Der RH verwies auf seine an das Gesundheitsministerium, die Länder Oberösterreich und Salzburg sowie die ÖGK und den Dachverband gerichtete Empfehlung in **TZ 29**, in den ÖSG allgemeine Regelungen für Pandemien und andere Katastrophensituationen aufzunehmen, die eine Anpassung der Vorgaben an die jeweiligen besonderen Erfordernisse ermöglichen.

(2) Der RH hielt fest, dass mögliche Einflussnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens (und insbesondere des Gesundheitsministeriums) auf die Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Wesentlichen auf Handlungsempfehlungen beschränkt waren. Er sah daher kritisch, dass das Gesundheitsministerium solche Handlungsempfehlungen nur eingeschränkt nutzte und dass die zur Zeit der Gebärungsüberprüfung in der Gesundheitsplanung vorgesehenen Maßnahmen zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten entweder wenige („Bestandsaufnahme und Handlungsrahmen“) oder keine Aussagen (Dokument „Planung außergewöhnliche Ereignisse“ (Living Paper)) trafen.

Zur Handlungsempfehlung der Österreichischen Ärztekammer vom März 2020 wies der RH darauf hin, dass diese Empfehlungen solche des öffentlichen Gesundheitswesens nicht ersetzen konnten.

Der RH kritisierte, dass die ÖGK trotz ihrer gesetzlichen Rolle, für die Krankenbehandlung ausreichend Vorsorge zu treffen, in die Erstellung der „Empfehlungen für die hausärztliche Primärversorgung während der Pandemie“ vom Oktober 2020 nicht eingebunden war. Weiters kritisierte er, dass in diesem Dokument thematisierte allfällige Versorgungseinschränkungen in den Ordinationen während des zweiten und dritten Lockdowns von der geltenden Rechtslage abwichen.

Schließlich kritisierte der RH, dass das Gesundheitsministerium in keiner Lockdown-Phase – durch eine klare und umfassende Kommunikation über die Möglichkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich – einer zurückhaltenden Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen vorbeugte.

Der RH empfahl daher dem Gesundheitsministerium und der ÖGK, unter Einbindung der Österreichischen Ärztekammer generelle Handlungsempfehlungen an niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte für den Krisen- bzw. Katastrophenfall zu erstellen, die eine Abwägung der durch die Krise bzw. Katastrophe ausgelösten Gesundheitsgefahren mit der Gefahr gesundheitlicher Folgeschäden aus nicht behandelten Krankheiten für unterschiedliche Zielgruppen, Erkrankungsarten bzw. Behandlungsformen sicherstellen. Diese Handlungsempfehlungen wären im Bedarfsfall auf die konkrete Situation anzupassen.

Weiters empfahl der RH dem Gesundheitsministerium und der ÖGK, auch in Krisen- bzw. Katastrophensituationen die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich umfassend öffentlich zu kommunizieren, um gesundheitliche Folgeschäden aufgrund unterbliebener Arztkonsultationen zu vermeiden.

31.3 (1) Das Gesundheitsministerium nahm in seiner Stellungnahme beide Empfehlungen zur Kenntnis.

(2) Die ÖGK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie die Empfehlung zur Erstellung von Handlungsempfehlungen begrüße, wenngleich sie die Federführung nicht bei der ÖGK sehe. Für die Ärztinnen und Ärzte wären solche Handlungsempfehlungen gerade zu Pandemiebeginn hilfreich gewesen. In einem ersten Schritt sollten im Rahmen einer Studie die ausgelösten Gesundheitsgefahren identifiziert werden. Daraus könnten gemeinsam Maßnahmen abgeleitet und vom Gesundheitsministerium unter Einbeziehung der ÖGK und der Österreichischen Ärztekammer für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte publiziert werden.

Zur empfohlenen Kommunikation über Möglichkeiten und die Rahmenbedingungen, ärztliche Leistungen im niedergelassenen Bereich in Anspruch zu nehmen, hielt die ÖGK fest, dass ihre Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Abstimmung mit der Österreichischen Ärztekammer mittels Rundschreiben darüber informiert worden seien, die Ordinationen offen halten und eine Versorgung gewährleisten zu müssen. Darüber hinaus habe die ÖGK auch ihre Versicherten über verschiedene Kanäle informiert, dass die medizinische Versorgung auch während der Pandemie gewährleistet sei. Die ÖGK beteilige sich gerne an der Abstimmung der Aussendungen, die jedoch vorrangig durch die Bundesregierung bzw. das zuständige Bundesministerium herausgegeben werden müssten. Die ÖGK arbeite aktuell an einem Vertragspartnerkompass, der die Erreichbarkeit der vertragsärztlichen Versorgung transparenter gestalten solle und auch in Krisenzeiten einen guten Anhaltspunkt biete.

Maßnahmen zur stationären Versorgung von COVID-19-Erkrankten in Oberösterreich und Salzburg

32.1 (1) In Oberösterreich und Salzburg koordinierten sich die fondsfinanzierten Krankenanstalten jeweils landesweit, wobei beide Länder in der ersten Pandemiewelle der COVID-19-Pandemie divergierende Strategien zur Krisenbewältigung verfolgten:

(a) In Oberösterreich legte eine von den Krankenanstalten gebildete Task-Force Corona fest, dass zur Behandlung von COVID-19-Erkrankten grundsätzlich alle fondsfinanzierten Standard- und Schwerpunktspitäler einschließlich des Kepler Universitätsklinikums zur Verfügung standen. Jede Krankenanstalt legte Abteilungen und Stationen für die COVID-19-Behandlung selbst fest. In der ersten Pandemiewelle standen insgesamt 254 Intensivbetten für erwachsene, beatmungspflichtige Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Davon hielten die Krankenanstalten rd. 100 Betten für COVID-19-Patientinnen und Patienten frei. Im Bedarfsfall konnten die Krankenanstalten insgesamt rd. 100 weitere Intensivbetten bereitstellen. Mit 1. Mai 2020 setzten die oberösterreichischen Krankenanstalten aufgrund der zurückgegangenen Infektionszahlen eine sogenannte Hybridstrategie um, die eine Versorgung der COVID-19-Erkrankten bei gleichzeitigem Hochfahren der sonstigen Versorgung ermöglichen sollte. Die Krankenanstalten sahen dabei 500 Normalbetten und 100 Intensivbetten für COVID-19-Erkrankte vor, wobei jeweils 50 % davon ständig freizuhalten und 50 % sehr kurzfristig freizumachen waren. Zudem strebten die Krankenanstalten an, die Auslastung der Normalstationen schrittweise zu steigern.

(b) Im Land Salzburg konstituierte sich Mitte März 2020 ein „Medizinischer Krisenstab COVID-19-Land Salzburg“ unter der Leitung der SALK. Er ließ für das Land Salzburg im Frühjahr 2020 in drei Eskalationsstufen 1.440 Betten vorbereiten, davon 490 in fondsfinanzierten Krankenanstalten und insgesamt 140 Betten für die Intensivversorgung. Dabei ging er von 55.000 Erkrankten in Salzburg (10 % der Bevölkerung), 11.000 schweren Fällen und 2.500 Personen auf Intensivstationen bzw. mit Beatmung aus. Der Krisenstab beschloss eine Zentralisierung der stationären COVID-19-Versorgung am LKH Salzburg. Für eine erste Eskalationsstufe waren 120 Beatmungsbetten und 220 Normalpflegebetten im LKH Salzburg sowie 650 Betten im Messezentrum Salzburg für die Versorgung von leichter Erkrankten vorgesehen. Bei Ausschöpfung der Kapazitäten im LKH Salzburg war die stationäre Versorgung von COVID-19-Erkrankten auch im Kardinal Schwarzenberg Klinikum (zweite Eskalationsstufe) und im Tauernklinikum Standort Zell am See (dritte Eskalationsstufe) vorgesehen. Zusätzlich ließ das Land Salzburg bzw. die SALK auch weitere Versorgungseinrichtungen für leichter Erkrankte, insbesondere in St. Veit im Pongau, Zell am See, Bruck an der Glocknerstraße und Kleßheim, einrichten. Der Krisenstab begründete die Zentralisierung am LKH Salzburg insbesondere mit der dort vorhan-

denen fachlichen Expertise (u.a. infektiologische Zusatzausbildung) und Erfahrung (u.a. im Bereich Beatmung). Der Krisenstab erachtete den unmittelbaren Zugang zur höchsten Versorgungsstufe für zweckmäßig, weil sich der Gesundheitszustand der Erkrankten rasch verschlechtern konnte. Die SALK richtete ein sogenanntes COVID-Haus am Gelände des LKH Salzburg zur Behandlung und Diagnose von COVID-19-Erkrankten und Verdachtsfällen ein und zog dort Personal aus verschiedenen Abteilungen zusammen. Dazu nahm sie bauliche Veränderungen vor und verlegte Universitätskliniken und Ambulanzen. Da die Anzahl an COVID-19-Erkrankten in der ersten Pandemiewelle geringer war als angenommen, wurde nur die erste Eskalationsstufe erreicht. Die Auslastung der COVID-19-Stationen im COVID-Haus betrug von März bis Juni 2020 rd. 20 % bis 30 %. Das Kardinal Schwarzenberg Klinikum behandelte im Zeitraum März bis Mai 2020 nur einzelne COVID-19-Erkrankte stationär.

Das Land Salzburg bzw. die SALK nahm den überwiegenden Teil der Versorgungseinrichtungen für leichter Erkrankte (Behelfsspitäler), insbesondere im Messezentrum Salzburg, in St. Veit im Pongau und in Kleßheim, wegen des fehlenden Bedarfs nicht in Betrieb. Die Aufwendungen für diese Versorgungseinrichtungen betrugen im Jahr 2020 2,48 Mio. EUR⁷⁶, davon 1,21 Mio. EUR für das Messezentrum Salzburg und 0,77 Mio. EUR für St. Veit im Pongau. Das Land Salzburg beantragte beim Bund den Ersatz dieser Aufwendungen gemäß dem COVID-19-Zweckzuschussgesetz. Im Oktober 2020 löste die SALK das COVID-Haus auf und führte die zuvor verlegten Abteilungen wieder zurück. Die räumlichen Verschiebungen aufgrund der Einrichtung und Auflösung des COVID-Hauses beeinträchtigten die Regelversorgung. Um die Versorgung des gesamten medizinischen Spektrums außerhalb von COVID-19 so lange wie möglich ohne größere Einschränkungen zu gewährleisten, wechselte der Krisenstab des Landes Salzburg im Sommer 2020 von einer zentralen zu einer dezentralen Versorgungsstrategie.

(2) Für die zweite Pandemiewelle ab 1. Oktober 2020 gab es in Oberösterreich und Salzburg jeweils eine dezentrale Versorgungsstrategie mit Krisenstufenplänen für die Versorgung in Normalbetten und in Intensivbetten.

(a) In Oberösterreich waren für COVID-19-Erkrankte drei Krisenstufen mit 750, 1.000 bzw. 1.200 Normalbetten, für Intensivbetten fünf Krisenstufen mit bis zu 210 Beatmungsplätzen vorgesehen. Die oberösterreichischen Krankenanstalten hatten im November und Dezember 2020 – im Verhältnis zum Bevölkerungsanteil Oberösterreichs (16,7 %) – einen überproportionalen Anteil an Aufenthaltstagen

⁷⁶ vorläufiger Stand März 2021

mit COVID-19-Diagnose (in der Intensivversorgung rd. 20 % und in der Normalversorgung rd. 24 %). Die Belegung der Intensivbetten ist aus der folgenden Abbildung ersichtlich:

Abbildung 12: Belegung der Intensivbetten in oberösterreichischen Krankenanstalten in der zweiten Pandemiewelle

Oberösterreich

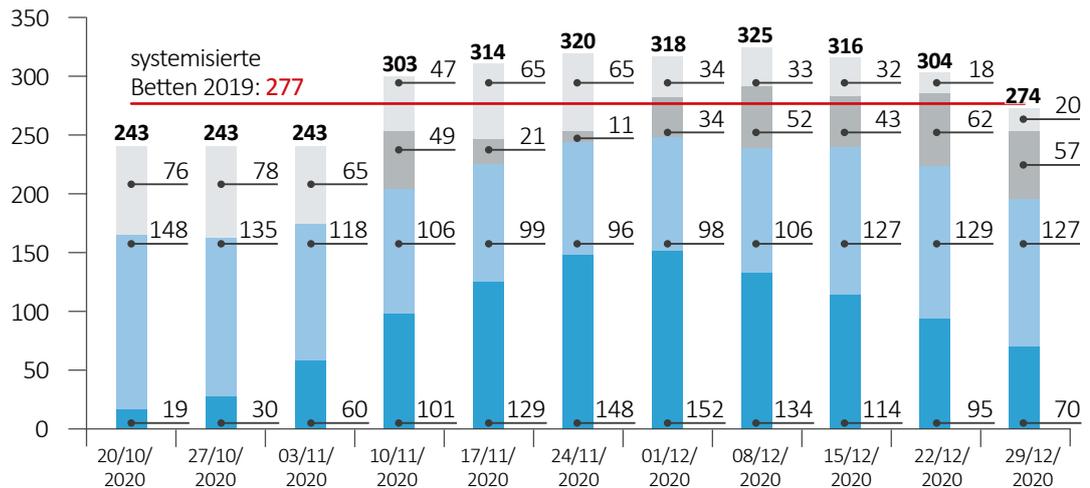
- frei sonstige
- frei COVID
- belegt sonstige
- belegt COVID

KRANKENANSTALTEN



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

Anzahl der Intensivbetten

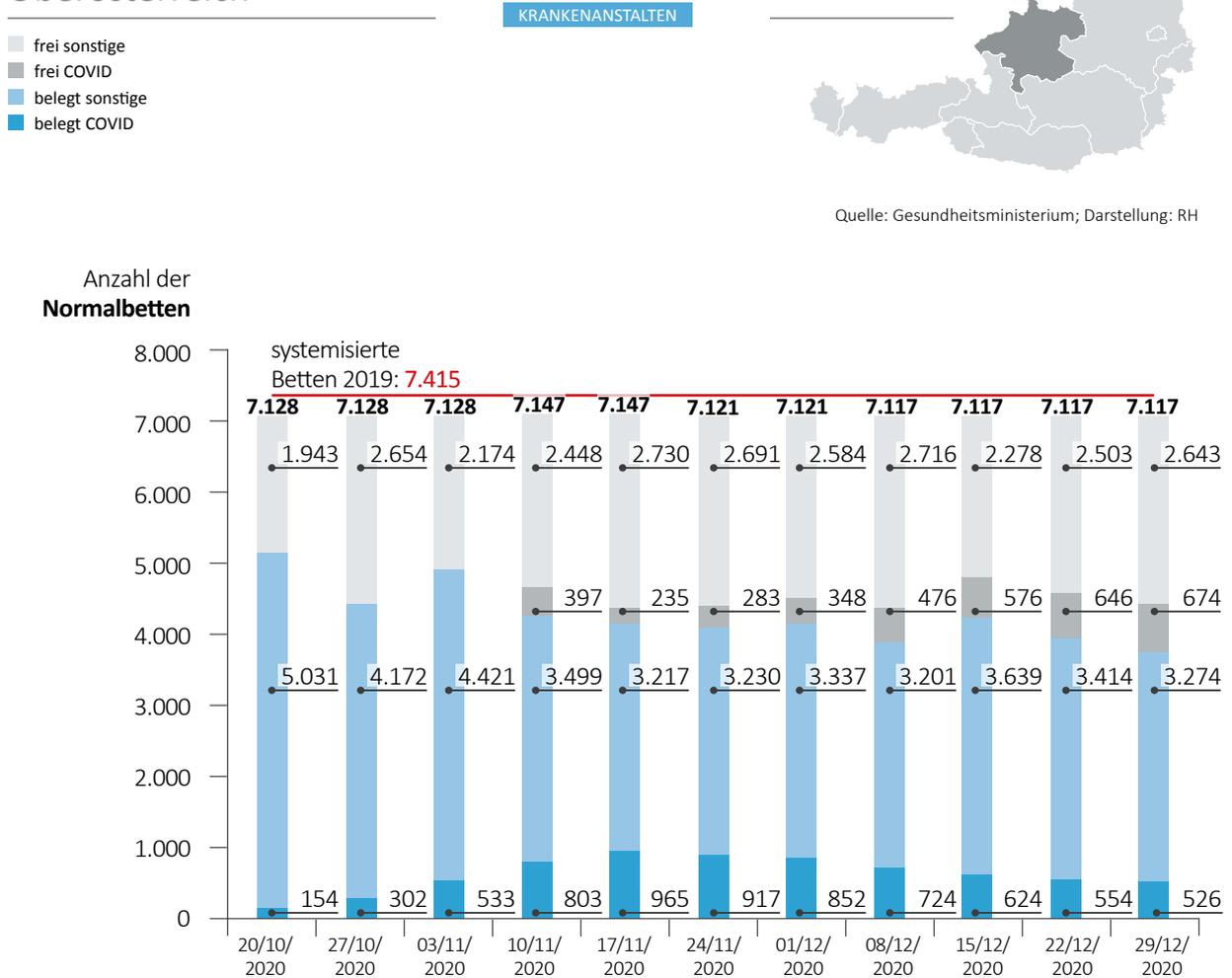


Von 30. November 2020 bis Mitte Dezember 2020 erreichten die oberösterreichischen Krankenanstalten im fünfstufigen Krisenplan die „Krisenstufe 4a“ mit 186 vorgesehenen Beatmungsplätzen für COVID-19-Erkrankte. Aufgrund der starken Belastung erhöhten sie die Anzahl der Intensivbetten über die vorgesehene Anzahl von 277 hinaus auf bis zu 325 Betten am 8. Dezember 2020; dies insbesondere durch vorübergehende Umwandlung von Aufwachbetten.

Die Belegung der Normalbetten in oberösterreichischen Krankenanstalten im Zeitraum November und Dezember 2020 ist aus der folgenden Abbildung ersichtlich:

Abbildung 13: Belegung der Normalbetten in oberösterreichischen Krankenanstalten in der zweiten Pandemiewelle

Oberösterreich



Am Höhepunkt der zweiten Pandemiewelle waren in Oberösterreich über 900 COVID-19-Erkrankte auf Normalstationen zu versorgen (965 Erkrankte am 17. November 2020), womit die dritte Krisenstufe mit 1.200 Betten für COVID-19-Erkrankte erreicht wurde. An diesem Tag waren dennoch rd. 3.000 Betten nicht belegt (235 Betten für COVID-19 und 2.730 Betten für sonstige Erkrankte). Daraus ergab sich am Höhepunkt der zweiten Welle eine Auslastung der Normalbetten von rd. 59 %. Diese unterdurchschnittliche Auslastung war insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Krankenanstalten elektive Behandlungen verschoben, um Personal- und Sachressourcen für die Versorgung von COVID-19-Erkrankten freizu-

machen, beispielsweise durch die Umwandlung von Aufwachbetten in Intensivbetten.

(b) In Salzburg galt in der zweiten Pandemiewelle ein Krisenstufenplan, der eine Aufteilung der stationären Versorgung in Normalstationen auf sieben Krankenanstalten vorsah. Die Intensivversorgung von COVID-19-Erkrankten war nunmehr dauerhaft auf das LKH Salzburg und das Kardinal Schwarzenberg Klinikum aufgeteilt, wobei Vertreter der Krankenanstalten wöchentlich Versorgungs- und Kooperationsmöglichkeiten in sogenannten Medical Leaderboards für unterschiedliche Versorgungsbereiche bzw. Fachgebiete (insbesondere Intensivmedizin, Chirurgie, Pflegedienst) besprachen.

Die Belegung der Intensivbetten in den Salzburger Krankenanstalten in der zweiten Pandemiewelle im Zeitraum November und Dezember 2020 zeigt folgende Abbildung:

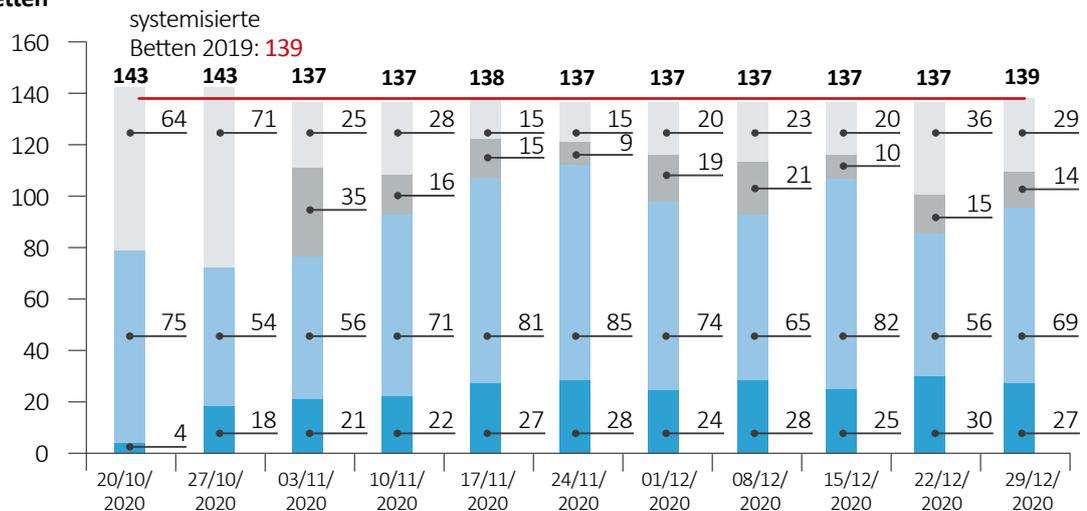
Abbildung 14: Belegung der Intensivbetten in Salzburger Krankenanstalten in der zweiten Pandemiewelle

Salzburg



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

Anzahl der Intensivbetten



Am Höhepunkt der zweiten Pandemiewelle hatten die Krankenanstalten im Land Salzburg rd. 30 an COVID-19 erkrankte Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zu versorgen. Da zusätzlich bis zu 85 sonstige Intensivpatientinnen und Intensivpatienten zu versorgen waren, reduzierten sich die freien Intensivbettenkapazitäten bis 24. November 2020 auf 24 (davon neun für COVID-19). Im Unterschied zu Oberösterreich war es nicht erforderlich, zusätzliche Intensivbetten zu schaffen.

Die Belegung der Normalbetten in den Salzburger Krankenanstalten im Zeitraum November und Dezember 2020 ist aus der folgenden Abbildung ersichtlich:

Abbildung 15: Belegung der Normalbetten in Salzburger Krankenanstalten in der zweiten Pandemiewelle

Salzburg

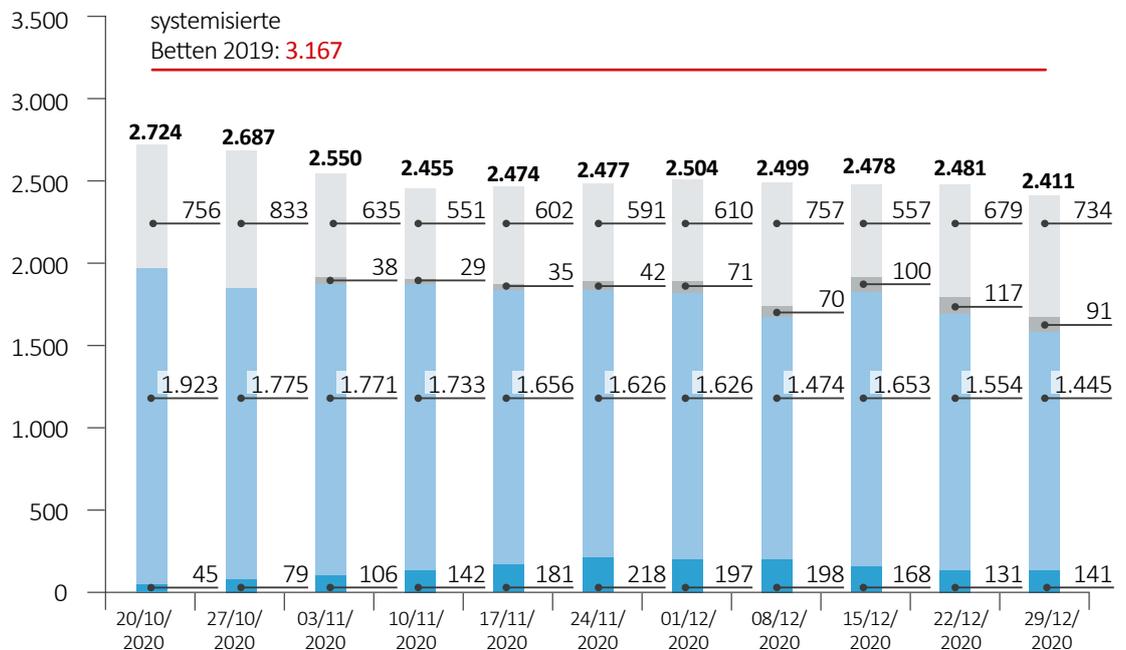
- frei sonstige
- frei COVID
- belegt sonstige
- belegt COVID

KRANKENANSTALTEN



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

Anzahl der Normalbetten



Am Höhepunkt der zweiten Pandemiewelle hatten die Salzburger Krankenanstalten rd. 220 COVID-19-Erkrankte und rd. 1.630 sonstige Erkrankte auf Normalstationen zu behandeln; daraus ergab sich eine Auslastung der verfügbaren Gesamtkapazitäten von rd. 74 %.

(3) Pandemiepläne lagen bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie in den überprüften Krankenanstalten grundsätzlich vor.

(a) Das Klinikum Wels-Grieskirchen und das Ordensklinikum Linz verfügten über Pandemiepläne, die zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie teilweise geeignet waren, weil darin die Zuständigkeiten und Aufgabenstellungen der Organisationseinheiten im Pandemiefall festgelegt waren. Die COVID-19-Pandemie machte jedoch in mehreren Fällen Änderungen der vorgesehenen Zugangswege und Isolierstationen sowie umfangreiche Anpassungen der Prozesse an die speziellen Erfordernisse notwendig. Diese Anpassungen betrafen insbesondere die Durchführung von Tests, das Contact-Tracing, Vorgaben über die Schutzausstattung und die Vorhaltung von Kapazitäten auf den Intensivstationen.

(b) Das Land Salzburg verfügte bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie über einen „Influenza-Pandemie-Plan“. Die SALK verfügte ebenfalls über einen Pandemieplan, der sich an Influenza-Pandemien vor 2020 orientierte. Da diese Pläne die Besonderheiten der COVID-19-Pandemie nicht abbildeten, waren sie nach Ansicht der SALK zu deren Bewältigung nicht geeignet. Das Kardinal Schwarzenberg Klinikum verfügte über einen „Alarm- und Einsatzplan Pandemie“, der aufgrund baulicher Veränderungen im Klinikum nicht mehr in vollem Umfang anwendbar war.

(4) Zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie vereinbarten die Krankenanstalten in Oberösterreich und Salzburg jeweils eine Intensivbettenkoordination. Sie sollte lokale Versorgungsengpässe vermeiden und die optimale Nutzung der Behandlungskapazitäten, insbesondere von Spezialtherapien bei Lungenversagen, sicherstellen. Dazu war der Aufbau eines effektiven Transportwesens zur Verlegung der Erkrankten zwischen den Standorten vorgesehen. Außerhalb der Pandemie koordinierten die oberösterreichischen bzw. die Salzburger Krankenanstalten die Intensivversorgung nur einzelfallbezogen bzw. bestand zwischen den Linzer Ordenskrankenhäusern eine engere Zusammenarbeit.

In Oberösterreich waren die Kapazitäten für Intensivtransporte in der Praxis beschränkt. Überwiegend organisierte diese der jeweilige Krankenanstaltenträger in Absprache mit dem Rettungsdienst oder über das ÖRK (Notarztbörse). Letzteres war jedoch nur mit einigen Tagen Vorlaufzeit möglich und beschränkte sich hauptsächlich auf den Zentralraum Linz. Da der jeweilige Notarztstützpunkt Intensivtransporte durchführte, war dieser während des Transports für Notfälle nicht verfügbar. Personelle Engpässe bestanden insbesondere bei Spezialtransporten (Intensivtransporte

von Kindern bzw. bei Lungenversagen). Ein Ausbau der Kapazitäten würde Transporte ermöglichen, ohne die Notarztversorgung durch den Transport einzuschränken.

In Salzburg begleitete in der Regel das fachärztliche Personal für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Krankenanstalten, teilweise aber auch der notärztliche Dienst die Intensivtransporte. Die Transportkapazitäten für Intensivpatientinnen und Intensivpatienten waren zur Bewältigung des Infektionsgeschehens in der ersten und zweiten Pandemiewelle ausreichend, doch wäre bei einer noch höheren Anzahl an COVID-19-Intensivpatientinnen und -Intensivpatienten zusätzliches fachärztliches Personal für Anästhesiologie und Intensivmedizin zur Begleitung der Intensivtransporte erforderlich.

32.2 (1) Der RH verwies auf die unterschiedlichen Maßnahmen in Oberösterreich und Salzburg in der ersten Pandemiewelle und die fehlende vorbereitende Planung in den Pandemieplänen. Er anerkannte, dass das Land Salzburg besondere Schritte unternahm zur Vorbereitung auf erwartete, jedoch nicht eingetretene hohe Infektionszahlen; allerdings wies er darauf hin, dass die Einrichtung und spätere Auflösung des COVID-Hauses im LKH Salzburg bauliche Veränderungen und Verlegungen von Abteilungen und Ambulanzen erforderten, die Beeinträchtigungen der Regelversorgung zur Folge hatten. Der RH hielt diesbezüglich fest, dass Aufwendungen für mehrere vom Land Salzburg bzw. der SALK eingerichtete Versorgungseinrichtungen (u.a. Messezentrum Salzburg, St. Veit im Pongau) anfielen, die mangels Bedarfs ungenutzt blieben. Er beurteilte kritisch, dass die bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie vorhandenen Pandemiepläne nicht bzw. nur eingeschränkt zur Pandemiebewältigung geeignet waren und bemängelte insbesondere die fehlende Aktualität des Pandemieplans im Kardinal Schwarzenberg Klinikum und die Fokussierung auf Influenza-Epidemien im Land Salzburg und in der SALK.

(2) Der RH wies auf die sehr unterschiedliche Belastung der Krankenanstalten durch COVID-19-Erkrankte im Zeitverlauf und die dadurch entstandenen organisatorischen Herausforderungen hin. In der zweiten Pandemiewelle konnten sowohl die oberösterreichischen als auch die Salzburger Krankenanstalten die Regelversorgung neben der Versorgung von COVID-19-Erkrankten durch flexible Konzepte zur Anpassung der vorgehaltenen Betten an die jeweilige Infektionslage aufrechterhalten. Der RH beurteilte positiv, dass die oberösterreichischen Krankenanstalten in der zweiten Pandemiewelle – trotz der im Verhältnis zur Bevölkerung überproportionalen Aufenthaltstage von COVID-19-Erkrankten – mit einem flexiblen Konzept die Akutversorgung gewährleisten konnten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern die getroffenen organisatorischen Maßnahmen zur Versorgung der COVID-19-Erkrankten zu evaluieren und in die künftigen Pandemiepläne einfließen zu lassen.

Der RH empfahl den Ländern Oberösterreich und Salzburg, dem Klinikum Wels-Grieskirchen, der OÖG, dem Ordensklinikum Linz, dem Kardinal Schwarzenberg Klinikum und der SALK, eine laufende Aktualisierung der Pandemiepläne und Anpassung an die Erfordernisse sicherzustellen.

(3) Der RH wies darauf hin, dass in Oberösterreich für die im Rahmen der Intensivbettenkoordination erforderlichen Intensivtransporte nur eingeschränkte personelle Kapazitäten zur Verfügung standen und die Begleitung durch Notärzte Einschränkungen der notärztlichen Versorgung außerhalb der Krankenanstalten nach sich ziehen konnte. Er wies auch darauf hin, dass die Intensivbettenkoordination außerhalb der COVID-19-Pandemie nur einzelfallbezogen bzw. beschränkt auf Linzer Ordenskrankenhäuser erfolgte.

Der RH empfahl dem Land Oberösterreich, unter Einbindung der fondsfinanzierten Krankenanstalten die Kapazitäten für Intensivtransporte und mögliche Kooperationen der Intensivstationen zu evaluieren.

- 32.3 (1) Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, organisatorische Maßnahmen zur Versorgung der COVID-19-Erkrankten laufend intern und extern (z.B. Landessanitätsdirektoren-Telefonkonferenzen) besprochen zu haben. Ergänzend sei zur Vernetzung und koordinierten Abstimmung der Kapazitätslage auf den Intensivstationen (z.B. Patiententransfer) das Netzwerk der Landesintensivkoordinatoren etabliert worden. Das Gesundheitsministerium habe den Bedarf einer fundierten Evaluierung dieses Aspekts während einer Pandemie oder eines Krisenfalls erkannt und würde sie weiterverfolgen. Im Fokus einer Evaluierung sollten insbesondere Handlungsspielräume sowie die Kommunikation zwischen Bund, Ländern und Krankenanstalten stehen, um bestmögliche Erkenntnisse gewinnen zu können. Alle Erfahrungen und Ergebnisse aus Berichten und gegebenenfalls aus einer Evaluierung sollten folglich in nationalen Krisen- und Pandemieplänen bestmöglich abgebildet werden.

Ein nationaler Pandemieplan solle jedenfalls Orientierungshilfen sowie klare Handlungsempfehlungen zur Gewährleistung der Versorgung von Erkrankten während einer Pandemie enthalten. Länder und Krankenanstalten sollten dazu angehalten werden, ihre eigenen Krisen- und Pandemiepläne entsprechend zu aktualisieren. Vor dem Hintergrund der derzeitigen rechtlichen Grundlage bleibe der Einfluss in dieser Hinsicht dennoch auf Handlungsempfehlungen beschränkt.

(2) Das Land Oberösterreich führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Leitung des Vorstands der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Kepler Universitätsklinikum seit März 2020 die Intensivbetten krankenanstalten-trägerübergreifend koordiniere. Das zentrale Intensivbetten-Management Sorge im Falle einer Bettenknappheit für eine zeitgerechte Vermittlung von Patientinnen und

Patienten zwischen den Krankenanstalten. Hierbei habe der Koordinator die Möglichkeit, häuserübergreifend nach Rücksprache mit den Abteilungsleitungen die Verlegung von Patientinnen und Patienten zu initiieren. Das Land Oberösterreich habe gemeinsam mit Krankenanstaltenträgern und Rettungsorganisationen ein notarztunabhängiges Konzept entwickelt, das in den nächsten Monaten im Rahmen eines Pilotprojekts erprobt werde und über die Pandemie hinaus für den Regelbetrieb gedacht sei. Bei diesem Konzept gehe es um spezielle Intensiv-Interhospitaltransporte, wofür neben hochqualifiziertem ärztlichem Personal und Sanitätspersonal auch eigens ausgestattete Fahrzeuge benötigen würden. Hier seien bereits erste Schritte gesetzt, u.a. hätten die Rettungsorganisationen die dafür notwendigen Transporter angeschafft bzw. adaptiert.

(3) Laut Stellungnahme der OÖG sei es im Zuge der Pandemie bei den Intensivtransporten zu keinen Engpässen gekommen. Die vom Vorstand der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin am Kepler Universitätsklinikum geleitete Intensivbettenkoordination habe sich bestens bewährt. Die OÖG setze die Empfehlung, die Kapazitäten für Intensivtransporte und mögliche Kooperationen der Intensivstationen zu evaluieren, derzeit um.

(4) Das Ordensklinikum Linz wies in seiner Stellungnahme darauf hin, die Empfehlung mit den Verantwortlichen zu evaluieren und in der Folge zu bearbeiten.

(5) Laut Stellungnahme des Kardinal Schwarzenberg Klinikums seien die bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie vorhandenen Pandemiepläne aufgrund der Spezifika der COVID-19-Pandemie nur eingeschränkt für die Pandemiebewältigung geeignet gewesen. Daraus erkläre sich auch, dass im Kardinal Schwarzenberg Klinikum die Aktualisierung und Detaillierung des Pandemieplans notwendig gewesen seien. Dasselbe gelte für die Pandemiepläne im Land Salzburg und in der SALK mit dem Fokus auf Influenza-Pandemien.

32.4 Der RH entgegnete dem Kardinal Schwarzenberg Klinikum, dass dessen zu Pandemiebeginn vorliegender Pandemieplan nicht ausschließlich aufgrund der besonderen Erfordernisse der COVID-19-Pandemie, sondern auch wegen der mangelnden Aktualität der Planungen und der eingeschränkten Eignung der vorgesehenen Isolationsräumlichkeiten modifiziert werden musste.

Maßnahmen im niedergelassenen Bereich

33.1 (1) Im niedergelassenen Bereich konnten die mit der Versorgung beauftragten Stellen, insbesondere die Sozialversicherungsträger, grundsätzlich nur im Einvernehmen mit ihren Vertragspartnern (insbesondere den Landesärztekammern) besondere Maßnahmen treffen. Ansonsten galten die allgemeinen Regelungen der Gesamtverträge.

(2) Um die Versorgung im niedergelassenen Bereich trotz geltender Kontaktbeschränkungen mit möglichst geringem Infektionsrisiko aufrechtzuerhalten, setzte die ÖGK (in Abstimmung mit dem Dachverband) im März 2020 mehrere Maßnahmen. Insbesondere

- ermöglichte sie kontaktlose Heilmittelverordnungen (TZ 39) und die Abrechnung telemedizinischer und telefonischer Behandlungen bzw. Beratungen,⁷⁷
- setzte sie Limitierungen bei der Abrechnung bestimmter Gesprächspositionen und die chefärztliche Bewilligungspflicht für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie aus,
- lockerte sie die chefärztliche Bewilligungspflicht für bestimmte Heilmittel (TZ 39),
- verzichtete sie auf die Anerkennung von Wahlarztrezepten in allen Ländern und
- ermöglichte sie vorübergehend eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung nach telemedizinischer Konsultation (telefonische Krankmeldung).

Diese Maßnahmen waren – nach vorübergehendem Aussetzen der telefonischen Krankmeldung⁷⁸ – zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch aufrecht. Das Aussetzen von Limitierungen bei der Abrechnung bestimmter Gesprächspositionen war mit 31. Dezember 2020 befristet.

(3) Die ÖGK konzipierte diese Maßnahmen zwar als Notfallpaket, erwog jedoch zur Zeit der Gebarungsüberprüfung, einzelne von ihnen (allenfalls adaptiert) in den Regelbetrieb überzuführen. So vereinbarte die ÖGK mit den Landesärztekammern für Oberösterreich und Salzburg im Herbst 2020 den befristeten Einsatz von Telemedizin für die Jahre 2021 und 2022. Andere Landesärztekammern waren eingeladen, diese Vereinbarung für ihre Ärztinnen bzw. Ärzte zu übernehmen. Weiters plante die ÖGK, auch die elektronische Weiterleitung von Rezepten als „e-Rezept“ – sobald flächendeckend verfügbar – in den Regelbetrieb zu übernehmen (TZ 39). Offen war, ob das Aussetzen von Bewilligungspflichten weitergeführt werden sollte.

⁷⁷ Eine Verpflichtung zum Angebot von telemedizinischen Leistungen bestand nicht.

⁷⁸ Die ÖGK beendete mit Ablauf des 31. August 2020 die Möglichkeit der telefonischen Krankmeldung (mit Ausnahme von COVID-19-Verdachtsfällen), führte sie jedoch mit 1. November 2020 wieder ein. Im Mai 2021 verlängerte die ÖGK die Möglichkeit der telefonischen Krankmeldung bis Ende Juni 2021.

(4) Für die medizinische Behandlung von COVID-19-Erkrankten im niedergelassenen Bereich gab es mehrere Möglichkeiten:

- Erforderte der Gesundheitszustand keine persönliche Untersuchung bzw. Behandlung, konnten kurative Betreuungen über Telemedizin abgerechnet werden. Inwieweit diese telemedizinische Leistung angeboten wurde, blieb dem jeweiligen Arzt bzw. der jeweiligen Ärztin überlassen.
- Unter der Voraussetzung der Umsetzung einer Terminvereinbarung sowie einer zeitlichen bzw. räumlichen Absonderung von COVID-19-Erkrankten konnte auch eine Behandlung in den Ordinationen der Vertragsärztinnen und -ärzte erfolgen.⁷⁹
- Da nicht alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die räumlichen Ressourcen zur Absonderung von COVID-19-Erkrankten hatten, bestand im Dezember 2020 in Salzburg die Möglichkeit, Personen mit Symptomen an eine Infektordination zu verweisen.⁸⁰
- Teilweise führten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte reguläre Hausbesuche bzw. der hausärztliche Notdienst Hausbesuche bei COVID-19-Erkrankten durch.
- Die Länder, Sozialversicherungsträger und Rettungsorganisationen etablierten zusätzlich unterschiedlich ausgestaltete COVID-Visitendienste – meist bestehend aus einer Ärztin bzw. einem Arzt und einer Person einer Rettungsorganisation. Die Abrechnung dieser COVID-Visitendienste erfolgte über die ÖGK, die Länder leisteten dazu pauschale Kostenbeteiligungen.

(5) In Oberösterreich kamen ab 23. März 2020 COVID-Visitendienste in drei Bezirken zum Einsatz. Ab 7. Mai 2020 waren COVID-Visitendienste noch in zwei Bezirken eingerichtet, ab 24. Mai wurden sie eingestellt. Ab Juli 2020 war in Linz wieder ein COVID-Visitendienst eingerichtet, der im Bedarfsfall landesweit Personen versorgen sollte. Laut ÖGK betreuten die COVID-Visitendienste in Oberösterreich bis Mitte November 2020 1.035 Personen.

In Salzburg waren zwischen 22. März und 10. Mai 2020 drei Visitenteams, danach bis zur Einstellung des Dienstes Mitte Juni 2020 ein COVID-Visitendienst im Einsatz. Laut ÖGK behandelten die Visitendienste in diesem Zeitraum 163 Personen. Ab 2. November 2020 war wieder ein Visitenteam im Einsatz, es führte im Monat November 190 Visiten durch.

Insgesamt versorgten die Visitendienste und die Infektordination nur eine Minderheit der COVID-19-Erkrankten, die Mehrzahl nutzte die bestehenden Versorgungsstrukturen.

⁷⁹ Infolge von Verbesserungen für den niedergelassenen Bereich (z.B. bessere Versorgung mit Schutzausrüstung, Testmöglichkeit als Kassenleistung) nahm diese Versorgungsform ab Herbst 2020 zu.

⁸⁰ Die Infektordination war werktags geöffnet (am Wochenende und an Feiertagen übernahm das hausärztliche Notdienstzentrum der Stadt Salzburg die Versorgung). Das Land Salzburg finanzierte die Räume, die Österreichische Ärztekammer, die ÖGK und das ÖRK organisierten die Anmeldungen, den Betrieb und die Besetzung. Im Jahr 2021 wurde sie nicht weitergeführt.

- 33.2 Der RH anerkannte, dass für die medizinische Versorgung von COVID-19-Erkrankten im niedergelassenen Bereich neben der regulären Versorgung zusätzliche Möglichkeiten geschaffen wurden, z.B. telemedizinische Betreuung, COVID-Visitendienste und eine Infektordination in Salzburg. Er wies jedoch darauf hin, dass derartige Maßnahmen grundsätzlich das Einvernehmen mit dem jeweiligen Vertragspartner erforderten und eine gesetzliche Verpflichtung zur Leistungserbringung (z.B. zur telemedizinischen Versorgung) nicht bestand.

Der RH beurteilte auch die anlässlich der COVID-19-Pandemie von der ÖGK im März 2020 umgesetzten Maßnahmen (z.B. Telemedizin, kontaktlose Heilmittelverordnung, telefonische Krankmeldung) positiv, da sie unter Reduktion des Infektionsrisikos und trotz geltender Kontaktbeschränkungen zur Aufrechterhaltung der Regelversorgung im niedergelassenen Bereich und zu Innovationen in der Gesundheitsversorgung beitrugen.

Der RH wies jedoch darauf hin, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch keine umfassenden vertraglichen und technischen Vorgaben für einen Regelbetrieb dieser Maßnahmen vorlagen. Er begrüßte daher die von der ÖGK angestellten Überlegungen zur Überführung einzelner Maßnahmen in einen unbefristeten Regelbetrieb.

Der RH empfahl der ÖGK, die geplante Überführung von im Rahmen der Bewältigung der COVID-19-Pandemie erlassenen Maßnahmen in den Regelbetrieb fortzusetzen und dafür geeignete Rahmenbedingungen, insbesondere dauerhafte vertragliche und technische Regelungen, zu schaffen.

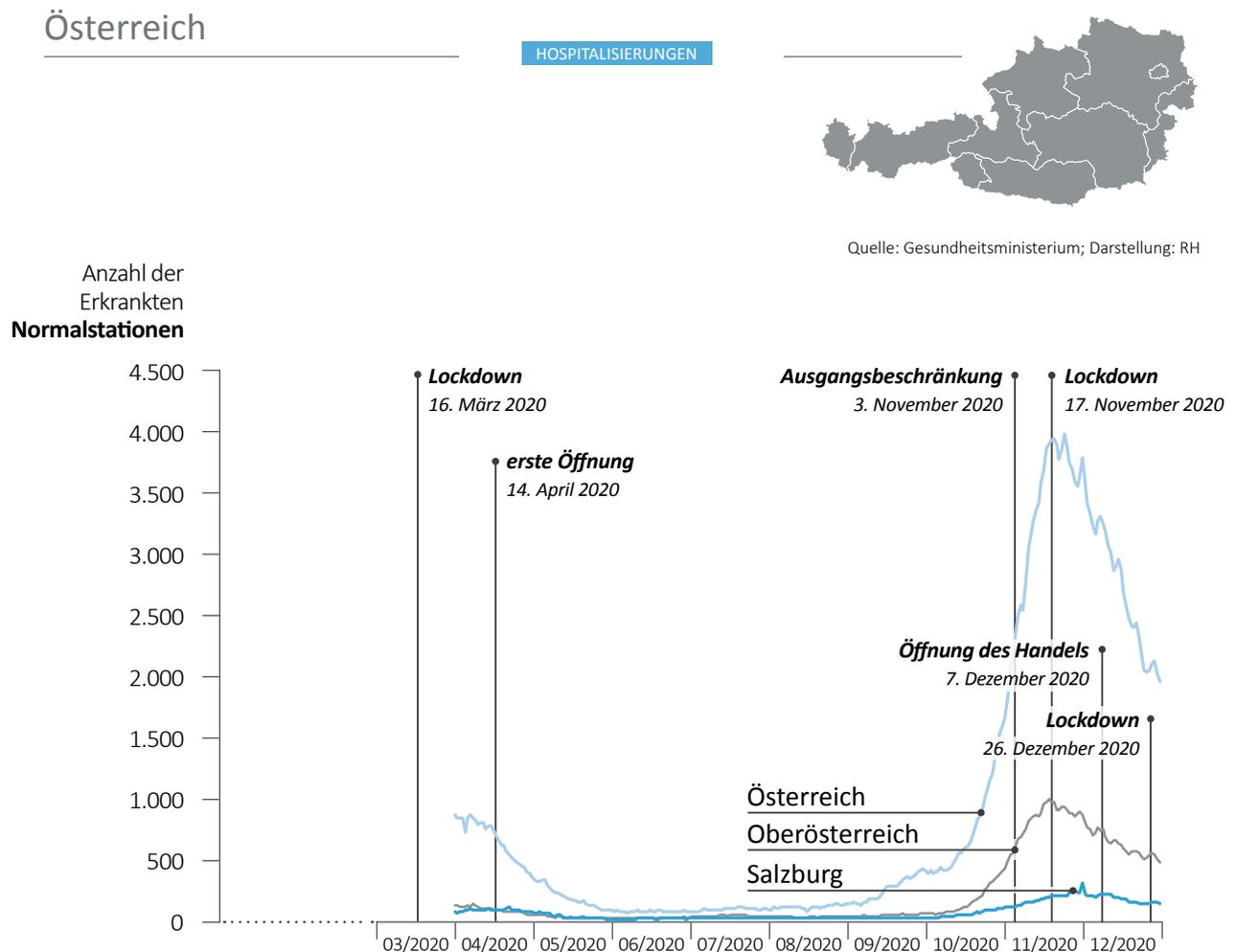
- 33.3 (1) Der Dachverband merkte in seiner Stellungnahme an, dass die Sozialversicherung generell die im Rahmen der Pandemie gesetzten Sondermaßnahmen laufend evaluieren. Bei Vorliegen eines entsprechenden Erfolgs würden unter Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen Schritte gesetzt, um Sondermaßnahmen in den Regelbetrieb zu übernehmen. Eine pauschale Übernahme sämtlicher Sondermaßnahmen ohne vorherige Evaluierung sei nicht zweckmäßig.

(2) Die ÖGK hielt fest, dass sie innerhalb ihrer Organisation bereits eine umfassende Prüfung der Zweckmäßigkeit einer (adaptierten) Fortführung oder Rückführung der einzelnen COVID-19-bedingten Sondermaßnahmen gestartet habe. Jedenfalls als sinnvoll erachte sie, die kontaktlose Medikamentenverordnung über die e-Medikation bis zum flächendeckenden Rollout des e-Rezepts weiterzuführen. Die rechtlichen Rahmenbedingungen seien noch zu schaffen. In ersten Bereichen gebe es bereits dauerhafte vertragliche und technische Regelungen (z.B. Telemedizin). Hinsichtlich weiterer Maßnahmen werde die ÖGK noch prüfen, ob eine Dauerlösung ökonomisch und organisatorisch sinnvoll sei (z.B. Aussetzen von Bewilligungspflichten).

Daten zur Versorgung von COVID-19-Erkrankten

34.1 (1) Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Anzahl COVID-19-Erkrankter auf Normalstationen in Österreich, Oberösterreich und Salzburg (zu den Auswirkungen auf die Regelversorgung siehe TZ 40 ff.):

Abbildung 16: Anzahl der COVID-19-Erkrankten auf Normalstationen in Österreich, Oberösterreich und Salzburg



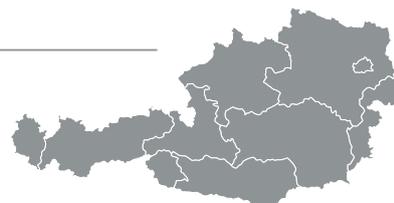
In der ersten Pandemiewelle war der österreichweite Höchststand am 7. April 2020 mit 857 hospitalisierten COVID-19-Erkrankten auf Normalstationen erreicht. Im Sommer 2020 befanden sich österreichweit weniger als 100 COVID-19-Erkrankte auf Normalstationen. In der zweiten Pandemiewelle belief sich der österreichweite Höchststand an hospitalisierten COVID-19-Erkrankten auf Normalstationen auf 3.985, in Oberösterreich am 18. November 2020 auf 982 und in Salzburg am 27. November 2020 auf 235.

(2) Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Anzahl COVID-19-Erkrankter auf Intensivstationen in Österreich, Oberösterreich und Salzburg:

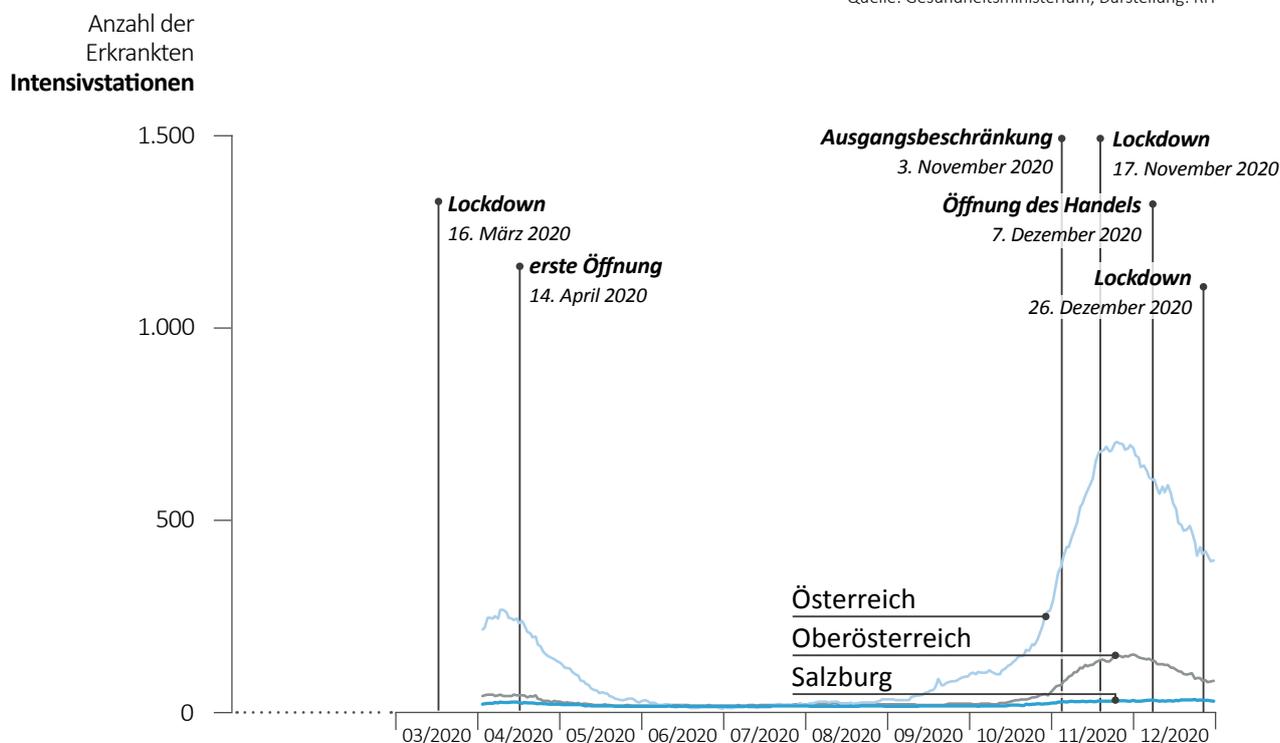
Abbildung 17: Anzahl der COVID-19-Erkrankten auf Intensivstationen in Österreich, Oberösterreich und Salzburg

Österreich

HOSPITALISIERUNGEN



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH



In der ersten Pandemiewelle war der österreichweite Höchststand am 8. April 2020 mit 267 COVID-19-Erkrankten auf Intensivstationen erreicht. Im Juli und August 2020 waren österreichweit weniger als 30 COVID-19-Erkrankte auf Intensivstationen. In der zweiten Pandemiewelle belief sich der am 26. November 2020 erreichte Höchststand an COVID-19-Erkrankten auf Intensivstationen österreichweit auf 714, in Oberösterreich am 1. Dezember 2020 auf 152 und in Salzburg am 23. Dezember 2020 auf 32.

(3) Im Jahr 2020 verbrachten im österreichweiten Durchschnitt COVID-19-Erkrankte 11,3 Tage auf Intensivstationen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer dieser Erkrankten war in der zweiten Pandemiewelle kürzer als in der ersten.⁸¹ Im Jahr 2020 waren 62 % der Erkrankten auf Intensivstationen älter als 65 Jahre, 13 % waren jünger als 50 Jahre. 75 % der von Intensivstationen entlassenen Patientinnen und Patienten verblieben anschließend mindestens sieben Tage auf Normalstationen (Stand Februar 2021).

Gemäß den Angaben der überprüften Krankenanstalten verursachte die Pflege von COVID-19-Erkrankten überdurchschnittlichen Aufwand. Gründe dafür waren insbesondere das hohe Alter der Erkrankten, das Tragen von Schutzausrüstung, der Einsatz von Beatmungstechniken und von Bediensteten außerhalb ihrer Stammabteilungen infolge von Personalausfällen. Nach Angaben der SALK hatte jedes geöffnete COVID-19-Bett die Schließung von zwei Betten im Nicht-COVID-19-Bereich zur Folge, wodurch sich die Gesamtzahl der verfügbaren Betten reduzierte.

(4) Im niedergelassenen Bereich war mangels verpflichtender standardisierter Diagnosecodierung und aufgrund der teilweise pauschalierten Honorierung (TZ 35) weder klar, wie viele COVID-19-Erkrankte behandelt, noch welche Leistungen für sie erbracht wurden (z.B. Medikation). Auch Daten zum Krankheitsverlauf (z.B. Erkrankungsdauer, Beschwerden) waren nicht bekannt. Für die Visitedienste gab es Aufzeichnungen zur Zahl der behandelten Personen; diese waren jedoch aufgrund von Pauschalierungen der Abrechnung nicht vollständig.

34.2 Der RH merkte kritisch an, dass im niedergelassenen Bereich – im Unterschied zum Krankenanstaltenbereich – insbesondere durch die teilweise pauschalierte Honorierung und durch das Fehlen der Diagnosecodierung kein Gesamtüberblick dafür vorlag, wie viele Personen wegen COVID-19 behandelt wurden, welche Leistungen diese erhielten und wie sich deren Gesundheitszustand entwickelte.

Der RH verwies dazu auf seine Empfehlungen in TZ 35 zur verpflichtenden Diagnosecodierung bzw. zur Ergebnisqualität.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, im Krisen- bzw. Katastrophenfall im Bereich öffentlicher Gesundheit eine detailliertere Erfassung von epidemiologisch relevanten Parametern sicherzustellen, z.B. Behandlungsbedarfe und erbrachte Leistungen, Krankheitsverläufe sowie etwaige Komplikationen.

⁸¹ Beispielsweise verkürzte sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Klinikum Wels-Grieskirchen von neun Tagen in der ersten Pandemiewelle auf 7,2 Tage in der zweiten Pandemiewelle.

- 34.3 Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, Parameter zur Erfassung epidemiologisch relevanter Daten während der gesamten COVID-19-Krise laufend evaluiert und den Bedarfen entsprechend adaptiert zu haben. Ziel sei es, die bereits bewährten Parameter zu institutionalisieren, wo nötig auszubauen und eine effiziente, qualitativ hochwertige und nachhaltige Datenerfassung und –übermittlung von epidemiologisch relevanten Informationen zu garantieren. Darüber hinaus bestünden im Rahmen neuer bzw. adaptierter EU-Verordnungen⁸² Bestrebungen, Indikatoren zur Erhebung von Gesundheitsdaten EU-weit zu harmonisieren, um die Kapazitäten des Gesundheitssystems überwachen zu können. Die Indikatoren und Parameter würden voraussichtlich nach Inkrafttreten der beiden EU-Verordnungen vorliegen und folglich auch Österreich als Grundlage dienen.

Verfügbare Daten zum allgemeinen Versorgungsgeschehen

- 35.1 (1) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung lagen zur Beurteilung des Versorgungsgeschehens im niedergelassenen Bereich insbesondere Heilmitteldaten (Anzahl der Verordnungen, Kosten, Informationen zur Verfügbarkeit), Abrechnungsdaten zu ärztlichen Leistungen (Krankenbehandlung und Vorsorgeuntersuchungen) und e-card-Daten vor. Verrechnungsunabhängige Daten zur Epidemiologie (z.B. Diabetes, Bluthochdruck) bzw. zum Ergebnis von Behandlungen waren überwiegend nicht verfügbar.

Standardisierte Diagnosecodierungen bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich fehlten – mit Ausnahme des Bereichs der Primärversorgungseinheiten – trotz einer langjährigen Empfehlung des RH⁸³ weiterhin. Dies erschwerte z.B. die Identifikation von Risikopatientinnen und –patienten oder die Analyse, wo und wie COVID-19-Erkrankte im niedergelassenen Bereich behandelt wurden (TZ 34).

Ärztliche Leistungen wurden mehrheitlich quartalsweise im Nachhinein abgerechnet, Heilmitteldaten monatlich. Teilweise waren die Daten zwar bereits zeitnah zur Leistung elektronisch erfasst (etwa in der Software der Ärztinnen und Ärzte oder in den Apotheken), die Qualitätssicherung und Übermittlung zur Abrechnung erfolgten jedoch zeitlich verzögert.

⁸² Verordnung zu schwerwiegenden grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren und zur Aufhebung des Beschlusses 1082/2013/EU; Verordnung zur Änderung der Verordnung (EG) 851/2004 zur Errichtung eines Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC)

⁸³ siehe dazu die RH-Berichte „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse“ (Reihe Bund 2008/2, TZ 6), „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3, TZ 7), „Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung“ (Reihe Bund 2019/8, TZ 6) und „Diabetes-Prävention und –Versorgung“ (Reihe Bund 2019/43, TZ 3)

(2) Die Krankenanstaltenträger hatten im stationären Bereich⁸⁴ als Grundlage für die Abrechnung neben administrativen Daten (z.B. Aufnahme- und Entlassungsdatum) insbesondere die Diagnosen sowie die erbrachten Leistungen nach einem vorgegebenen System zu dokumentieren. Die fondsfinanzierten Krankenanstalten hatten die Daten monatlich an den Landesgesundheitsfonds zu übermitteln, der die Daten überprüfte und in pseudonymisierter Form jeweils bis zum 31. Mai (Jahresbericht) und bis zum 30. September (Halbjahresbericht) dem Gesundheitsministerium übermittelte. Die pseudonymisierten Daten enthielten u.a. Angaben zu Krankenanstalt und entlassender Abteilung, Altersgruppe, Geschlecht und Staatsbürgerschaft der Patientin bzw. des Patienten, weiters das Aufnahmedatum, die Art der Aufnahme, das Entlassungsdatum, die Hauptdiagnose und allfällige zusätzliche Diagnosen, medizinische Leistungen, Verlegungen innerhalb der Krankenanstalt sowie die Anzahl der Punkte gemäß LKF-Modell. Für Intensivbehandlungen waren auch Maßzahlen zum Gesundheitszustand und zum Pflegeaufwand enthalten. Nach Ausbruch der COVID-19-Pandemie vereinbarte das Gesundheitsministerium mit den Landesgesundheitsfonds eine monatliche Übermittlung dieser Daten, die ab Anfang Mai 2020 auch umgesetzt wurde.

Das Gesundheitsministerium ergänzte weiters den Diagnoseschlüssel durch die von der WHO vorgegebenen Codes für COVID-19-Diagnosen. Es regelte in Ergänzung dazu im April 2020 die Erfassung von COVID-19-Haupt- und -Nebendiagnosen sowie von Verdachtsfällen.

(3) Für den spitalsambulanten Bereich bestanden seit 2017 bundeseinheitliche Regeln zur Erfassung von Leistungen und zur Abrechnung, die seit 1. Jänner 2019 verpflichtend anzuwenden waren. Die Erfassung von Diagnosen war nach diesem Modell verpflichtend für die zuvor auch im stationären Bereich erbrachten Behandlungen, insbesondere Chemo- und Strahlentherapien, sowie für die medikamentöse Therapie seltener Erkrankungen. Für COVID-19 bestand noch keine Verpflichtung zur Diagnosendokumentation. Aus Sicht des Gesundheitsministeriums wäre eine solche wünschenswert, um nachgelagerte Analysen zu ermöglichen.

Die Krankenanstalten hatten Daten zur ambulanten Dokumentation halbjährlich jeweils bis 31. August und bis 28. Februar an die Länder (Landesgesundheitsfonds) zu melden. Diese meldeten die Daten bis 30. September und 31. März an das Gesundheitsministerium. Dies galt auch während der COVID-19-Pandemie unverändert.

⁸⁴ gemäß dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen (BGBl. 745/1996 i.d.g.F.) und der Gesundheitsdokumentationsverordnung (BGBl. II 25/2017)

(4) Die folgende Tabelle stellt wesentliche Eckpunkte der verfügbaren Daten der drei Versorgungsbereiche gegenüber:

Tabelle 12: Verfügbare Daten zur Gesundheitsversorgung

Thema	niedergelassener Bereich	stationärer Bereich	spitalsambulanter Bereich
Diagnosen	nein (ausgenommen Primärversorgungseinheiten)	ja	teilweise
COVID–19–Diagnose	nein	ja	nein
Leistungen	im Rahmen der Leistungsverrechnung	im Rahmen der Diagnosen– und Leistungsdokumentation	im Rahmen der ambulanten Dokumentation
ursprüngliche Meldefrequenz	monatlich bzw. quartalsweise	halbjährlich	halbjährlich
Erhöhung Meldefrequenz während Pandemie	nein	ja	nein

Quellen: bezughabende Rechtsgrundlagen; Zusammenstellung: RH

(5) Die Daten zum stationären und ambulanten Bereich lagen den Landesgesundheitsfonds und in pseudonymisierter Form dem Gesundheitsministerium vor, jene zum niedergelassenen Bereich den Sozialversicherungsträgern. Verknüpfungen der pseudonymisierten Diagnosen– und Leistungsdokumentation des stationären Bereichs mit Daten aus dem niedergelassenen Bereich unterblieben mangels gesetzlicher Grundlage ebenso wie Verknüpfungen mit EMS–Daten zum Infektionsgeschehen.

(6) Grundsätzlich folgte die Logik der verfügbaren Daten dem Aufbau des österreichischen Gesundheitssystems, wonach die Patientinnen und Patienten eigenverantwortlich über die Leistungsanspruchnahme entschieden und Maßnahmen mit ihrer behandelnden Ärztin bzw. ihrem behandelnden Arzt absprachen. Grundlegende Informationen (z.B. Diagnosen und Behandlungsmaßnahmen und –ergebnisse) waren daher auch nur auf dieser Ebene dokumentiert. Eine Information und Intervention staatlicher Stellen oder der Krankenversicherungsträger waren grundsätzlich nur im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsplanung und im Rahmen der Abrechnung vorgesehen.

Eine Weiterentwicklung dieser Struktur unter Public–Health–Gesichtspunkten zur gezielten Verfolgung von Gesundheits– und Versorgungszielen war bereits in mehreren Planungszyklen der Zielsteuerung–Gesundheit Gegenstand von Verhandlungen. Erst in einzelnen Elementen (z.B. bei Disease Management Programmen) gingen die Information und Verantwortung staatlicher Stellen darüber hinaus. In einigen wesentlichen Bereichen, z.B. der Diagnosecodierung, waren die Einschränkungen

der Daten jedoch auf das Fehlen entsprechender Vereinbarungen und auf historisch gewachsene Lücken zurückzuführen.

- 35.2 (1) Der RH merkte zunächst an, dass sich die Datenlage zur Gesundheitsversorgung in Österreich einerseits durch die Zersplitterung zwischen niedergelassenem und stationärem Bereich, andererseits durch die weitgehende Beschränkung auf Abrechnungs- und Planungsdaten kennzeichnete. Dadurch war zwar der Autonomie der Patientinnen bzw. Patienten in Absprache mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ein hoher Stellenwert eingeräumt, das Monitoring der Erreichung von Gesundheitszielen oder die Beurteilung der Veränderung im Gesundheitszustand bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen war jedoch eingeschränkt.

Der RH wies kritisch darauf hin, dass aufgrund des Fokus auf die Abrechnungsdaten keine valide Antwort auf die Frage möglich war, ob es im Jahr 2020 aufgrund einer allfälligen Unterversorgung zu gesundheitlichen Folgeschäden kam ([TZ 45](#)).

Er verwies diesbezüglich auf seine Empfehlung in [TZ 21](#), auf die Schaffung rechtlicher und technischer Voraussetzungen für eine Verknüpfung der pseudonymisierten Diagnosen- und Leistungsdokumentation mit anderen pseudonymisierten Gesundheitsdaten hinzuwirken.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Dachverband und der ÖGK, die Struktur der im Gesundheitswesen verfügbaren Daten so weiterzuentwickeln, dass nicht nur korrekte Abrechnungen, sondern unter Berücksichtigung epidemiologischer Daten sowie von Daten zur Ergebnisqualität der Behandlungen auch eine Beurteilung versorgungspolitischer Zielsetzungen unter Public-Health-Gesichtspunkten möglich werden.

(2) Der RH beurteilte die monatliche statt halbjährliche Meldung der vorläufigen Diagnosen- und Leistungsdaten für den stationären Bereich ab Mai 2020 als zweckmäßig. Dies ermöglichte raschere Auswertungen des Leistungsgeschehens (z.B. zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Krankenanstalten und zur Altersstruktur der Erkrankten). Er sah jedoch kritisch, dass die Dokumentation zur ambulanten Versorgung weiterhin nur halbjährlich übermittelt wurde und Diagnosen nur teilweise zu dokumentieren waren bzw. insbesondere die Dokumentation von COVID-19-Diagnosen nicht vorgeschrieben war.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, eine möglichst zeitnahe, jedenfalls aber monatliche Übermittlung von vorläufigen Diagnosen- und Leistungsdaten für den stationären Bereich dauerhaft zu regeln und auf ambulante Leistungen auszuweiten. Die ambulante Diagnosendokumentation wäre auf alle Diagnosen auszuweiten.

(3) Der RH kritisierte, dass entgegen seiner langjährigen Empfehlung verpflichtende standardisierte Diagnosecodierungen im niedergelassenen Bereich weiterhin fehlten.

Er empfahl daher dem Gesundheitsministerium, dem Dachverband und der ÖGK, verpflichtende standardisierte Diagnosecodierungen im niedergelassenen Bereich vorzusehen.

35.3 (1) (a) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums erkenne es die Notwendigkeit, dass Dokumentationen im Gesundheitswesen nicht nur der Abrechnung, sondern auch als Datengrundlage für weitere relevante gesundheitspolitische Aufgaben dienen sollten. Schon derzeit seien die Diagnosen- und Leistungsdaten nach dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen (in der Folge: **Gesundheitsdokumentationsgesetz**)⁸⁵ nicht nur auf die Abrechnung, sondern auch auf andere Zwecke, z.B. Planung, Steuerung und Qualitätssicherung, ausgerichtet.

(b) Die empfohlene monatliche Übermittlung von Diagnosen- und Leistungsdaten begrüße das Gesundheitsministerium. Eine Ausweitung auf den ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, selbstständige Ambulatorien, niedergelassener Bereich) sowie die Einrichtung einer dauerhaften zeitnahen Meldung von stationären und ambulanten Daten wären zweckmäßig. Da dies jedoch einen nicht unbeträchtlichen Aufwand für die Krankenanstalten, die Landesgesundheitsfonds, die Sozialversicherung und das Gesundheitsministerium bedeute, müssten die Datenerfassung sowie die Datenübermittlungsschienen neu konzipiert werden.

Eine verpflichtende Codierung für alle Diagnosen im spitalsambulanten Bereich sollte nach Ansicht des Gesundheitsministeriums gemeinsam mit der Einführung einer sektorenübergreifenden codierten Diagnosendokumentation im gesamten ambulanten Bereich umgesetzt werden.

(c) Zur empfohlenen standardisierten Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich führte das Gesundheitsministerium aus, dass alle Zielsteuerungspartner die Einführung der sektorenübergreifenden codierten Diagnosendokumentation im gesamten ambulanten Bereich, wie im Zielsteuerungsvertrag vereinbart, als unverzichtbar ansehen und bereits seit vielen Jahren angestrengt verfolgen würden. Bedingt durch die COVID-19-Pandemie hätten die Arbeiten zurückgestellt werden müssen und würden, sobald es die Situation erlaube und ausreichende personelle Ressourcen dauerhaft verfügbar seien, wieder aufgenommen. Gerade die COVID-19-Pandemie habe gezeigt, wie notwendig entsprechendes Wissen über die aktuellen Krankheitsbilder und über die Versorgung der Bevölkerung auch während dieser Pandemie sei.

⁸⁵ BGBl. 745/1996 i.d.g.F.

(2) (a) Der Dachverband hielt in seiner Stellungnahme fest, die Weiterentwicklung von strukturierten Gesundheitsdaten unter Berücksichtigung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Regelungen zu befürworten. Seitens der Sozialversicherung bestünden diesbezüglich schon etliche trägerübergreifende Data Warehouse-Anwendungen (z.B. BIG – Business Intelligence Modell als Instrument der Träger für die Tätigkeit in den Gesundheitsplattformen, FOKO – eine Gesamtkostenrechnung ärztlicher Tätigkeit), die eine gute Ausgangsbasis seien. Die Verarbeitung von Daten in der Verwaltung und damit auch in der Sozialversicherung setze grundsätzlich eine gesetzliche Grundlage voraus. Im Sinne der Datenminimierung sei die Verarbeitung dabei auf das notwendige Ausmaß zu beschränken. Das gelte insbesondere für die Verarbeitung von sensiblen (Gesundheits-)Daten. Beispielsweise sei die flächendeckende Erhebung der angesprochenen Daten zur Ergebnisqualität von Behandlungen für die Organisation der Leistungserbringung und die Abrechnung der Leistungen grundsätzlich nicht erforderlich und bedürfe daher einer besonderen Rechtfertigung. Die Sozialversicherung befürworte die Schaffung klarer rechtlicher Grundlagen und stehe für Gespräche zur Umsetzung jederzeit zur Verfügung.

(b) Der Dachverband befürworte eine verpflichtende, standardisierte Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich. Deren Einführung sei eine langjährige Forderung der Sozialversicherung. Versuche, diese über den Verhandlungsweg mit der Österreichischen Ärztekammer zu vereinbaren, seien jedoch bisher gescheitert. Es sei zudem darauf hinzuweisen, dass die bloße Verankerung so einer Verpflichtung in den Gesamtverträgen nur die Vertragsärzte binde. Um alle Ärztinnen und Ärzte zu erreichen, brauche es eine gesetzliche Verpflichtung. Diese könne dem Vorhaben neuen Antrieb geben. Das zeige z.B. § 342b Abs. 3 dritter Satz Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, wonach Art und Umfang der Abrechnung der Tätigkeit von Primärversorgungseinheiten auf Grundlage einer einheitlichen elektronischen Diagnosen- und Leistungsdokumentation zu vereinbaren seien. Ein diagnosebezogenes Gesamtbild könne sich nur unter Einbeziehung des ambulanten Bereichs in eine verpflichtende, standardisierte Diagnosecodierung ergeben. Die fehlende Verpflichtung zu standardisierten Diagnosecodierungen im niedergelassenen Bereich mache eine verlässliche Auswertung Pandemie-assoziiierter Parameter, medizinischer Entwicklungen und allfälliger (veränderter) Bedarfsplanungen unmöglich. Der Dachverband habe daher die Berücksichtigung des Gesundheitsqualitätsgesetzes sowie des Gesundheitsdokumentationsgesetzes bei der Umsetzung dieser Empfehlung angeregt.

(3) (a) Laut Stellungnahme der ÖGK sei eine Weiterentwicklung der verfügbaren Daten zu einer Dokumentation der Ergebnisqualität nur langfristig umsetzbar. Ein erster Schritt sei die Einführung einer verpflichtenden Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich. Beim österreichweiten Primärversorgungsgesamtvertrag sei nunmehr eine verpflichtende Übermittlung der Diagnosen nach dem ICPC-2-

Modell⁸⁶ vorgesehen. Weitere Daten (z.B. zur Messung der Ergebnisqualität) wären in einem nächsten Schritt wünschenswert.

Das Thema solle jedenfalls im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit auf Bundesebene besprochen werden. Bei einer Umsetzung sollte das Gesundheitsdokumentationsgesetz berücksichtigt werden.

(b) Die verpflichtende standardisierte Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich sei ein langjähriger Wunsch der Sozialversicherung, der bisher jedoch am Widerstand der Ärztekammern gescheitert sei. Insofern erscheine eine Umsetzung im Rahmen einer Gesetzesänderung möglich. Es sei wünschenswert, dass eine Diagnosecodierung nicht nur im Bereich der Abrechnungen, sondern auch im Zusammenhang mit elektronischen Krankmeldungen verpflichtend übermittelt würde. Damit könnten spezifischere Auswertungen, z.B. zu den gesundheitlichen Folgen von COVID-19, erstellt werden.

Die verpflichtende standardisierte Diagnosedokumentation sollte sich am Gesundheitsdokumentationsgesetz orientieren. Dieses enthalte auch bereits einen Abschnitt über Diagnosecodierung im ambulanten Bereich. Als Geltungsbereich seien dort Spitalsambulanzen, der niedergelassene Bereich und selbstständige Ambulatorien angeführt. Dass die Regelungen nicht nur für Ärztinnen und Ärzte, sondern auch für andere Behandler (z.B. Institute) gelten, sei aus folgenden Gründen wichtig:

- Gäbe es keine allgemeine Verpflichtung zur Diagnosecodierung, könnte es dazu kommen, dass nicht umfasste Bereiche entweder keine oder inkompatible Diagnoseerfassungssysteme einführen, die in der Folge mit hohem Umbauaufwand wieder zusammengeführt werden müssten.
- Sonderregeln, die sich z.B. nur im Ärztegesetz oder im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz befinden, würden auch nur für eingeschränkte Personenkreise gelten und würden keine einheitliche Diagnosedokumentation gewährleisten.
- Die Diagnosedokumentation dürfe nicht an das Bestehen eines Vertrags mit einem Sozialversicherungsträger gekoppelt sein, weil dessen Kündigung oder Auslaufen auch die Dokumentationspflicht beenden würde.
- Patientinnen und Patienten hätten das Recht, ihre Daten in möglichst verständlicher Weise zu erhalten (wie z.B. im ELGA, aber auch Erwägungsgrund 63 und Art. 12 Abs. 1 der Datenschutz-Grundverordnung).

Wichtig sei, eine allgemeine Regel zu schaffen, z.B. durch den Ausbau des Gesundheitsdokumentationsgesetzes (§§ 6 ff.).

⁸⁶ ICPC = International Classification of Primary Care

- 35.4 Der RH erwiderte dem Dachverband, dass er ein Monitoring der Ergebnisqualität für erforderlich hielt, um eine zielgerichtete Organisation der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu ermöglichen. Welche Daten dafür notwendig sind und welche Stellen diese erheben, speichern und auswerten sollten, wäre im Zuge der empfohlenen Weiterentwicklung zu diskutieren und in den erforderlichen Rechtsvorschriften zu verankern.

Monitoring der Regelversorgung

- 36.1 (1) Das Gesundheitsministerium wertete die monatlichen vorläufigen Leistungsdaten der fondsfinanzierten Krankenanstalten mit Unterstützung der GÖG für verschiedene Leistungsbereiche (COVID-19 und Nicht-COVID-19) aus. Die GÖG erstellte laufend kurzfristige Auswertungen zu COVID-19-Erkrankten (u.a. zu den Vorerkrankungen, zur Verweildauer, zur Letalität und zur Hospitalisierungswahrscheinlichkeit). Das COVID-Prognose-Konsortium verwendete die Daten für Prognoserechnungen zur Belegung von Spitalsbetten.

Im Oktober 2020 wertete die GÖG die Versorgung in fondsfinanzierten Krankenanstalten während der COVID-19-Pandemie aus und veröffentlichte im August 2020 im Auftrag des Gesundheitsministeriums eine Studie über die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche; im März 2021 aktualisierte sie die Studie.⁸⁷

Weiters erstellte die GÖG im Jänner 2021 ein regelmäßig aktualisiertes Factsheet zur Intensivpflege von COVID-19-Erkrankten.

Das Gesundheitsministerium erörterte überdies Leistungsdaten aus medizinisch kritischen Leistungsbereichen im Juli und im September 2020 in einer Steuerungsgruppe zur Qualitätsmessung.

(2) Im Unterschied dazu beauftragte das Gesundheitsministerium für den niedergelassenen Bereich keine entsprechenden Auswertungen oder Studien. Ein systematisches Monitoring der Regelversorgung unterblieb. Das Gesundheitsministerium verwies auf die Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit, in denen die Regelversorgung und die Lockdown-Auswirkungen sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich thematisiert würden. So präsentierte die ÖGK im November 2020 in der Arbeitsgruppe Gesundheitsplanung der Bundes-Zielsteuerungskommission eine Analyse zur Versorgungswirksamkeit des niedergelassenen Bereichs im ersten

⁸⁷ Eglau, Erste Analyse der Auswirkungen des Lockdowns während der COVID-19 Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche. Rapid Analysis. Gesundheit Österreich (2020; Aktualisierung März 2021)

Halbjahr 2020 im Vergleich zum ersten Halbjahr 2019.⁸⁸ Eine weitere Befassung, spezifische Maßnahmen oder Empfehlungen zur Regelversorgung im Jahr 2020 durch ein Gremium der Zielsteuerung–Gesundheit, wie etwa durch die Bundes–Zielsteuerungskommission, stellte der RH nicht fest. Die Zielsteuerungsgremien waren grundsätzlich mit mittelfristigen Planungsmaßnahmen und der Optimierung der Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen und dem stationären Bereich befasst, aber nicht mit kurzfristigen Steuerungsmaßnahmen.

(3) Die ÖGK wertete im Laufe der COVID-19-Pandemie regelmäßig die Entwicklung der e-card-Konsultationen aus, um die Regelversorgung im niedergelassenen Bereich zu beobachten. Diese Auswertungen dienten im Wesentlichen der internen Information des Managements und wurden nicht systematisch an das Gesundheitsministerium weitergeleitet oder veröffentlicht.

Während des ersten Lockdowns erstellte die ÖGK regelmäßig (zunächst täglich, später wöchentlich) Monitoringberichte über die Entwicklung von Patientenkontakten und von geöffneten Ordinationen.⁸⁹ In weiterer Folge erarbeitete sie ein „Leistungscockpit“, mit dem sie die Entwicklung in den Ländern beobachtete. Während des ersten Lockdowns erstattete die ÖGK auch einen wöchentlichen Bericht an den Verwaltungsrat. Während des zweiten Lockdowns erstellte sie insgesamt drei Monitoringberichte. Dabei zeigten sich teilweise erhebliche Abweichungen in der Inanspruchnahme der Regelversorgung im Vergleich zu den Vorjahren, z.B. ging sie im April 2020 um 40 % zurück. Die Abweichungen waren nach Altersgruppe, Fachrichtung und Region unterschiedlich ausgeprägt (TZ 37).

Auf Basis der im Rahmen des Monitorings erhobenen Daten setzte die ÖGK einzelne, regionale Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Regelversorgung, etwa betreffend die zahnärztliche Notversorgung in der Stadt Salzburg oder die allgemeinmedizinische Versorgung im Bezirk Landeck. Die ÖGK wies auch auf die Einrichtung von Visitediensten bzw. die Zulassung von telemedizinischen Leistungen hin. Österreichweite zielgruppenspezifische Maßnahmen als Reaktion auf die aus den Monitoringberichten gewonnenen Informationen (z.B. zur Versorgung chronisch Kranker oder zur Aufholung von unterbliebenen Vorsorgeuntersuchungen) setzte die ÖGK nicht.

⁸⁸ Diese Präsentation entsprach einer Kurzfassung der von der ÖGK im Rahmen der Gebarungsüberprüfung für den RH erstellten Analyse zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich während der Pandemie.

⁸⁹ Die ÖGK wertete eine Ordination an einem bestimmten Tag dann als „geöffnet“, wenn in dieser am betreffenden Tag zumindest eine e-card-Konsultation stattfand.

Auch der Dachverband führte während des ersten Lockdowns ein Monitoring der Regelversorgung im niedergelassenen Bereich durch. Sein Fokus lag dabei neben der Entwicklung der e-card-Konsultationen⁹⁰ insbesondere auf der Entwicklung der Heilmittel, z.B. hinsichtlich der Kosten und der Verordnungsanzahl insgesamt bzw. je Wirkstoffgruppe oder je nach Genehmigungspflicht. Er stellte die Auswertungen den Krankenversicherungsträgern zur Verfügung, leitete sie aber nicht systematisch an das Gesundheitsministerium weiter.

- 36.2 Der RH beurteilte positiv, dass das Gesundheitsministerium die Entwicklung im Krankenanstaltenbereich regelmäßig auswertete bzw. solche Auswertungen veranlasste. Er kritisierte jedoch, dass das Gesundheitsministerium kein systematisches Monitoring der Versorgung im niedergelassenen Bereich durchführte und auch keine Aufträge für entsprechende Auswertungen und Analysen erteilte. Dies, obwohl im April 2020 die e-card-Konsultationen gegenüber April 2019 um 40 % zurückgegangen waren, wesentliche Prozesse verändert wurden (z.B. Telemedizin, telefonische Krankmeldung) und die Auswirkungen dieser Entwicklungen unklar waren.

Weiters merkte der RH kritisch an, dass die von der ÖGK und vom Dachverband erstellten Berichte nicht systematisch an das Gesundheitsministerium weitergeleitet und dort analysiert wurden, was eine übergreifende Koordinierung von Maßnahmen der Gesundheitsbehörden, der Krankenanstalten und des niedergelassenen Bereichs erschwerte. Die Präsentation der ÖGK in einem Gremium der Zielsteuerung-Gesundheit im November 2020 erachtete der RH in diesem Zusammenhang weder als zeitnah noch als für ein systematisches Monitoring ausreichend.

Er empfahl daher dem Gesundheitsministerium, dem Dachverband und der ÖGK, eine klare Zuständigkeit und einen klaren Prozess zum Monitoring und zur Steuerung der Regelversorgung im niedergelassenen Bereich zu definieren, um daraus zeitnahe Handlungsempfehlungen ableiten zu können.

- 36.3 (1) Das Gesundheitsministerium verwies in seiner Stellungnahme auf die Zuständigkeit der Sozialversicherung im Rahmen der Selbstverwaltung und auf die verfassungsmäßig festgelegten Zuständigkeiten. Darüber hinaus erkenne es Verbesserungsbedarf und verfolge eine engere Vernetzung im Sinne eines stärkeren Austauschs zwischen Bund, Ländern und Stakeholdern zu einem strukturierteren Monitoring.

⁹⁰ Eine e-card-Konsultation ist die Inanspruchnahme eines Vertragsarztes bzw. einer Vertragsärztin, einer Vertragsgruppenpraxis, einer eigenen Einrichtung der ÖGK sowie von Vertragseinrichtungen (Institut bzw. Ambulatorium) im Rahmen des e-card-Systems. In die Auswertung gingen Erst- und Folgekonsultationen ein.

(2) Der Dachverband verwies in seiner Stellungnahme auf Monitoring-Berichte im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit. Darüber hinaus teilte er mit, dass im niedergelassenen Bereich der zuständige Krankenversicherungsträger die Regelversorgung überwache und steuere. Zudem beschreibe der Dachverband das Gesundheitssystem im Rahmen seiner Statistiken.

(3) Die ÖGK sah in ihrer Stellungnahme einen klaren Bedarf an verlässlichen Daten. Die Zuständigkeit zum Monitoring im niedergelassenen Bereich sollte bei ihr liegen, da sie über das dafür notwendige Wissen zu vertraglichen Grundlagen und Daten verfüge. Eine gesetzliche Verankerung (z.B. im Rahmen des § 32h Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) sei wünschenswert. Sie arbeite bereits im Rahmen des Projekts „Versorgungsmonitoring und Analyse“ an der Entwicklung eines geeigneten Monitoringinstruments. Die ÖGK wolle dieses Projekt im 2. Quartal 2022 in den Regelbetrieb überführen.

Entwicklung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen

Entwicklung der e-card-Konsultationen

- 37.1 (1) Die Entwicklung der e-card-Konsultationen stellte einen Indikator dar, um die Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen im niedergelassenen Bereich basierend auf Krankenversicherungsdaten zu beurteilen.

Im niedergelassenen Bereich ging die Gesamtzahl der kurativen e-card-Konsultationen über alle Fachgebiete betrachtet während des ersten Lockdowns im Jahr 2020 deutlich zurück und betrug zwischen 16. März und 14. April etwa die Hälfte der Vorjahreswerte. Von Kalenderwoche 12 bis 21 (16. März bis 24. Mai) war die Anzahl der kurativen e-card-Konsultationen gegenüber dem Vorjahr um 6,38 Mio. geringer (12,73 Mio. statt 19,11 Mio.). Im gesamten Jahr 2020 lag die Zahl der kurativen e-card-Konsultationen um 6,55 Mio. unter dem Wert des Vorjahres (89,20 Mio. gegenüber 95,75 Mio.). Bezogen auf das erste Halbjahr 2020 betrug der Rückgang 11 %. Im zweiten Halbjahr war der Rückgang mit 2,4 % geringer, sodass sich für das ganze Jahr ein Rückgang von 6,8 % ergab (jeweils im Vergleich zum Vorjahr).

Die folgende Abbildung stellt die Entwicklung der wöchentlichen kurativen e-card-Konsultationen im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr dar:

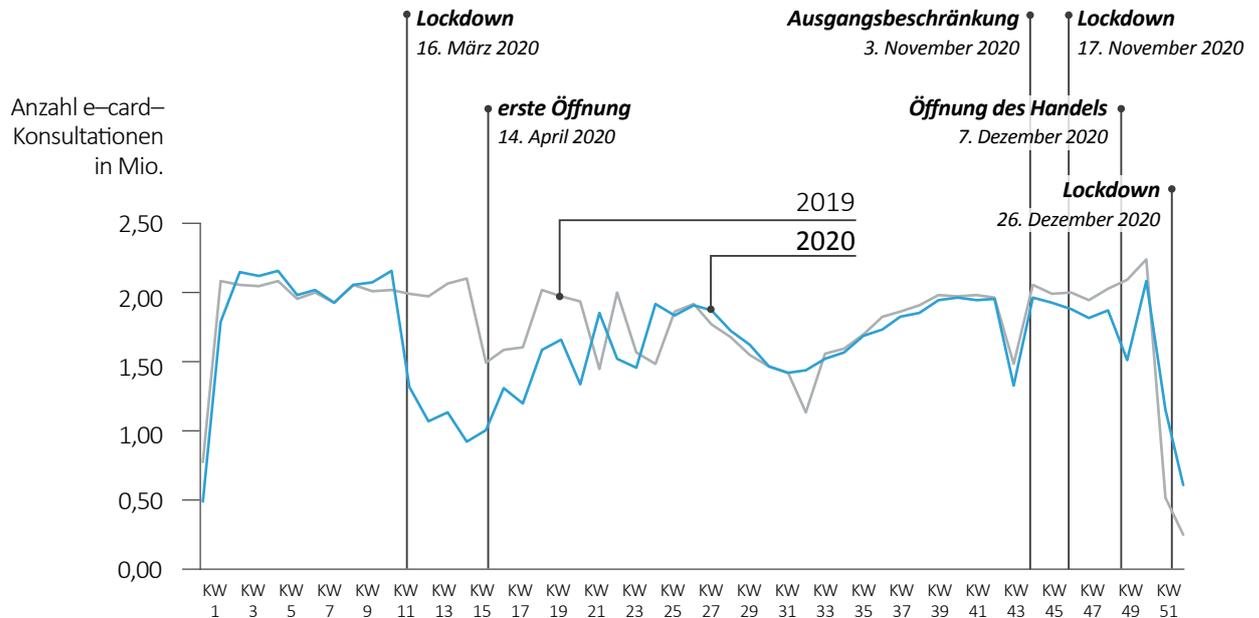
Abbildung 18: Wöchentliche kurative e-card-Konsultationen 2020 im Vergleich zum Vorjahr

Österreich

E-CARD-KONSULTATIONEN



Quelle: ÖGK; Darstellung: RH



Nach dem starken Einbruch während des ersten Lockdowns stiegen die e-card-Konsultationen ab Mitte April (mit Beginn der Lockerungen) wieder an. Ab Ende Mai war das Vorjahresniveau wieder fast erreicht. Im zweiten Halbjahr 2020 war der Rückgang geringer: Die Zahl der e-card-Konsultationen sank ab Beginn der Ausgangsbeschränkungen (3. November) bis zur Verschärfung des zweiten Lockdowns (16. November) um 3 % im Vergleich zum Vorjahr, danach (ab 17. November) bis zum Ende dieses Lockdowns (6. Dezember) um 7,5 %. Nach dem zweiten Lockdown bis zum Beginn des dritten Lockdowns (26. Dezember) lagen die e-card-

Konsultationen mit -1,6 % nur leicht unter dem Vorjahresniveau.⁹¹ Zwischen Mitte März und Mitte April 2020 fielen 10 % bis 20 % der Vorsorgeuntersuchungen des Vorjahres an. Insgesamt lag die Zahl der Vorsorgeuntersuchungen im ersten Halbjahr um rd. 134.000 unter dem Vorjahreswert (19 %). Im zweiten Halbjahr war die Zahl im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert (-0,15 %), so dass sich insgesamt im Jahr 2020 ein Rückgang von 10 % ergab.

(2) Im Ländervergleich zeigte sich ein Ost-West-Gefälle. So lag der Rückgang der kurativen e-card-Konsultationen im niedergelassenen Bereich im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr in einer Bandbreite von 9,5 % im Burgenland bzw. 9 % in Wien und 2,8 % in Tirol:

Tabelle 13: Rückgang der kurativen e-card-Konsultationen nach Ländern im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019

Land	Rückgang in %
Burgenland	-9,5
Kärnten	-6,1
Niederösterreich	-8,1
Oberösterreich	-8,4
Salzburg	-3,7
Steiermark	-3,8
Tirol	-2,8
Vorarlberg	-4,2
Wien	-9,0
Österreich	-6,8

Quelle: ÖGK

Eine konkrete Begründung für diese Unterschiede konnte die ÖGK dem RH nicht nennen. Sie verwies auf Faktoren wie das Pandemiegeschehen, das Grippegeschehen im Vorjahr, den Großstadteffekt, eine regional unterschiedliche Ärztedichte, den Rückgang bestimmter Erkrankungen (z.B. Atemwegserkrankungen), Kontaktreduktionen und eine verringerte Mobilität.

⁹¹ In der monatlichen Darstellung konnte eine unterschiedliche Anzahl an Arbeitstagen pro Monat im Vergleich zum Vorjahr die Werte beeinflussen. Dies betraf die Monate Mai, Juni und Oktober: Mai 2020: 20 Arbeitstage, 2019: 22 Arbeitstage; Juni 2020: 21 Arbeitstage, 2019: 19 Arbeitstage; Oktober 2020: 21 Arbeitstage, 2019: 23 Arbeitstage. Auch die erstmals im Jahr 2020 bundesweit einheitlichen Herbstferien (von 27. bis 30. Oktober 2020) konnten den Vergleich beeinflussen.

(3) Der Rückgang aller e-card-Konsultationen (kurative und Vorsorgeleistungen) betrug im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr 6,9 %⁹² und war je nach Fachgruppe bzw. Fachgebiet stark unterschiedlich, wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 14: Entwicklung der e-card-Konsultationen nach Fachgruppen im Jahr 2020 im Vergleich zum Jahr 2019

Fachgruppe	Jänner	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Dezember	Summe
	in %												
Allgemeinmedizin	0,9	0,6	-3,0	-28,0	-17,5	6,2	-2,7	0,7	1,4	-9,1	2,8	-5,5	-4,7
Allgemeine Fachärztinnen bzw. Fachärzte	-1,0	0,4	-23,8	-42,6	-18,5	12,8	-0,4	4,0	2,2	-13,6	-1,6	-5,0	-8,1
davon													
<i>Augenheilkunde</i>	-1,2	-0,6	-32,2	-52,2	-18,0	14,8	-3,3	2,8	-0,7	-16,7	-5,9	-9,2	-11,0
<i>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</i>	-3,3	-1,4	-23,1	-35,3	-14,5	15,3	0,6	5,7	2,6	-10,6	5,8	0,2	-5,6
<i>Innere Medizin</i>	-1,3	2,7	-14,5	-38,9	-11,2	16,5	3,3	5,2	5,1	-10,5	5,7	2,6	-3,7
<i>Kinder- und Jugendheilkunde</i>	1,6	-2,3	-19,4	-37,1	-25,5	-1,2	-5,9	1,6	-2,5	-19,8	-11,5	-19,0	-12,3
<i>Orthopädie</i>	-0,3	4,3	-37,4	-56,9	-22,9	15,2	6,3	5,6	3,1	-13,1	-4,5	-3,7	-9,8
Technische Fachärztinnen bzw. Fachärzte	0,8	2,3	-40,0	-59,5	-20,4	25,2	7,6	7,1	6,2	-11,7	-4,7	1,1	-8,6
Zahnmedizin (inklusive Ambulatorien)	-1,7	0,1	-40,2	-61,9	-27,4	13,7	1,3	4,2	2,9	-13,9	-5,0	-5,3	-12,1
Summe	0,2	0,7	-15,5	-38,7	-20,2	9,2	-1,2	2,2	2,1	-10,9	0,1	-4,9	-6,9

Quelle: ÖGK

Am geringsten war der Rückgang der e-card-Konsultationen in der Allgemeinmedizin. Sie gingen während des ersten Lockdowns im März 2020 um 3 % bzw. im April 2020 um 28 % zurück. Bei den Allgemeinen Fachärztinnen bzw. Fachärzten lag der Rückgang bei rd. 24 % im März bzw. rd. 43 % im April. Am stärksten sanken die Konsultationen bei den Technischen Fächern und in der Zahnmedizin mit jeweils rd. 40 % im März und rd. 60 % bzw. rd. 62 % im April. Ab Juni zeigte sich ein Nachholeffekt; die Inanspruchnahme lag deutlich über den Vorjahreswerten, bei den Technischen Fächern um bis zu rd. 25 %. Bis Ende September gab es bei den meisten Fachgruppen einen Zuwachs im Vergleich zum Vorjahr. Im Oktober gingen die Konsultationen wieder stark zurück: rd. 9 % bei der Allgemeinmedizin und rd. 14 % bei den Allgemeinen Fachärztinnen bzw. Fachärzten bzw. bei der Zahnmedizin. Während die Allgemeinmedizin im November einen Zuwachs (rd. 3 %)

⁹² und damit nahezu identisch mit dem 6,8 %igen Rückgang der kurativen e-card-Konsultationen

verzeichnete, gab es bei den anderen Fachgebieten überwiegend einen Rückgang.⁹³ Im Dezember lag der Rückgang sowohl in der Allgemein- als auch in der Zahnmedizin bei rd. 5 %, nur die Technischen Fachärztinnen bzw. Fachärzte wiesen einen Anstieg von rd. 1 % auf. Von den ausgewählten allgemeinen Fachgruppen sanken die e-card-Konsultationen bei den Fachärztinnen bzw. Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde im gesamten Jahr 2020 mit rd. 12 % am stärksten.⁹⁴

(4) Auch nach Patientengruppen betrachtet war der Rückgang an e-card-Konsultationen (kurative und Vorsorgeleistungen) im Vergleich zum Vorjahr unterschiedlich: Am stärksten war er bei den Kindern (von 0 bis 14 Jahren) mit 18 %, am geringsten bei den Über-65-Jährigen mit 4 %. Bei den Erwachsenen lag er bei 7 %.

- 37.2 Der RH hielt fest, dass der Rückgang an e-card-Konsultationen im ersten Lockdown erheblich und im zweiten Lockdown deutlich geringer als im ersten Lockdown ausfiel. Es gab jedoch größere Unterschiede nach Fachgruppen (wobei die Allgemeinmedizin den geringsten Rückgang aufwies) und nach Patientengruppen. So sank die Anzahl der e-card-Konsultationen bei den Über-65-Jährigen am wenigsten, bei den Kindern am stärksten. Regional betrachtet gingen die e-card-Konsultationen in den westlichen Bundesländern weniger stark zurück als in den östlichen.

Der RH wies darauf hin, dass auf Basis der e-card-Konsultationen eine abschließende Aussage darüber, ob die Bevölkerung ausreichend versorgt war, nicht möglich war.

Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte

- 38.1 (1) Die ÖGK hatte keine umfassenden Informationen zur Anzahl der geöffneten Ordinationen. Der RH wählte daher – als Indikator für die Erreichbarkeit – jeweils zwei Stichtage⁹⁵ im ersten und zweiten Lockdown, für welche die ÖGK die Anzahl jener Vertragspartnerinnen bzw. -partner (je Fachgruppe) ermittelte, die mindestens drei e-card-Konsultationen je Stichtag aufwiesen. Zum Vergleich ermittelte die ÖGK diese Zahlen auch für je vier Stichtage im Jahr 2019.

⁹³ Einen konkreten Grund für den Rückgang bei den Fachärztinnen bzw. -ärzten für Kinder- und Jugendheilkunde konnte die ÖGK dem RH nicht nennen. Sie ging vielmehr auch hier von einer Multikausalität aus.

⁹⁴ Sie verzeichneten im Jahr 2020 in jedem einzelnen Monat außer im Jänner und im August einen Rückgang.

⁹⁵ Diese Stichtage waren der dritte Dienstag im März (19. März 2019 bzw. 17. März 2020), der erste Donnerstag im April (4. April 2019 bzw. 2. April 2020), der dritte Dienstag im November (19. November 2019 bzw. 17. November 2020) sowie der erste Donnerstag im Dezember (5. Dezember 2019 bzw. 3. Dezember 2020). Neben pandemiebedingten Schließungen konnten auch Änderungen von Öffnungszeiten oder der Planstellen zwischen 2019 und 2020 eine gewisse Veränderung bewirken. Als Fachgruppe wählte der RH jene fünf allgemeinen Fachgebiete aus, die im April 2019 den höchsten Anteil an den gesamten e-card-Konsultationen aufwiesen.

Die folgende Tabelle zeigt für Oberösterreich und für Salzburg die daraus resultierenden Unterschiede in der Erreichbarkeit der ärztlichen Versorgung im Jahr 2020 im Vergleich zum Jahr 2019:

Tabelle 15: Prozentuelle Veränderung der Anzahl an Vertragsärztinnen und Vertragsärzten mit mindestens drei e-card-Konsultationen je Stichtag in Oberösterreich und Salzburg

Fachgruppe (Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit kurativen Verträgen sowie Ärztinnen und Ärzte mit Vorsorgeverträgen)	Veränderung 2020 gegenüber 2019 zum Stichtag			
	März	April	November	Dezember
	in % ¹			
Oberösterreich				
Allgemeinmedizin	-2,0	-3,9	2,0	1,7
Augenheilkunde	-18,9	-10,0	-1,8	3,8
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	-3,2	-8,7	0	-3,1
Innere Medizin	-7,7	-14,6	5,4	0
Kinder- und Jugendheilkunde	-3,0	0	6,5	-3,2
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	-40,7	-33,3	0	3,8
Salzburg				
Allgemeinmedizin	-1,3	-3,2	0,9	4,4
Augenheilkunde	-12,5	-22,7	0	4,5
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0	-20,0	-8,0	-9,1
Innere Medizin	-11,1	-18,5	-11,5	-8,0
Kinder- und Jugendheilkunde	-11,1	14,3	-6,3	13,3
Orthopädie und orthopädische Chirurgie	-20,0	-9,1	0	-9,1

¹ Der Wert zeigt, um wie viel Prozent die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit mindestens drei e-card-Konsultationen an den Stichtagen des Jahres 2020 höher oder niedriger war als an den Stichtagen des Jahres 2019.

Quelle: ÖGK

Sowohl in Oberösterreich als auch in Salzburg war die Anzahl der erreichbaren Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner an beiden Stichtagen im ersten Lockdown nur wenig geringer als an den Vergleichsstichtagen des Vorjahres. An den Stichtagen im zweiten Lockdown war diese Anzahl sogar höher.

Bei den ausgewählten Fachärztinnen und Fachärzten zeigte sich je nach Fachgruppe, Land bzw. Lockdown ein uneinheitliches Bild, wobei im ersten Lockdown Rückgänge von bis zu rd. 41 % in Oberösterreich (Orthopädie) bzw. rd. 23 % in Salzburg (Augenheilkunde) zu beobachten waren.

(2) Im Unterschied zu öffentlichen Krankenanstalten, die einer Betriebspflicht unterlagen, bestand für niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte keine gesetzliche Verpflichtung zur Gewährleistung der Gesundheitsversorgung. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verpflichteten sich in Einzelverträgen mit einem Krankenversicherungsträger (z.B. der ÖGK) zur Einhaltung von Mindestöffnungszeiten, die in den

Gesamtverträgen mit den Landesärztekammern festgelegt waren. Bei Nicht-Einhaltung der vereinbarten Mindestöffnungszeiten konnten allfällige Sanktionen nur auf Basis der zugrunde liegenden Verträge verhängt werden. Die Behandlung einzelner Kassenpatientinnen bzw. -patienten konnten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte aufgrund gesamtvertraglicher Regelungen nur in begründeten Fällen ablehnen.

Sowohl der Gesamtvertrag für Oberösterreich als auch jener für Salzburg legten fest, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Falle einer Verhinderung für eine Vertretung zu sorgen hatten. Eine Verpflichtung, der Landesärztekammer und der ÖGK die Vertretung mitzuteilen, sahen die Gesamtverträge erst bei einer Vertretungsdauer von mehr als zwei Wochen vor.

(3) Im März 2020 teilte die ÖGK in einem über die Landesärztekammern übermittelten Rundschreiben ihren Vertragsärztinnen und Vertragsärzten mit, dass – außer in Fällen behördlicher Schließungen – Ordinationen grundsätzlich geöffnet bleiben sollten. Für den Fall einer vorübergehenden Schließung (etwa wegen Personalmanagements) ersuchte die ÖGK um Information an die jeweilige Landesärztekammer und die ÖGK-Landesstelle, um die voraussichtliche Dauer der Schließung und Ersatzlösungen zu besprechen. Die ÖGK informierte in diesem Rundschreiben auch darüber, dass sie für die Zeit der COVID-19-Pandemie verringerte Mindestöffnungszeiten als Reaktion auf ein geringeres Patientenaufkommen akzeptiere. Eine weitere Kommunikation zur gesamtvertraglichen Verpflichtung zum Offenhalten der Ordinationen erfolgte nicht.

Laut Auskunft der ÖGK hätten ihre Vertragsärztinnen und Vertragsärzte – entgegen ihrem Ersuchen – Ordinationsschließungen bzw. Einschränkungen des Ordinationsbetriebs nicht systematisch gemeldet. Zum Teil erlangte die ÖGK im Wege von Patientenbeschwerden oder Meldungen anderer Ärztinnen und Ärzte darüber Kenntnis. Auch behördliche Ordinationsschließungen wurden der ÖGK mangels Verpflichtung der Gesundheitsbehörden nicht gemeldet.

Die ÖGK hatte somit weder einen Gesamtüberblick über behördlich geschlossene Ordinationen noch Kenntnis darüber, wie viele Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für welchen Zeitraum ihre Ordination schlossen, den Betrieb einschränkten, ausschließlich telemedizinische Behandlungen bzw. Beratungen anboten oder von wem sie vertreten wurden.⁹⁶

- 38.2 (1) Der RH hielt positiv fest, dass in Oberösterreich und Salzburg die Anzahl der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner mit mindestens drei e-card-Konsultationen je Stichtag im ersten Lockdown im Vergleich zum Vorjahr nur geringfügig zurück-

⁹⁶ Die ÖGK konnte weder aus den Abrechnungsdaten noch aus den Daten der e-card-Konsultationen ablesen, ob Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Leistungen in ihrer Ordination oder als telemedizinische Behandlung bzw. Beratung erbrachten.

ging und im zweiten Lockdown ihre Anzahl sogar höher war als im Vorjahr. Die allgemeinmedizinische Versorgung blieb somit im Wesentlichen auch während der Lockdowns aufrecht. Der RH merkte allerdings an, dass in einzelnen Fachgruppen wesentliche Rückgänge zu beobachten waren.

(2) Der RH wies darauf hin, dass öffentliche Krankenanstalten eine Betriebspflicht hatten, Krankenversicherungsträger jedoch in die Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte grundsätzlich nur über geänderte Verträge eingreifen konnten.

(3) Der RH wies kritisch darauf hin, dass die ÖGK über keine umfassenden Daten zu geöffneten bzw. geschlossenen Ordinationen, zu Ordinationen mit eingeschränktem Betrieb oder mit ausschließlich telemedizinischen Behandlungen bzw. Beratungen sowie zu Vertretungen für geschlossene Ordinationen verfügte.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Dachverband und der ÖGK, im Rahmen der Weiterentwicklung der Gesundheitsplanung und der Gesamtverträge für die Krankenversicherungsträger im Krisen- bzw. Katastrophenfall einen vollständigen Überblick über die Erreichbarkeit ihrer Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorzusehen. Für den Krisen- und Katastrophenfall wären die unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für die Versorgungspflichten (niedergelassener Bereich) und Betriebspflichten (Krankenanstalten) zu berücksichtigen.

38.3 (1) Das Gesundheitsministerium verwies in seiner Stellungnahme auf die Zuständigkeit der Sozialversicherung im Rahmen der Selbstverwaltung und auf die verfassungsmäßig festgelegten Zuständigkeiten. Darüber hinaus erkenne es Verbesserungsbedarf und verfolge eine engere Vernetzung im Sinne eines stärkeren Austauschs zwischen Bund, Ländern und Stakeholdern zu einem strukturierteren Monitoring.

(2) Der Dachverband nahm die Empfehlung zur Kenntnis und verwies auf die Weiterentwicklung der Gesundheitsplanung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit.

(3) Die ÖGK begrüßte die Empfehlung und führte aus, dass zur Umsetzung entweder eine gesetzliche Regelung oder das Einvernehmen mit der Österreichischen Ärztekammer herzustellen sei, da die geltenden Gesamtverträge in den Ländern zum Großteil erst ab einer Abwesenheit von zwei Wochen eine ärztliche Informationspflicht an die ÖGK vorsehen würden. Unabhängig davon, ab wann die ärztliche Informationspflicht greife, hänge die Qualität der Information über die Öffnungszeiten von den Meldungen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ab.

Im Salzburger Ärzte-Gesamtvertrag seien schon jetzt strengere Regelungen vorgesehen: Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssten der Ärztekammer Salzburg alle Abwesenheiten bzw. Vertretungen melden. Damit sollte die Ärztekammer

immer über tagesaktuelle Informationen zu den Öffnungszeiten verfügen. Die ÖGK erhalte die Information über die Abwesenheiten im Nachhinein gesammelt von der Ärztekammer. Dennoch dürften zu Pandemiebeginn (März 2020) manche Ärztinnen und Ärzte die Ordination aufgrund des sehr geringen Patientenaufkommens verkürzt geöffnet oder geschlossen haben, ohne dies der Ärztekammer zu melden.

Entwicklung der Heilmittel

39.1 (1) Zur Beurteilung der Entwicklung der Heilmittelverordnungen verglich der RH Abrechnungsdaten der ÖGK der Jahre 2019 und 2020. Die Apotheken übermittelten die Abrechnungsdaten monatlich an die Pharmazeutische Gehaltskasse, die in der Folge mit der ÖGK abrechnete. Die folgende Abbildung stellt die monatliche Entwicklung der Heilmittelverordnungen im Bereich der ÖGK des Jahres 2020 jener des Jahres 2019 gegenüber:⁹⁷

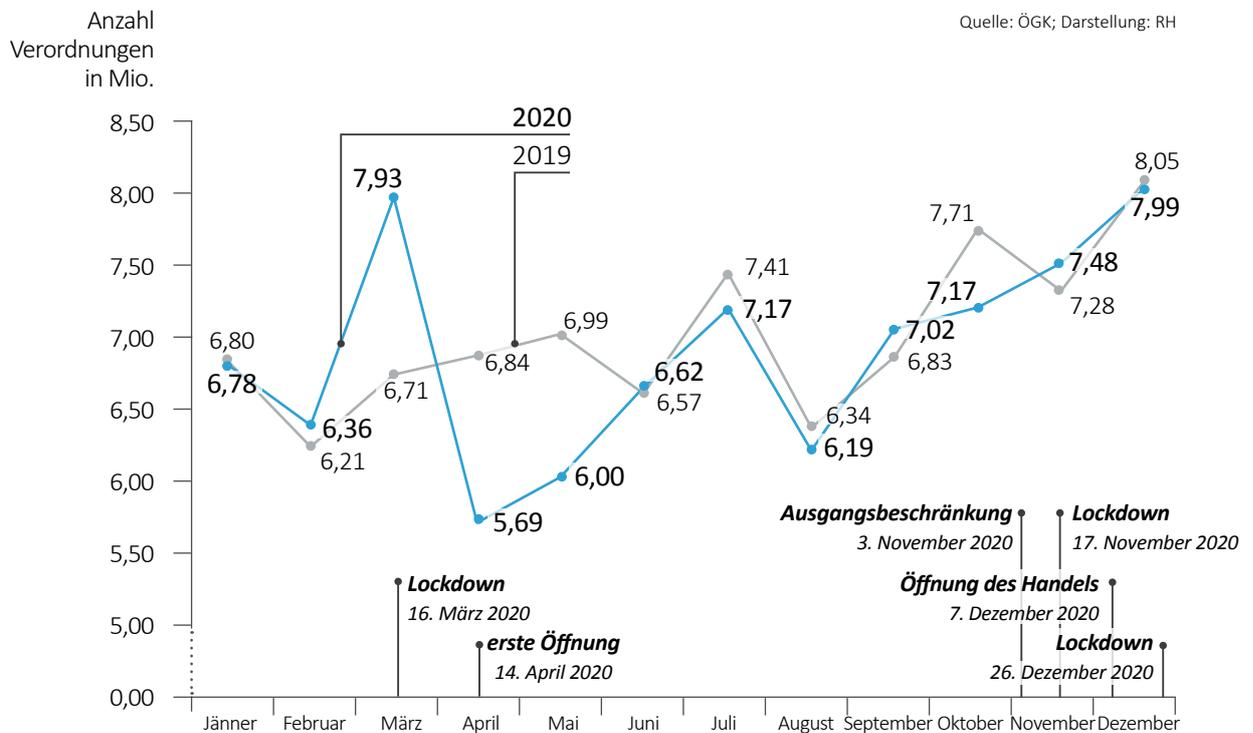
Abbildung 19: Entwicklung der Anzahl an Heilmittelverordnungen in den Jahren 2019 und 2020

Österreich

VERORDNUNGEN



Quelle: ÖGK; Darstellung: RH



⁹⁷ Davon umfasst sind die über die Pharmazeutische Gehaltskasse erhaltenen Abrechnungen öffentlicher Apotheken und Abrechnungen der hausapothekenführenden Ärztinnen und Ärzte.

Die Anzahl der Heilmittelverordnungen betrug im März 2020 7,93 Mio. und stieg gegenüber März 2019 (6,71 Mio.) um 18 %. Die ÖGK führte diesen Anstieg darauf zurück, dass insbesondere Personen mit Dauermedikation (wie immunsupprimierende oder blutdrucksenkende Mittel oder Mittel zur Krebsbekämpfung) angesichts der Ausgangsbeschränkungen eine über den Monatsbedarf hinausgehende Menge verschrieben wurde. In den Monaten April und Mai 2020 sanken die Heilmittelverordnungen um 17 % bzw. 14 % gegenüber 2019. Diese Entwicklung war österreichweit in allen Heilmittelgruppen zu beobachten; sie betraf sowohl Heilmittel, die grundsätzlich frei verschreibbar waren, als auch Heilmittel, die entweder eine vorherige Bewilligung oder eine nachfolgende Kontrolle durch den chef- und kontrollärztlichen Dienst der Sozialversicherungsträger erforderten. Im weiteren Jahresverlauf 2020 war die Anzahl der monatlichen Heilmittelverordnungen in etwa vergleichbar mit jener im Jahr 2019. Die Entwicklung der Heilmittelverordnungen in den Ländern Oberösterreich und Salzburg entsprach der österreichweiten.

(2) Der RH wertete die Daten der ÖGK auch im Hinblick auf die Entwicklung der Anzahl der Verordnungen in den einzelnen Heilmittelgruppen entsprechend dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem der WHO (ATC-Code) aus.⁹⁸ Dafür stellte er die Abrechnungsdaten für die einzelnen Heilmittelgruppen des Jahres 2020 jenen des Jahres 2019 gegenüber: Sowohl österreichweit als auch in Oberösterreich und Salzburg waren hohe Rückgänge bei der Verordnung von Heilmitteln gegen Infektionskrankheiten zu beobachten (z.B. Schnupfen- und Nasenmittel, Husten- und Erkältungspräparate, Antibiotika).⁹⁹ Demgegenüber zeigte sich ein Anstieg insbesondere bei erforderlicher Dauermedikation (z.B. blutstillende, blutdrucksenkende und immunsupprimierende Mittel, Antidiabetika und Mittel zur Behandlung von Krebserkrankungen).¹⁰⁰

(3) Als weiteres Kriterium für eine Beurteilung der Regelversorgung im niedergelassenen Bereich zog der RH die Verfügbarkeit von Heilmitteln heran. Der Dachverband übermittelte der ÖGK monatlich eine Auflistung jener nicht lieferbaren Heilmittel, die vom Erstattungskodex erfasst waren. Hinweise auf systematische Engpässe in der Heilmittelversorgung aufgrund der COVID-19-Pandemie konnte die ÖGK nicht beobachten.

⁹⁸ In der ATC-Klassifikation werden Wirkstoffe entsprechend dem Organ oder Organsystem, auf das sie einwirken, und nach ihren chemischen, pharmakologischen und therapeutischen Eigenschaften in Gruppen eingeteilt.

⁹⁹ Eine mögliche Erklärung für den Rückgang an Verordnungen an Heilmitteln aus diesen Gruppen lag nach Ansicht der ÖGK in den pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen und dem verstärkten Einhalten von Hygienemaßnahmen.

¹⁰⁰ Die ÖGK begründete diesen Anstieg mit der Verschreibung von Vorräten insbesondere zu Beginn des ersten Lockdowns im März 2020.

(4) Ab März 2020 setzte die ÖGK mehrere Schritte zur Vereinfachung der Verordnung und des Bezugs von Heilmitteln: So ermöglichte sie kontaktlose Heilmittelverordnungen und die Weiterleitung von Rezepten direkt an die Apotheken über die e-card-Anwendung „e-Medikation“. Im Ausnahmefall (z.B. Systemausfall) konnte das Rezept auch per Post, Fax oder mit Zustimmung der Patientin bzw. des Patienten auch per E-Mail oder Fotoübermittlung via SMS an die Apotheken gesendet werden. Die schrittweise Ausrollung einer eigenen e-card-Anwendung „e-Rezept“ für die Übermittlung von elektronischen Rezepten, deren Implementierung der Dachverband finanzierte, war ursprünglich für das Jahr 2020 geplant. Mit Jahresmitte 2021 wurde sie in einem Pilotprojekt in zwei Kärntner Bezirken ausgerollt.

Die ÖGK setzte weiters die chefärztliche Bewilligungspflicht bzw. die Verpflichtung zur nachfolgenden Kontrolle für bestimmte Heilmittel aus. Auch entfiel die in einigen Ländern erforderliche Anerkennung von Wahlarztrezepten als Kassenrezepte bei grundsätzlich frei verschreibbaren Heilmitteln.¹⁰¹

39.2 Der RH hielt fest, dass die Anzahl der österreichweiten Heilmittelverordnungen im März 2020 im Vergleich zum März 2019 um 18 % auf 7,93 Mio. stieg. Dieser Steigerung, die insbesondere durch Verordnungen von über den Monatsbedarf hinausgehenden Vorratsmengen bei Dauermedikation begründet war, folgte in den Monaten April und Mai 2020 eine Verringerung der Heilmittelverordnungen um 17 % bzw. 14 % im Vergleich zu den Monaten April und Mai 2019. Im weiteren Jahresverlauf war die Anzahl der monatlichen Heilmittelverordnungen 2020 in etwa vergleichbar mit jener im Jahr 2019. Einen generellen Rückgang im Jahr 2020 im Vergleich zum Vorjahr stellte der RH hingegen bei Verordnungen von Heilmitteln gegen Infektionskrankheiten fest.

Der RH hielt fest, dass es keine Hinweise auf systematische Engpässe in der Heilmittelversorgung während der COVID-19-Pandemie gab.

Er anerkannte, dass die ÖGK bereits zu Beginn des ersten Lockdowns kontaktlose Medikamentenverordnungen und die direkte Weiterleitung der Rezepte an die Apotheken ermöglichte. Der RH sah darin einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Regelversorgung bei gleichzeitigem Augenmerk auf eine Reduktion von physischen Kontakten. Der RH hob auch hervor, dass der Dachverband im Juli 2021 die e-card-Anwendung „e-Rezept“ in einem Pilotprojekt ausrollte.

¹⁰¹ Die ÖGK und die Österreichische Apothekerkammer führten den Entfall der Anerkennung von Wahlarztrezepten ab Jänner 2021 in eine Dauerregelung über.

39.3 Der Dachverband ergänzte in seiner Stellungnahme, dass die Kosten für Arzneyspezialitäten im selben Zeitraum um 5,7 % gestiegen seien. Von den im Bericht angeführten Rückgängen an Verordnungen (z.B. Schnupfen- und Nasenmittel, Husten- und Erkältungspräparate, Antibiotika) weise eine erhebliche Anzahl der dazu im Erstattungskodex gelisteten Packungen einen Preis unterhalb der jeweiligen Rezeptgebühr auf. Verordnungen mit einem Preis unter der Rezeptgebühr würden gemäß Apotheker-Gesamtvertrag nur dann mit den Krankenversicherungsträgern abgerechnet, wenn für die Verordnung eine Gebührenbefreiung vorliege. Insbesondere in den angeführten Gruppen seien im Zeitraum 2019 bis 2020 die Produkte mit Preisen unter der Rezeptgebühr auf einen Anteil von bis zu rd. 90 % Ende 2020 gestiegen. Ein Teil des im Bericht erwähnten Rückgangs sei somit auch auf die sich jährlich verschärfende Problematik zurückzuführen, dass der Anteil an Verordnungen mit Preisen unterhalb der Rezeptgebühr nicht bekannt sei. Durch diese Entwicklung könne die Sozialversicherung bei diversen Wirkstoffgruppen mitunter keine validen Aussagen mehr über die medikamentöse Versorgung der Bevölkerung treffen.

Die gesamte Sozialversicherung habe unter Einbindung aller Träger, des Dachverbands und der Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. – SVC die kontaktlose Verordnung über e-Medikation im Sinne einer patientenorientierten Versorgung ermöglicht. Dies umfasse die Implementierung des e-Rezept-Service inklusive Finanzierung und die inhaltlich-fachliche Begleitung.

Der Dachverband verwies auch auf seine Stellungnahmen zu den parlamentarischen Anfragen 5206/J und 5207/J. Dort sei auch das Aussetzen der chefärztlichen Bewilligungsverfahren während der Pandemie thematisiert worden. Eine Steuerung der Mengenkomponekte und somit der Heilmittelausgaben durch die gesetzlich vorgesehene Bewilligung des chef- und kontrollärztlichen Dienstes der Krankenversicherungsträger sei ein wesentliches Instrument zum optimalen Einsatz der verfügbaren Beitragsgelder und zur Sicherstellung der Leistungsfähigkeit des Sozialversicherungssystems.

Entwicklung der Versorgung in Krankenanstalten

40.1 (1) Das Herunterfahren der Versorgung in den Krankenanstalten insbesondere in der ersten Pandemiewelle führte österreichweit im Jahr 2020 zu einer gegenüber dem Vorjahr deutlich verringerten Zahl an Belagstagen in fondsfinanzierten Krankenanstalten. Sie sanken um 15 % oder 1,8 Mio. Die folgende Abbildung zeigt die Auslastung dieser Krankenanstalten im Verlauf der Jahre 2018 bis 2020:

Abbildung 20: Auslastung in fondsfinanzierten Krankenanstalten in Österreich

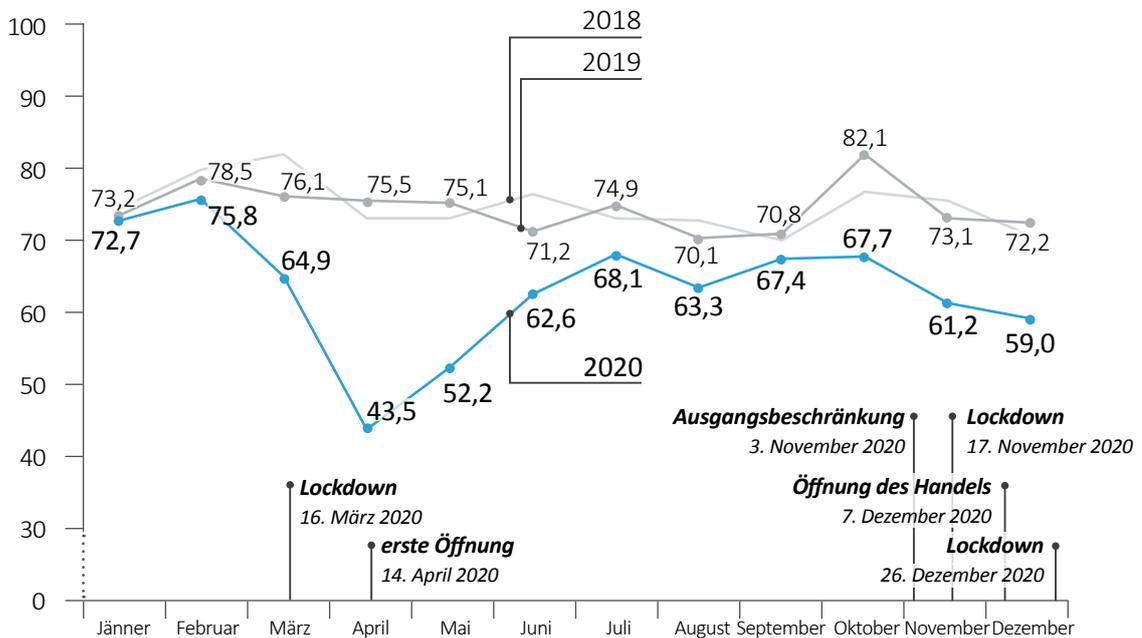
Österreich

KRANKENANSTALTEN



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

Auslastung nach Belagstagen in %



Berechnung anhand von Belagstagen pro Monat und anhand der Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten gemäß Krankenanstalten-Statistik (für das Jahr 2020 zog der RH mangels Verfügbarkeit aktueller Daten die tatsächlich aufgestellten Betten aus 2019 heran)

Während die österreichweite durchschnittliche Auslastung in den Jahren 2018 und 2019 74 % bis 75 % betrug, fiel sie im Jahr 2020 mit 63 % deutlich geringer aus. Ein ähnliches Bild zeigte sich in den zwei überprüften Ländern: In Oberösterreich betrug die durchschnittliche Auslastung im Jahr 2020 63 % gegenüber 74 % bis 76 % in den Vorjahren, in Salzburg ebenfalls 63 % gegenüber 72 % bis 73 % in den Vorjahren. In Oberösterreich war der Rückgang in der zweiten Pandemiewelle stärker, in Salzburg

in der ersten (auf 41 % Auslastung im April 2020). Die niedrigere Auslastung schlug sich auch in um 14 % verminderten LKF-Punkten sowie reduzierten Sonderklassegebühren und Erlösen aus der Behandlung von ausländischen Patientinnen und Patienten nieder.

(2) Auch der Ambulanzbetrieb war vom Herunterfahren der Leistungen stark betroffen, wie die folgende Abbildung zeigt:

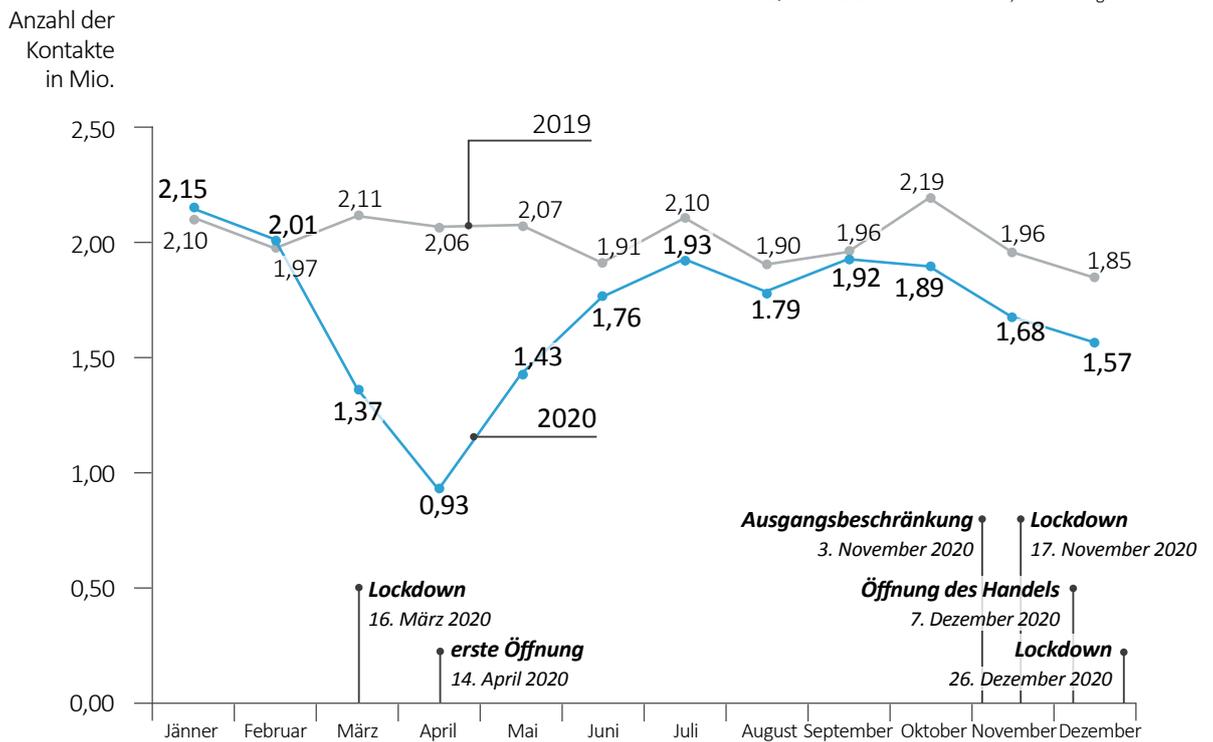
Abbildung 21: Ambulanzkontakte in fondsfinanzierten Krankenanstalten

Österreich

KRANKENANSTALTEN



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH



basierend auf vorläufigen Daten (endgültige Daten erst ab Mai 2021 verfügbar); durch Änderungen im LKF-System (z.B. Tagesklinik spitalsambulant oder stationär verrechenbar) Abweichungen zwischen 2019 und 2020 möglich

Die Ambulanzkontakte gingen im Jahr 2020 um 16 % (3,8 Mio.) gegenüber dem Jahr 2019 zurück, im April betrug der Rückgang 55 %. Bei den überprüften Krankenanstaltenträgern bewegte sich der Rückgang für das ganze Jahr 2020 in einer Bandbreite von 3 % bis 19 %, auch hier mit dem Tiefstwert im April mit einer Bandbreite von 40 % bis 67 %. Die Notfallambulanzen waren weniger betroffen als Termin- oder Spezialambulanzen. In den Termin- oder Spezialambulanzen wurden Nachsorgeintervalle verlängert und Behandlungen oder Untersuchungen verschoben, abgesagt oder durch telemedizinische Leistungen (Telefonate, teilweise auch Videokonferenzen) ersetzt.

(3) Die Veränderungen in den Krankenanstalten hatten auch Auswirkungen auf das Personal. In der ersten Pandemiewelle kam es in manchen Fällen zu Dienstfreistellungen, dies wegen der reduzierten Regelversorgung bei gleichzeitig vergleichsweise wenigen stationär zu behandelnden COVID-19-Erkrankten aber auch wegen geänderter Dienstplanerfordernisse (team splitting in manchen Bereichen, um im Falle von Erkrankungen des Personals den Dienstbetrieb aufrechterhalten zu können). Weiters forderten die Krankenanstaltenträger das Personal auf, Urlaub und Zeitguthaben abzubauen, bei einem Krankenanstaltenträger war dies bei Unterbeschäftigung kurzfristig verpflichtend. Ein Krankenanstaltenträger erließ in der ersten Pandemiewelle entstandene Minusstunden, wenn das Personal sie nicht rechtzeitig ausgleichen konnte. Die Krankenanstaltenträger verwiesen auf die gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und auf die hohe Bereitschaft und Flexibilität des Personals, auch in anderen Bereichen zu arbeiten.

Diese Flexibilität war auch in der zweiten Pandemiewelle mit deutlich mehr COVID-19-Erkrankten in den Krankenanstalten gefordert. Zusätzliche Möglichkeiten, kurzfristig Personal für die COVID-19-Versorgung verfügbar zu machen, waren etwa die Aufstockung von Teilzeitbeschäftigten, das Zurückholen von pensioniertem Personal, Neuaufnahmen, das Verschieben von Urlauben oder die Beschäftigung von Auszubildenden.

Unabhängig von den Pandemiewellen erkrankten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst oder mussten sich als Kontaktperson in Quarantäne begeben. Risikopersonen waren anderweitig einzusetzen oder vom Dienst freizustellen; dies galt auch für schwangere Mitarbeiterinnen, die nicht mehr patientennah arbeiten durften, aber etwa Tests oder Impfungen organisieren konnten.

(4) Österreichweit gingen die Belagstage im Intensivbereich für Erwachsene und Kinder im Jahr 2020 im Vergleich zu 2019 um 5 % auf rd. 636.000 zurück. In Salzburg belief sich der Rückgang auf 4 %, in Oberösterreich auf 6 %. Insbesondere zwischen März und Mai und im Herbst 2020 – mit Ausnahme des Novembers, der vor allem in Oberösterreich eine sehr hohe Zahl an Belagstagen aufwies – lagen die Belagstage unter den Durchschnittswerten der Jahre 2018 bis 2020.

Ein Rückgang zeigte sich besonders bei folgenden Hauptdiagnosegruppen:

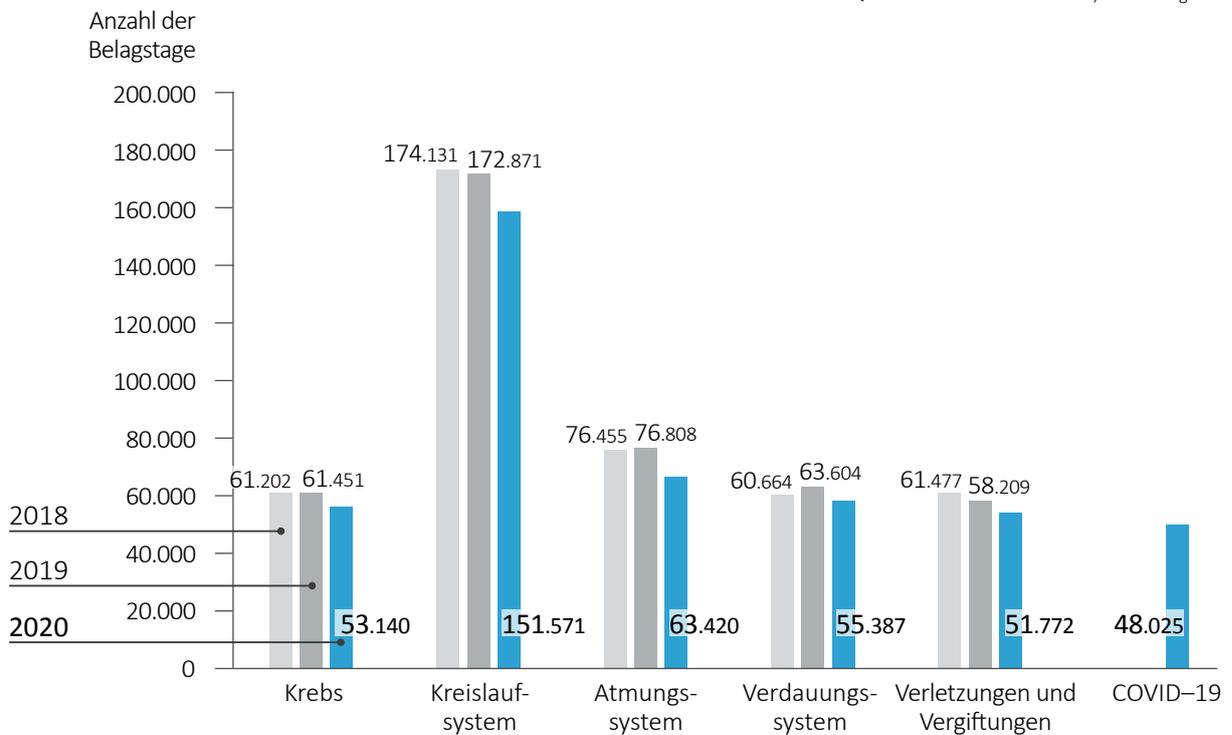
Abbildung 22: Belagstage auf Intensivstationen in fondsfinanzierten Krankenanstalten österreichweit, nach Diagnosegruppen

Österreich

KRANKENANSTALTEN



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH



Ein ähnliches Bild zeigte sich in Oberösterreich und Salzburg. Die Belagstage sanken bei

- Krebserkrankungen zwischen 10 % in Oberösterreich und 14 % österreichweit,
- Erkrankungen des Kreislaufsystems zwischen 10 % in Salzburg und 14 % in Oberösterreich,
- Erkrankungen des Atmungssystems zwischen 11 % in Salzburg und 31 % in Oberösterreich,
- Erkrankungen des Verdauungssystems zwischen 13 % österreichweit und 19 % in Salzburg,
- Verletzungen und Vergiftungen zwischen 10 % in Salzburg und 12 % in Oberösterreich.

Neben den in der Abbildung aufgezeigten, auf Intensivstationen häufigen Hauptdiagnosegruppen wiesen auch andere deutliche Rückgänge auf, z.B. Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (Salzburg -20 %), Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (österreichweit -14 %), mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zusammenhängende Probleme (Oberösterreich -21 %), Krankheiten des Nervensystems (Oberösterreich -20 %) oder Krankheiten des Urogenitalsystems (Salzburg -15 %).

- 40.2 Der RH hielt fest, dass im Jahr 2020 um 1,8 Mio. weniger Belagstage (Rückgang um 15 % gegenüber dem Vorjahr) in fondsfinanzierten Krankenanstalten zu verzeichnen waren. Im Intensivbereich gingen die Belagstage um 5 % auf rd. 636.000 zurück. Die Ambulanzkontakte sanken um 16 % bzw. 3,8 Mio.

[Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und den Ländern Oberösterreich und Salzburg, die Ursachen und die finanziellen Auswirkungen des Rückgangs an Belagstagen in fondsfinanzierten Krankenanstalten und des Rückgangs bei den Ambulanzfrequenzen transparent zu erheben.](#)

- 40.3 (1) Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, dass die Entwicklung der diversen Statistikkenzahlen während der COVID-19-Pandemie und deren mögliche Ursachen sowie Auswirkungen laufend durch Monitoring beobachtet und in den Arbeitsgremien der Zielsteuerung-Gesundheit diskutiert würden. Die Veränderungen beispielsweise bei Belagstagen und Ambulanzfrequenzen seien auf höchst unterschiedliche Ursachen zurückzuführen. Eine unmittelbare Kausalität sei nicht immer eindeutig nachweisbar.

(2) Das Land Salzburg führte in seiner Stellungnahme aus, die finanziellen Auswirkungen des Rückgangs an Belagstagen und bei den Ambulanzfrequenzen (insbesondere während der COVID-19-Pandemie) laufend (quartalsweise) zu erheben. Im Zuge der Neugestaltung eines flächendeckenden Berichtswesens bei den fondsfinanzierten Krankenanstalten würden entsprechende Kennzahlen zu Belagstagen und Ambulanzfrequenzen implementiert. Die Umsetzung dieses kennzahlenbasierten Berichtswesens sei bis Ende 2021 geplant.

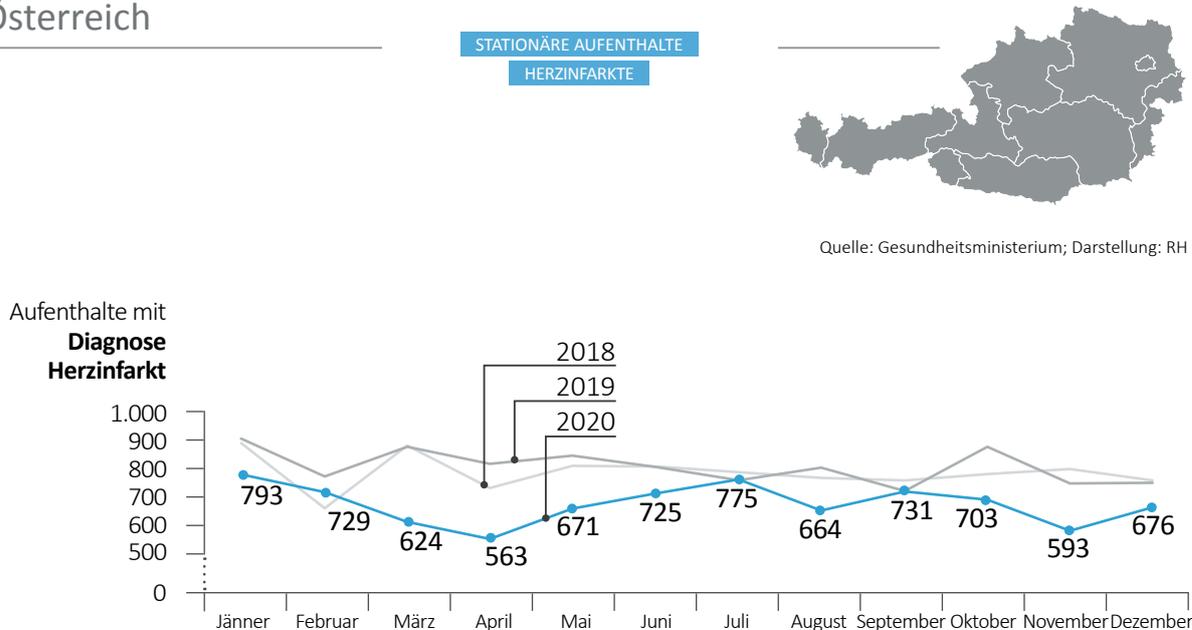
Entwicklung ausgewählter Diagnose-Bereiche

Versorgung von Herzinfarkten

- 41.1 (1) Obwohl die Betreuung von Notfällen in den Krankenanstalten auch während der Lockdowns gewährleistet war, ging die Zahl der im Herzkatheterlabor behandelten Herzinfarkte von März bis Mai 2020 gegenüber dem Vorjahr österreichweit deutlich (im April um 32 %) zurück. Auch im Oktober und November 2020 verzeichneten die fondsfinanzierten Krankenanstalten österreichweit um 21 % weniger derartige Eingriffe, wie die folgende Abbildung zeigt:

Abbildung 23: Stationäre Aufenthalte mit Diagnose Herzinfarkt in fondsfinanzierten Krankenanstalten österreichweit

Österreich



Insgesamt lag der Rückgang bei rd. 1.570 Aufenthalten. Sowohl einschlägige Publikationen¹⁰² als auch die vom RH befragten Kardiologinnen und Kardiologen nannten als mögliche Gründe für diese auch international beobachtete Entwicklung einerseits weniger beruflichen Stress oder verminderte körperliche Aktivitäten aufgrund von Isolation und Quarantäne, andererseits aber die Scheu der Menschen, bei Beschwerden eine medizinische Einrichtung aufzusuchen. Dies aus Angst vor Ansteckung mit SARS-CoV-2 oder weil sie das „überlastete System“ nicht weiter belasten wollten.

¹⁰² u.a. Metzler et al., Decline of acute coronary syndrome admissions in Austria since the outbreak of COVID-19: the pandemic response causes cardiac collateral damage, in: European Heart Journal (2020) 41, 1852–1853

Die Auswirkungen „übergangener“ oder unzureichend behandelter Herzinfarkte waren noch nicht abschließend beurteilbar, konnten aber in ungünstigen Langzeitprognosen mit verkürzter Lebenserwartung infolge von Narbenbildungen im Herzmuskelgewebe, Herzschwächen oder auch akuten Todesfällen bestehen.

(2) Ein signifikanter Rückgang bei stationär behandelten Notfällen im ersten Lockdown zeigte sich nicht nur bei Herzinfarkten, sondern etwa auch bei „Magenblutungen“ (obere gastrointestinale Blutung). Eine Erhebung in österreichischen Krankenanstalten¹⁰³ stellte für die Kalenderwoche 14 des Jahres 2020 (im ersten Lockdown) einen Rückgang von rd. 50 % gegenüber der Kalenderwoche 9 vor dem Lockdown fest.

- 41.2 Der RH hielt fest, dass in den beiden ersten Pandemiewellen ein deutlicher Rückgang an stationären Aufenthalten von Herzinfarkt-Patientinnen und -Patienten mit Eingriff im Herzkatheterlabor zu verzeichnen war. Dies, obwohl die Versorgung von Notfällen prinzipiell nicht von der Einschränkung der Regelversorgung betroffen war. Die Gründe für diesen Rückgang und seine Auswirkungen auf die Betroffenen waren noch nicht abschließend beurteilbar. Am Beispiel der oberen gastrointestinalen Blutungen zeigte sich, dass auch andere Notfälle von Rückgängen betroffen waren.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Gründe für den Rückgang an stationären Aufenthalten in medizinisch dringlichen bzw. akuten Fällen während der Pandemie sowie dessen Auswirkungen auf die Betroffenen zu prüfen und daraus Handlungsempfehlungen für künftige Krisen- und Katastrophensituationen abzuleiten.

Ergänzend verwies der RH auf seine Empfehlung in **TZ 46**, für die Bewältigung künftiger Krisen- und Katastrophenfälle besonders die Kommunikation an die Bevölkerung zu beachten und das Zusammenwirken zwischen den Gesundheitsbereichen zu berücksichtigen.

- 41.3 Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, mit Unterstützung der GÖG regelmäßig die Entwicklung des Versorgungsgeschehens in den fondsfinanzierten Krankenanstalten analysiert und dabei ausgewählte Leistungsbereiche näher betrachtet zu haben. Die daraus abgeleiteten Erkenntnisse hätten u.a. bereits im Dokument „Planung außergewöhnliche Ereignisse“ (Living Paper) ihren Niederschlag gefunden und stünden als Lessons Learned für zukünftige Krisen- und Katastrophenpläne bzw. -situationen zur Verfügung. Allfällige gesundheitliche Auswirkungen bzw. Langzeitfolgen des mit der Pandemie veränderten Versorgungsgeschehens würden erst im Laufe der Zeit sichtbar werden. Analysen zum Erkranken-

¹⁰³ *Schmiderer et al.*, Decline in acute upper gastrointestinal bleeding during COVID-19 pandemic after initiation of lockdown in Austria. *Endoscopy* 2020 Nov (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32408356/>; abgerufen am 19. November 2021)

kungs- und Versorgungsgeschehen insbesondere in Diagnose-Bereichen wie Krebs würden daher auch zukünftig durchgeführt.

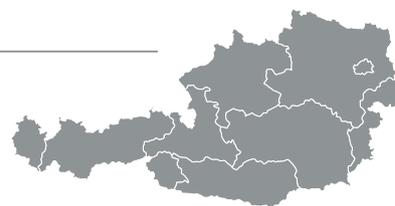
Versorgung von Krebserkrankungen

- 42.1 (1) Wie die folgende Abbildung zeigt, war bei den stationären Aufenthalten mit einer Krebsdiagnose österreichweit der stärkste Rückgang im April und Mai 2020 mit 23 % bis 24 % gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen¹⁰⁴; im November und Dezember betrug er bis zu 16 %:

Abbildung 24: Stationäre Aufenthalte mit Krebsdiagnosen in fondsfinanzierten Krankenanstalten österreichweit

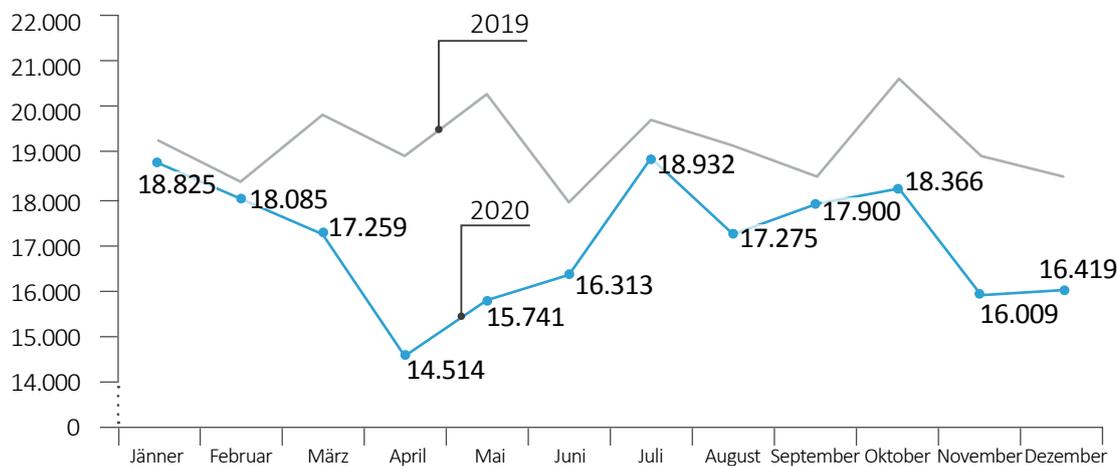
Österreich

STATIONÄRE AUFENTHALTE
MIT KREBSDIAGNOSE



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

Aufenthalte mit Krebsdiagnose



In den Ländern Oberösterreich und Salzburg waren die Rückgänge geringer (z.B. 18 % in Salzburg im April 2020).

¹⁰⁴ Ein Vergleich mit 2018 war nicht sinnvoll, weil es aufgrund einer Änderung des LKF-Modells zu einer Verlagerung von Chemotherapien aus dem stationären in den ambulanten Bereich kam.

(2) Als Beispiele für die chirurgische Versorgung von Krebserkrankungen wählte der RH Brust- und Darmkrebsoperationen¹⁰⁵ und stellte bei diesen einen zeitverzögerten Rückgang zwischen April und Juni mit einem Tiefstwert im Mai fest. Im Mai 2020 wurden österreichweit 346 Brustkrebsoperationen gegenüber 544 im Mai 2019 sowie 239 Darmkrebsoperationen im Jahr 2020 gegenüber 396 im Jahr 2019 durchgeführt. In der zweiten Pandemiewelle gab es keinen signifikanten Rückgang. Österreichweit lag am Jahresende die Zahl der durchgeführten Brust- und Darmkrebsoperationen 6 % unter dem Vorjahreswert. In Oberösterreich und Salzburg stieg die Zahl derartiger Eingriffe in der zweiten Jahreshälfte 2020 stärker an, so dass teilweise die Vorjahreswerte überschritten wurden.

(3) Radioonkologische Leistungen (Strahlentherapie) wurden nach Angaben der überprüften Krankenanstaltenträger in beiden Pandemiewellen weitestgehend uneingeschränkt weitergeführt.

(4) Bei den – zumeist ambulant durchgeführten – Chemotherapien gab es unterschiedliche Vorgangsweisen: Während das LKH Salzburg auf Therapien mit höherer Dosis bei verlängerten Intervallen umstellte, verabreichte das Kardinal Schwarzenberg Klinikum – ohne die Intervalle zu verlängern – die Chemotherapien in der ersten Pandemiewelle nach Möglichkeit oral statt intravenös, um Ambulanzkontakte zu verringern. Insgesamt zeigten sich bei ambulant durchgeführten Chemotherapien in beiden Pandemiewellen bei den überprüften Krankenanstalten kaum Rückgänge.

(5) Als Beispiel für auch im stationären und spitalsambulanten Bereich durchgeführte Krebsdiagnostikmaßnahmen wertete der RH Koloskopien (Darmspiegelungen) in den überprüften Krankenanstalten aus. Im April 2020 gingen diese gegenüber 2019 stark zurück in einer Bandbreite von 44 % bis 68 %, österreichweit betrug der Rückgang 76 %. Ab Juni wurden zumeist wieder die Vorjahreswerte erreicht und teilweise auch überschritten, bevor im November und Dezember wieder Rückgänge von bis zu rd. 40 % zu verzeichnen waren.

Ein ähnlich starker Rückgang in der ersten Pandemiewelle trat auch bei spitalsambulant durchgeführten Mammographien auf.

Beide Untersuchungen dienten nicht nur der Krebsfrüherkennung, sondern auch der Diagnostik bei konkretem Verdacht und/oder Beschwerden sowie der Nachsorge. Die überprüften Krankenanstalten betonten, dass in dringlichen Fällen Krebsdiagnostik jederzeit möglich gewesen sei, wiesen aber teilweise auf fehlende Zuweisungen aus dem niedergelassenen Bereich sowie auf verschobene Nachsorgeuntersuchungen hin.

¹⁰⁵ Mammarresektion (MEL 16.01) und Resektionen an Dünndarm, Dickdarm und Rektum (MEL 06.02., 06.03. und 06.04)

- 42.2 Der RH anerkannte, dass die Versorgung von Krebskranken mittels Chemotherapie und Strahlentherapie in den beiden ersten Pandemiewellen weitgehend uneingeschränkt möglich war. Bei Krebsoperationen aber zeigte sich am Beispiel der Brust- und Darmkrebsoperationen vor allem in der ersten Pandemiewelle ein Rückgang der Leistungen.

Der RH hielt fest, dass vor allem in der ersten Pandemiewelle die Anzahl der Darmspiegelungen und Mammographien als Maßnahmen der Krebsfrüherkennung und Krebsdiagnostik zurückging. Der Rückgang betrug im April 2020 österreichweit mehr als 75 % gegenüber dem Vorjahr.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Gründe und die Auswirkungen der verringerten Leistungen im Bereich der Krebschirurgie sowie der Krebsfrüherkennung und –diagnostik während der Pandemie auf die Betroffenen zu analysieren und daraus Handlungsempfehlungen für künftige Krisensituationen abzuleiten. Früherkennungsmaßnahmen sollten jedenfalls soweit möglich weitergeführt werden. Die Bevölkerung sollte entsprechend informiert und eingeladen werden, diese Untersuchungen bei Bedarf auch in Anspruch zu nehmen.

- 42.3 Das Gesundheitsministerium verwies auf seine Stellungnahme zu [TZ 41](#), wonach es mit Unterstützung der GÖG regelmäßig die Entwicklung des Versorgungsgeschehens in den fondsfinanzierten Krankenanstalten analysiert und dabei ausgewählte Leistungsbereiche näher betrachtet habe. Die daraus abgeleiteten Erkenntnisse hätten u.a. bereits im Dokument „Planung außergewöhnliche Ereignisse“ (Living Paper) ihren Niederschlag gefunden und stünden als Lessons Learned für zukünftige Krisen- und Katastrophenpläne bzw. –situationen zur Verfügung. Allfällige gesundheitliche Auswirkungen bzw. Langzeitfolgen des mit der Pandemie veränderten Versorgungsgeschehens würden erst im Laufe der Zeit sichtbar werden. Analysen zum Erkrankungs- und Versorgungsgeschehen insbesondere in Diagnose-Bereichen wie Krebs würden daher auch zukünftig durchgeführt.

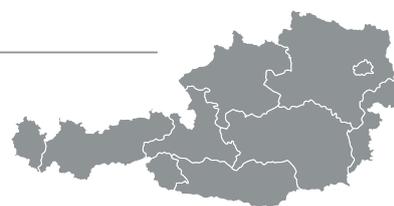
Versorgung von psychiatrischen Erkrankungen

43.1 (1) Die stationären Aufenthalte mit psychiatrischen Diagnosen gingen im Jahr 2020 österreichweit gegenüber dem Vorjahr um 16 % zurück. Wie die folgende Abbildung zeigt, war der stärkste Rückgang im April 2020 mit 45 % zu verzeichnen, im November betrug er 25 %:

Abbildung 25: Stationäre Aufenthalte mit psychiatrischen Diagnosen in fondsfinanzierten Krankenanstalten österreichweit

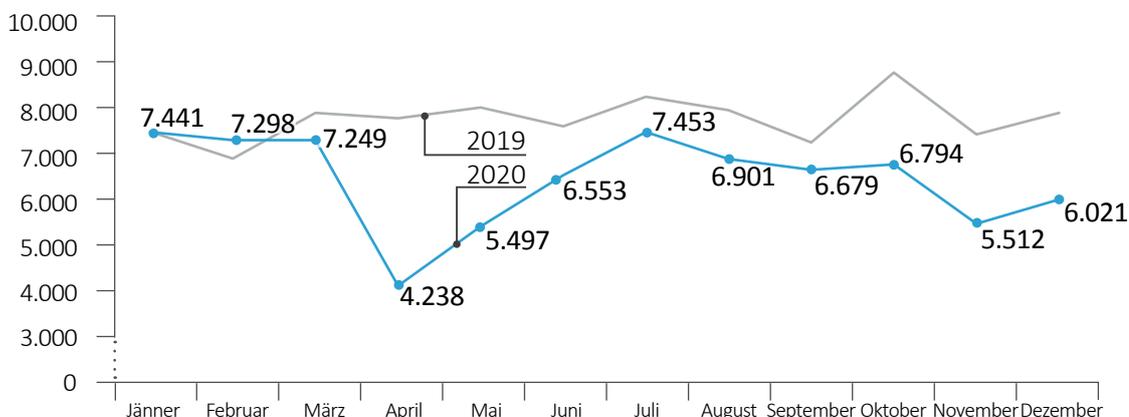
Österreich

STATIONÄRE AUFENTHALTE
MIT PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSEN



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH

Aufenthalte mit
**psychiatrischen
Diagnosen**



Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich in Oberösterreich, wo die Rückgänge in der zweiten Pandemiewelle mit bis zu 35 % deutlicher ausfielen. In Salzburg war der Rückgang in der ersten Pandemiewelle (bis zu 50 % im April) stärker. Während einerseits – auch aufgrund der „Umwidmung“ von psychiatrischen Stationen in COVID-19-Stationen – Patientinnen und Patienten (vorzeitig) entlassen oder verlegt wurden, verlängerte sich andererseits teilweise die Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten, deren Entlassung von der (Wieder-)Aufnahme in einer anderen stationären Einrichtung, z.B. einem Pflegeheim, abhing.

Auch die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung war von Stationsschließungen und Entlassungen von Patientinnen und Patienten, die keiner dringlichen stationären Therapie bedurften, betroffen. Die Aufenthalte von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Diagnosen gingen österreichweit im Jahr 2020 um 16 % gegenüber dem Vorjahr zurück. Ein Krankenanstaltenträger berichtete von einer deutlichen Zunahme der Schwere der Erkrankungen (insbesondere Essstörungen).

Psychisch Kranke, die ihr Leben oder ihre Gesundheit oder Leben und Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdeten, sind unter bestimmten Voraussetzungen gemäß Unterbringungsgesetz¹⁰⁶ zwangsweise in einer psychiatrischen Abteilung unterzubringen. Auch diese Aufnahmen, die häufig akut erforderlich waren und ohne Einschränkungen möglich gewesen wären, gingen bei einem überprüften Krankenanstaltenträger um 20 % gegenüber dem Vorjahr zurück.

Die gemäß Unterbringungsgesetz vorgesehenen Anhörungen der bzw. des Kranken durch ein Gericht waren in der ersten Pandemiewelle teilweise nur über Videokonferenz möglich, was die Kommunikation und Interaktion etwa für demente Personen erschwerte. Auch der Unterbringungsbereich war von den stark eingeschränkten Besuchsrechten in manchen Phasen der Pandemie betroffen.

(2) Patientinnen und Patienten, die keiner stationären Aufnahme bedurften, konnten unter bestimmten Voraussetzungen (ausreichende Mobilität, aktive Mitarbeit, Gruppenfähigkeit) tagesklinische Behandlung in Anspruch nehmen. Sie erhielten oft über mehrere Wochen untermittags Therapieeinheiten, das Wochenende und die Nacht verbrachten sie zu Hause. Diese psychiatrischen Tageskliniken waren in der Pandemie stark von Einschränkungen betroffen: Sie waren (inklusive allfälliger suchtmmedizinischer oder suizidpräventiver Behandlungsangebote) bei den überprüften Krankenanstalten von Mitte März bis mindestens Mitte bzw. Ende Mai 2020, teilweise auch bis September 2020, geschlossen und konnten anschließend aufgrund der Abstands- und Hygieneregeln nur in kleineren Gruppen geführt werden. Das führte zu einer Verlängerung der Wartezeit oder zu kürzeren Behandlungsdauern.

In psychiatrischen Ambulanzen bestand die Möglichkeit telemedizinischer Leistungen.

(3) Ein Spezialbereich der Psychiatrie war die Suchttherapie, insbesondere die längerfristige stationäre Entwöhnungstherapie mit meist mehrere Wochen umfassenden Behandlungszyklen. Bei dieser kam es – im Unterschied zur akuten Entgiftung, die immer möglich war – in der ersten Pandemiewelle österreichweit zu längeren Einschränkungen. In manchen Ländern waren Entwöhnungstherapien vorübergehend nicht möglich, etwa weil auch diese Betten für COVID-19-Erkrankte

¹⁰⁶ BGBl. 155/1990 i.d.g.F.

freigehalten wurden. Behandlungsverzögerungen und längere Wartezeiten konnten dazu führen, dass die Motivation der Betroffenen zur Therapie verloren ging. Dazu kommt, dass Suchtverhalten häufig mit sozialen Problemen verbunden ist, die sich durch die wirtschaftlichen Folgen der Pandemiebewältigung noch verstärken konnten.

Die stationären Aufenthalte bei den durch Alkohol bedingten (Verhaltens-)Störungen sanken im Jahr 2020 gegenüber 2019 – mit wenigen Abweichungen – sowohl österreichweit (19 %) als auch in den überprüften Ländern (22 % bis 25 %) stärker als die Aufenthalte mit psychiatrischen Diagnosen allgemein. Auch hier war der größte Rückgang im April 2020 mit bis zu 49 % zu verzeichnen. Die Todesursachenstatistik der Statistik Austria wies für das Jahr 2020 12,4 % mehr Tote infolge „Störungen durch Alkohol“ aus als im Jahr 2019.

(4) Ob extramurale Anbieter die im spitalsambulanten oder stationären Bereich eingeschränkten Leistungen allenfalls kompensierten, konnte der RH nicht beurteilen. Auch diese mussten ihr Angebot zumindest teilweise einstellen oder anpassen. Infolge der Pandemie war von vielfältigen psychosozialen Belastungen der gesamten Bevölkerung auszugehen und waren psychisch Erkrankte als besonders vulnerable Gruppe anzusehen.

- 43.2 Der RH wies kritisch auf den deutlichen Rückgang der stationären Aufenthalte auf psychiatrischen Abteilungen in Österreich im Jahr 2020 und auf das stark reduzierte Angebot im tagesklinischen Bereich und bei Entwöhnungstherapien hin. Diese Maßnahmen und daraus entstandene Behandlungsverzögerungen betrafen eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium sowie den Ländern Oberösterreich und Salzburg, auf die Aufrechterhaltung der psychiatrischen Versorgung im stationären und extramuralen Bereich in Krisensituationen hinzuwirken.

Er empfahl dem Klinikum Wels–Grieskirchen, der OÖG, dem Kardinal Schwarzenberg Klinikum und der SALK, die psychiatrische Versorgung auch in Krisensituationen nur im unbedingt erforderlichen Ausmaß einzuschränken.

- 43.3 (1) Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass ihm dieses Thema ein wichtiges Anliegen sei. Das Dokument „Planung außergewöhnliche Ereignisse“ (Living Paper) gehe auf die erforderliche Aufrechterhaltung der gesamten psychiatrischen Versorgung auch in Krisen- und Katastrophenzeiten ein. Basierend auf den Erfahrungen aus den ersten COVID-19-Wellen habe es das Dokument „Die COVID-19-Pandemie in Österreich – Bestandsaufnahme und Handlungsrahmen“ entwickelt. Dieses solle das Wissen zum Pandemiemanagement zusammenfassen und Entscheidungsträger bei künftigen Krisenfällen unterstützen. Das darin enthal-

tene Kapitel zur psychischen Gesundheit gehe explizit auf die notwendige Aufrechterhaltung der gesamten psychiatrischen Versorgung auch in Krisen- und Katastrophenzeiten ein. Wichtige Aspekte seien die Fortführung und Sicherstellung der erforderlichen Behandlung (insbesondere Aufrechterhaltung von tagesstrukturierenden Angeboten, mobilen und aufsuchenden Krisendiensten, Beratung und Psychotherapie; Vermeidung der Schließung von psychiatrischen Abteilungen und Rehabilitationsanstalten für psychisch kranke Menschen) sowie die Sicherstellung eines niederschweligen Zugangs zum psychosozialen Versorgungssystem (insbesondere für jene Personen, die damit bisher noch keinen Kontakt hatten). Auf dieser Grundlage habe das Gesundheitsministerium u.a. während des zweiten Lockdowns ein Schreiben an die Länder gerichtet, dass auch in der Pandemie die akutpsychiatrischen Einrichtungen offen zu halten seien.

(2) Laut Stellungnahme der OÖG werde sie, der Empfehlung entsprechend, aufgrund der Erfahrungen aus der bisherigen Pandemiebewältigung ein besonderes Augenmerk auf die psychiatrische Versorgung legen.

Elektive Operationen, insbesondere Gelenkersätze

44.1 (1) Aufgrund der Empfehlung des Gesundheitsministeriums vom 12. März 2020, den Betrieb auf das medizinisch Wesentliche und Vordringliche zu reduzieren, stellten die Krankenanstaltenträger das elektive Operationsprogramm bis Ende April 2020 weitgehend ein. In der Folge fuhren sie schrittweise die Regelversorgung wieder hoch. Dringliche Operationen durften die Krankenanstalten immer durchführen; laut Angaben eines Salzburger Krankenanstaltenträgers mussten sie dem Krisenstab des Landes wöchentlich über Operationen und die Gründe für deren Durchführung (z.B. mangelnde Therapiealternativen oder mangelnde Aufschubmöglichkeit) Bericht erstatten. Auch in der zweiten Pandemiewelle kürzten sie entsprechend dem Anstieg der Anzahl COVID-19-Erkrankter die Operationskontingente oder schränkten das elektive Programm wieder ein. Teilweise schlossen sie Einheiten, um deren (Personal-)Ressourcen für die COVID-19-Versorgung zur Verfügung stellen zu können. Die Absage von elektiven Operationen betraf nicht nur jene Operationen, bei denen postoperativ ein Intensivbett benötigt wurde, sondern auch vergleichsweise „einfache“ Operationen, um z.B. Anästhesie-Personal oder Überwachungs- oder Aufwachräume nicht zu blockieren.

(2) Der RH wählte als Beispiel für sehr häufig durchgeführte elektive Operationen Hüft- und Kniegelenktotalendoprothesen (Implantation eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks). Bei diesen Operationen hatten die Krankenanstaltenträger für ein transparentes Wartelistenregime¹⁰⁷ mit Bekanntgabe der Wartezeit zu sorgen, wenn die Wartezeit länger als vier Wochen betrug.

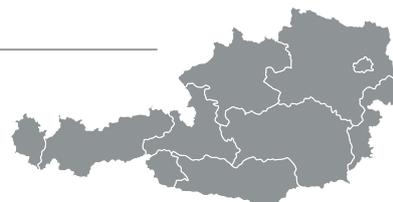
¹⁰⁷ gemäß § 5a Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz und den landesgesetzlichen Regelungen

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der stationären Aufenthalte aufgrund solcher Operationen im Jahr 2020 im Vergleich zu den beiden Vorjahren:

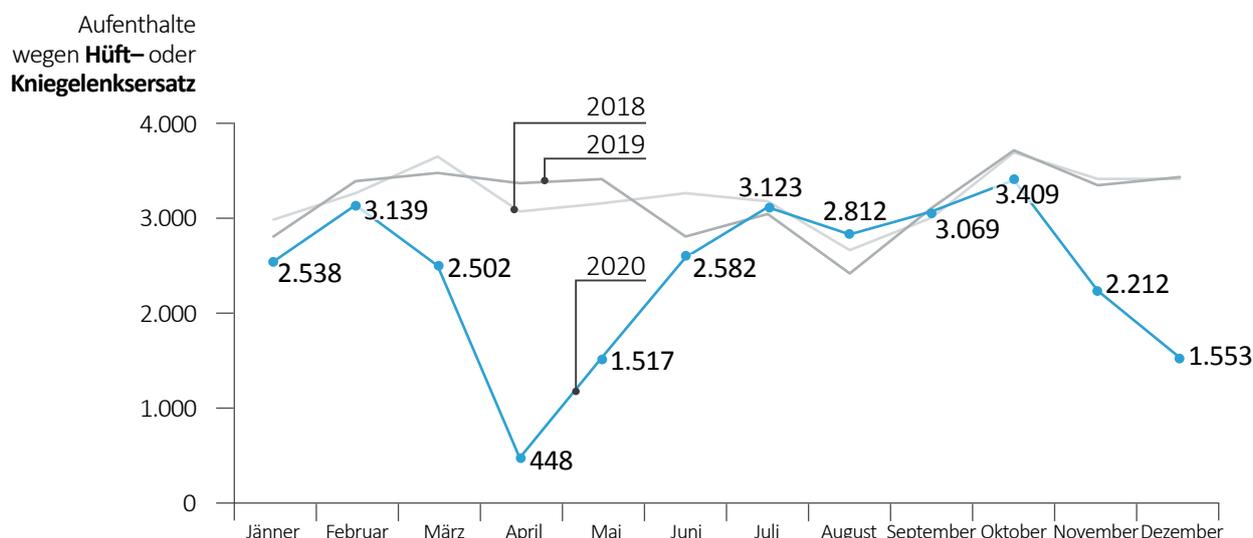
Abbildung 26: Hüft- und Kniegelenksoperationen in fondsfinanzierten Krankenanstalten österreichweit

Österreich

STATIONÄRE AUFENTHALTE
HÜFT- UND KNIEGELENKSOPERATIONEN



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH



Der österreichweite Rückgang im Jahr 2020 gegenüber 2019 betrug 19 % (rd. 6.700 Operationen), im April mehr als 85 % und im Dezember 52 %. Die Sommermonate nützten die Krankenanstalten – soweit die oft begrenzten Operationskapazitäten und Personalressourcen dies zuließen –, um in der ersten Pandemiewelle verschobene Operationen nachzuholen. Dadurch waren Steigerungen von bis zu 26 % im August 2020 zu verzeichnen. Die Entwicklung in Oberösterreich und Salzburg verlief teilweise ähnlich, wobei der Rückgang im Dezember in Oberösterreich mit mehr als 75 % stärker ausfiel als in Salzburg (33 %).

(3) Wie viele verschobene elektive Operationen die Krankenanstalten bis zu welchem Zeitpunkt nachholen konnten und wie sich die Verschiebungen auf die Wartezeiten auswirkten, konnte der RH nicht abschließend beantworten. Einerseits setzten manche Krankenanstalten infolge der Pandemieentwicklung teilweise das Wartezeitenregime aus und vergaben vorerst keine neuen Termine. Andererseits verzichte-

ten manche Personen aus persönlichen Gründen (z.B. Angst vor Ansteckung) dauerhaft oder für einen bestimmten Zeitraum auf die Operation oder ließen sie in einer anderen (privaten) Krankenanstalt durchführen. Manche Krankenanstaltenträger verlegten auf vertraglicher Grundlage Operationen in private Krankenanstalten.

Beispielsweise gaben zwei Krankenanstaltenträger an, die in der ersten Pandemiewelle verschobenen Operationen bis zur zweiten Welle weitgehend nachgeholt zu haben. Ein anderer erklärte, einen Rückstau von 500 Fällen auf das Jahr 2021 verschoben zu haben, mit dem Plan, diese bis Herbst 2021 nachzuholen. Die Wartezeit für Knie- und Hüftendoprothesen sei von zwei bis drei auf vier bis sechs Monate angewachsen.

Die Krankenanstalten befragten die von der Verschiebung ihrer Operation betroffenen Patientinnen und Patienten telefonisch nach ihrer (Schmerz-)Symptomatik und planten verschobene Operationen nach Dringlichkeit und Priorität – z.B. bei raschem Fortschreiten der Erkrankung – neu ein.

Die Folgen verschobener Gelenkersatzoperationen konnten u.a. ein erhöhter Bedarf an Schmerzmedikation oder eine eingeschränkte Mobilität sein, die wiederum Folgeprobleme (speziell bei älteren Menschen auch etwa internistische) nach sich ziehen konnte. Auch an eine Operation anschließende Rehabilitationen waren vor allem in der ersten Pandemiewelle eingeschränkt. Eine Erhebung zeigte bis Oktober 2020 gegenüber demselben Zeitraum im Vorjahr einen Rückgang von 26 % bei stationären Rehabilitationen für den Stütz- und Bewegungsapparat.

(4) Zu den häufig durchgeführten elektiven Operationen gehörten auch Katarakt-Operationen bei Grauem Star. Diese gingen im April 2020 um 93 % gegenüber April 2019 zurück (von rd. 8.800 auf rd. 630). Bei den von dieser Erkrankung betroffenen Personen handelte es sich einerseits oft aufgrund des Alters um Risikopersonen für eine COVID-19-Erkrankung, andererseits konnte der fortschreitende Verlust der Sehschärfe zu Folgeproblemen (Stürze etc.) führen.

Bei vier überprüften Krankenanstaltenträgern verringerte sich die Anzahl operativer Leistungen insgesamt in einer Bandbreite von 13 % bis 18 %.

- 44.2 Der RH hielt fest, dass die Durchführung elektiver Operationen infolge der COVID-19-Pandemie starken Einschränkungen unterworfen war, wobei diese in der ersten Pandemiewelle deutlicher ausfielen als in der zweiten. Dies hatte Auswirkungen auf die Wartezeiten auf solche Eingriffe und konnte zu gesundheitlichen Problemen bei Patientinnen und Patienten führen.

Der RH empfahl dem Klinikum Wels–Grieskirchen, der OÖG, dem Ordensklinikum Linz, dem Kardinal Schwarzenberg Klinikum und der SALK, verschobene elektive Operationen möglichst zeitnah nachzuholen. In künftigen Krisensituationen sollte das normale Operationsprogramm nach Möglichkeit nur im unbedingt erforderlichen Ausmaß eingeschränkt werden.

- 44.3 (1) Laut Stellungnahme der OÖG hätten ihre Krankenanstalten entsprechend der Empfehlung des Gesundheitsministeriums vom 12. März 2020 ihren Betrieb zur Vorbereitung auf die erste Pandemiewelle auf das Wesentliche und Vordringliche reduziert. Die Krankenanstalten hätten die im Zuge der ersten Pandemiewelle verschobenen Eingriffe zum Großteil bis zum Sommerende 2020 nachgeholt, soweit die Patientinnen und Patienten dies gewollt hätten. In der zweiten Pandemiewelle sei das Elektivprogramm nur im unbedingt notwendigen Ausmaß eingeschränkt gewesen. Die Krankenanstalten hätten die verschobenen Eingriffe zeitnah nachgeholt und würden sie auch weiterhin zeitnah nachholen. Die Versorgung von akut und dringlich notwendigen Eingriffen sei zu jedem Zeitpunkt gewährleistet gewesen.
- (2) Das Ordensklinikum Linz teilte in seiner Stellungnahme mit, die Empfehlung mit den Verantwortlichen zu evaluieren und in der Folge zu bearbeiten.

Gesundheitliche Folgeschäden und veränderter Bedarf

- 45.1 (1) Während des ersten Lockdowns war die Bevölkerung dazu angehalten, Ärztinnen und Ärzte nur in dringenden Fällen aufzusuchen. Diese Umstellungen und Einschränkungen im Gesundheitssystem führten in den Medien und in Expertenkreisen zur Diskussion, ob es dadurch zu negativen gesundheitlichen Folgen gekommen sei.

Laut Auskunft u.a. von Patientenvertretungen habe es im Frühjahr 2020 Hinweise auf mögliche Versorgungsprobleme gegeben. Die vom RH befragten Einrichtungen sahen die Aussagekraft dieser Beschwerden jedoch differenziert: Einerseits sei davon auszugehen, dass nicht sämtliche Probleme auf diesem Wege bekannt würden, andererseits müsse eine Beschwerde nicht zwingend aus Einschränkungen der Regelversorgung resultieren. Der RH konnte keine auffällige Konzentration an Beschwerden etwa auf bestimmte Fachgruppen, Erkrankungen oder Länder erkennen. Laut Angaben der ÖGK gab es zwar einige wenige Beschwerden wegen der Nichterreichbarkeit von Ärztinnen und Ärzten, jedoch keine über gesundheitliche Folgeschäden. Für den zweiten Lockdown wurden dem RH keine relevanten Einschränkungen im niedergelassenen Bereich bzw. daraus resultierende gesundheitliche Folgeschäden berichtet.

- (2) Die ÖGK gab an, dass keine datenbasierten Analysen oder Aussagen über allfällige gesundheitliche Folgeschäden möglich wären, da im niedergelassenen Bereich überwiegend nur Abrechnungsdaten, aber keine umfassenden Daten zur Epidemio-

logie, zu den erbrachten Leistungen, den zugrunde liegenden Diagnosen und zum Befinden der Bevölkerung vorlagen. Es war nicht möglich, den Rückgang der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im ersten Lockdown auf die eingeschränkte Erreichbarkeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte oder auf die Zurückhaltung der Patientinnen und Patienten infolge der öffentlichen Kommunikation zurückzuführen.

Auch das Gesundheitsministerium führte in einer parlamentarischen Anfragebeantwortung im Juni 2020 aus, dass keine verlässlichen Aussagen darüber möglich seien, ob bzw. in welchem Umfang notwendige Behandlungen im niedergelassenen Bereich in geringerem Ausmaß beansprucht wurden oder welche Folgen daraus resultierten. Studien dazu im Rahmen eines Konzepts zur Begleitforschung veranlasste – im Unterschied zur Leistungserbringung im stationären Bereich – weder das Gesundheitsministerium noch die ÖGK oder der Dachverband.

(3) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung konnte weder das Gesundheitsministerium noch die ÖGK Angaben dazu machen, ob bzw. in welchen Bereichen ein veränderter Bedarf (z.B. zum Nachholen von Untersuchungen oder aufgrund von Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung) oder ein verändertes Gesundheitsverhalten (z.B. geringere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen) Änderungen im niedergelassenen Leistungsangebot erforderte.

Das Gesundheitsministerium verwies auf die Regelprozesse zur Gesundheitsplanung, die in den Zielsteuerungsgremien diskutiert würden. Allfällige Adaptierungen im Leistungsangebot des niedergelassenen Bereichs lägen im Verantwortungsbe-
reich der Sozialversicherungsträger. Die ÖGK wiederum verwies darauf, dass sie mangels entsprechender Gesundheitsdaten sowie mangels Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich die Behandlung und allfällige Langzeitfolgen von COVID-19-Erkrankungen nicht untersuchen könne.

(4) Das Gesundheitsministerium führte in einer weiteren parlamentarischen Anfragebeantwortung im Juli 2020 aus, dass es Hinweise auf einen pandemiebedingten Anstieg an psychischen Beeinträchtigungen wie insbesondere Depressionen, Ängsten oder Schlafproblemen gebe. Die Daten der ÖGK ließen jedoch eine verlässliche Aussage über die Anzahl der betroffenen Personen nicht zu. Ein Projekt im Gesundheitsministerium zum Thema „Psychosoziale Gesundheit – COVID-19“ sah ab Oktober 2020 verschiedene Module vor, bei denen die GÖG alleine oder das Gesundheitsministerium im Zusammenwirken mit der Sozialversicherung Verbesserungsvorschläge für das Angebot betreffend psychosoziale Gesundheit erarbeiten

sollte. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war teilweise eine konkrete Beauftragung erfolgt bzw. ein Modul abgeschlossen.¹⁰⁸

- 45.2 Der RH wies darauf hin, dass bereits im Frühjahr 2020 diskutiert wurde, ob die Änderungen in der Gesundheitsversorgung während des ersten Lockdowns zu gesundheitlichen Folgeschäden geführt hatten. Er konnte keine gehäuften Beschwerden über gesundheitliche Folgeschäden infolge eingeschränkter Regelversorgung bezogen auf bestimmte Fachgruppen, Erkrankungen oder Länder feststellen, merkte aber an, dass Patientenvertretungen Hinweise auf entsprechende Folgeschäden in Einzelfällen erhalten hatten.

Der RH bemängelte, dass mangels Routinedaten und mangels eines Konzepts zur Begleitforschung weder das Gesundheitsministerium noch die ÖGK Angaben zu den gesundheitlichen Folgeschäden machen konnte. Er sah auch kritisch, dass sie auch keine Angaben dazu machen konnten, ob bzw. in welchen Bereichen ein veränderter Bedarf (z.B. zum Nachholen von Untersuchungen oder aufgrund von Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung) oder ein verändertes Gesundheitsverhalten (z.B. geringere Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen) Änderungen im niedergelassenen Leistungsangebot erforderte. Er begrüßte daher die Schritte zur Verbesserung der Versorgung und der Datenlage im Bereich der psychischen Gesundheit.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Dachverband und der ÖGK, die Folgen der veränderten Gesundheitsversorgung während der COVID-19-Pandemie und etwaige Langzeitfolgen von COVID-19-Erkrankungen zu untersuchen und die dabei gewonnenen Erkenntnisse in das laufende Gesundheitsangebot, die Gesundheitsplanung sowie das Management von künftigen Krisen- bzw. Katastrophenfällen einfließen zu lassen.

- 45.3 (1) Das Gesundheitsministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass die aus den bisherigen Analysen abgeleiteten Erkenntnisse in das Dokument „Planung außergewöhnliche Ereignisse“ (Living Paper) einfließen und als Lessons Learned für zukünftige Krisen- und Katastrophenpläne bzw. -situationen verfügbar sein würden. Allfällige gesundheitliche Auswirkungen bzw. Langzeitfolgen des in Verbindung mit der Pandemie veränderten Versorgungsgeschehens würden sich erst zeigen und müssten längerfristig betrachtet werden.

¹⁰⁸ Für insgesamt vier Module (zur Verankerung von Tele-Beratung bzw. -Therapie, zu einem Konzept österreichweiter Hotlines für psychosoziale Krisen sowie zur Verbesserung der epidemiologischen Datenlage im Bereich psychosoziale Gesundheit) schloss das Gesundheitsministerium im November 2020 einen Werkvertrag mit der GÖG ab. Zum Thema „Psychotherapie auf Krankenschein“ waren drei Module in der gemeinsamen Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums und der Sozialversicherung vorgesehen, die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht begonnen hatten.

Etwaige auftretende Langzeitfolgen nach einer COVID-19-Erkrankung („Long-COVID“) seien sehr heterogen und würden je nach Krankheitsbild und Schweregrad zu unterschiedlichen stationären bzw. ambulanten Versorgungsbedarfen führen. Dazu habe mit fachkundigen Vertreterinnen und Vertretern der Sozialversicherung, aller Länder und des Bundes ein umfassender Dialog stattgefunden. Die Bundes-Zielsteuerungskommission sollte zur Versorgung von Personen mit Long-COVID Empfehlungen erarbeiten, um eine bedarfsgerechte, möglichst österreichweit einheitliche medizinische Versorgung von Long-COVID-Patientinnen und -Patienten sicherzustellen, die gesamthaft alle Versorgungsbereiche von der Primärversorgung bis zur Rehabilitation miteinschließen.

(2) Der Dachverband hielt in seiner Stellungnahme fest, dass ein geeignetes Gremium die Fragestellungen mit einem sektorenübergreifenden Ansatz thematisieren solle.

(3) Laut Stellungnahme der ÖGK lägen ihr weder Informationen darüber vor, welche Personen an COVID-19 erkrankt seien, noch über verschobene bzw. entfallene Untersuchungen. Sobald Informationen über die Folgen der veränderten Gesundheitsversorgung sowie Langzeitfolgen von COVID-19-Erkrankungen verfügbar seien, könnten Anpassungen des Versorgungsangebots sowie Maßnahmen für künftige Krisen- bzw. Katastrophenfälle geprüft werden.

Im Rahmen der Bundes-Zielsteuerung würden sowohl die Arbeitsgruppe Gesundheitsplanung als auch eine Arbeitsgruppe zu „Post/Long COVID-19“ die Folgen der COVID-19-Pandemie behandeln. Darüber hinaus sei es sinnvoll, eine gesonderte Arbeitsgruppe zur vertiefenden Analyse einzurichten.

Resümee zur Gesundheitsversorgung

- 46.1 (1) Im Vergleich des Jahres 2020 mit dem Jahr 2019 konnte die österreichische Gesundheitsversorgung einerseits die Versorgung einer erheblichen Zahl COVID-19-Erkrankter sicherstellen (insbesondere durch rd. 269.000 Belagstage in den Krankenanstalten [\(TZ 34\)](#)). Andererseits waren aber auch Rückgänge in der Regelversorgung gegeben: Es fanden um 6,55 Mio. (7 %) ärztliche Konsultationen und rd. 135.000 Vorsorgeuntersuchungen (10 %) weniger statt ([TZ 38](#)); in fondsfinanzierten Krankenanstalten gingen die Belagstage um 1,8 Mio. (15 %) zurück – davon rd. 32.000 auf Intensivstationen (5 %) –, die Ambulanzkontakte um 3,8 Mio. (16 %) ([TZ 40](#)).

Die Zahl der Aufenthalte aufgrund von Hüft- und Kniegelenksersatzoperationen ging gegenüber 2019 um 19 % zurück. Die Aufenthalte aufgrund von Herzinfarkten sanken um 16 %, jene aufgrund von Krebsdiagnosen um 11 % und jene aufgrund von psychiatrischen Diagnosen ebenfalls um 16 % ([TZ 41](#) bis [TZ 43](#)).

(2) Die Analyse des RH zeigte einige wesentliche Einflussfaktoren für diese Entwicklung auf:

- Die Abstimmung der organisatorischen Maßnahmen mit der epidemiologischen Gesamtsteuerung: Die Intensität der pandemiebedingten Eingriffe in die Organisation der Gesundheitsversorgung, die sich z.B. zwischen Oberösterreich und Salzburg im Krankenanstaltenbereich unterschied, hing auch von der Einschätzung der epidemiologischen Lage und der erwarteten Inanspruchnahme der Strukturen durch COVID-19-Erkrankte ab ([TZ 32](#)).
- Die Information an die Bevölkerung und die Kommunikation mit ihr: Ihre Bedeutung ist vor allem daraus ersichtlich, dass beispielsweise bei Herzinfarkten die Versorgungsangebote nicht reduziert wurden, aber die Inanspruchnahme deutlich zurückging ([TZ 41](#)). Auch die geringere Inanspruchnahme der Leistungen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte war wesentlich auf die Kommunikation mit der Bevölkerung zurückzuführen ([TZ 38](#)).
- Die zeitnahe Wiederaufnahme der Regelversorgung nach dem ersten Lockdown: In mehreren Bereichen ([TZ 40](#) bis [TZ 44](#)) war auch im Mai und Juni 2020 die Inanspruchnahme in den Krankenanstalten noch stark reduziert, obwohl das Infektionsgeschehen und die Belastung der Krankenanstalten durch COVID-19-Erkrankte bereits niedrig waren. Zu dieser Zeit konnte die niedergelassene Versorgung schneller wieder hochfahren als die Spitalsambulanzen. Auch bei Verschiebungen elektiver Operationen war die zeitnahe Wiederaufnahme einer vorausschauenden Planung und eines Wartezeitenmanagements wesentlich.

(3) Die Konsequenzen dieser Entwicklungen waren nicht klar. Wie unter [TZ 15](#) dargestellt verstarben im Jahr 2020 rd. 7.000 Personen mehr als im Jahresdurchschnitt 2017 bis 2019, wobei rd. 6.500 Todesfälle COVID-19 zugeordnet wurden. Eine wesentliche Übersterblichkeit bei anderen Bereichen war aus der Todesfallstatistik nicht ableitbar. Wie unter [TZ 45](#) dargestellt, waren zu anderen gesundheitlichen Folgeschäden keine allgemeinen Aussagen möglich.

- 46.2 Der RH anerkannte, dass das Gesundheitssystem im Jahr 2020 wesentliche Ressourcen für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten bereitstellte, und wies darauf hin, dass es dabei mit großen Unsicherheiten konfrontiert war. Der RH wies allerdings auch darauf hin, dass die COVID-19-Krisenbewältigung im Gesundheitswesen, die gesunkene Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen vor allem während der ersten und zweiten Pandemiewelle und die insbesondere zu Pandemiebeginn nicht vorhersehbare Entwicklung des Infektionsgeschehens zu einer geringeren Leistungserbringung im Jahr 2020 gegenüber 2019 führten.

Er hielt eine Analyse der im Jahr 2020 gemachten Erfahrungen insbesondere unter folgenden Aspekten für wesentlich:

- die unterschiedlichen organisatorischen Maßnahmen der Gesundheitsdienstleister im Zusammenhang mit der epidemiologischen Steuerung,
- das Zusammenwirken zwischen stationärem, ambulantem und niedergelassenem Bereich,
- die Kommunikation der öffentlichen Hand und ihre Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen durch die Bevölkerung sowie
- die mittelfristigen Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen, wie COVID-19-Langzeitfolgen, gesundheitliche Folgeschäden der verringerten Regelversorgung, verändertes Gesundheitsverhalten, Übersterblichkeit.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Dachverband und der ÖGK, gemeinsam mit den Ländern für die Vorbereitung und Bewältigung künftiger Krisen- bzw. Katastrophenfälle die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie zu berücksichtigen und dabei insbesondere die unterschiedlichen organisatorischen Maßnahmen, das Zusammenwirken zwischen den Gesundheitsbereichen, die Kommunikation an die Bevölkerung und die mittelfristigen Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen in die Analyse miteinzubeziehen.

46.3 (1) Das Gesundheitsministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass das Dokument „Planung außergewöhnliche Ereignisse“ (Living Paper) entsprechend den Erfahrungen und Erkenntnissen laufend weiterentwickelt werde. Unter anderem sei eine Ergänzung des Abschnitts 2 „Epidemien/Pandemien allgemein“ in Erarbeitung, die auch die Definition von Zuständigkeiten bzw. Schnittstellen in der Kapazitäts- und Ressourcenplanung beinhalte.

(2) Der Dachverband sagte in seiner Stellungnahme zu, die Umsetzung im Rahmen eines geeigneten Gremiums zu unterstützen.

(3) Die ÖGK begrüßte in ihrer Stellungnahme die Empfehlung, wenngleich aus ihrer Sicht auch die Ärztekammern miteinzubeziehen seien und die Federführung bei der Pandemiebewältigung dem Bund und den Ländern obliege. Die Einrichtung einer Arbeitsgruppe im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sei sinnvoll.

Daten zu Personalressourcen für gesundheitsbehördliche Aufgaben

- 47 Neben der Schutzausrüstung waren auch Personalressourcen für die Bewältigung der Pandemie von erheblicher Bedeutung (z.B. für die eingerichteten Krisenstäbe, das Contact-Tracing und die Erfüllung legislativer und administrativer Aufgaben). Dies betraf sowohl die staatlichen Stellen selbst (Bezirksverwaltungsbehörden, Ämter der Landesregierung, Gesundheitsministerium) als auch unterstützende Einrichtungen (z.B. Gesundheitsberatung 1450).

Eine Beurteilung des Ressourceneinsatzes von externen Dienstleistern sowie des niedergelassenen und Krankenanstaltenbereichs war nicht Gegenstand dieser Gebärungsüberprüfung.

Überblick und Krisenstäbe

- 48.1 (1) Sowohl der Bund als auch die Länder und die Bezirksverwaltungsbehörden setzten zur Pandemiebewältigung Krisenstäbe ein. Diese waren in ihrer Größe, Zusammensetzung, organisatorischen Einbindung in die Linienorganisation und internen Organisation unterschiedlich: Einerseits nutzten sie bereits bewährte Krisenstabsstrukturen, die sie sonst für Hochwasser- oder Lawinenkatastrophen einsetzten, andererseits legten sie einen stärkeren Fokus auf Gesundheitspersonal und COVID-19-spezifische Aufgabenstellungen (insbesondere wegen der langen Dauer der Pandemie).

(2) Das Gesundheitsministerium richtete zu Pandemiebeginn einen COVID-19-Krisenstab ein. Den drei Stabsleitern waren 50 Personen, die großteils aus dem Gesundheitsministerium stammten, direkt unterstellt. Im Oktober 2020 gab das Gesundheitsministerium bekannt, dass insgesamt etwa 130 Bedienstete im Krisenstab zum Einsatz kamen. Neben jenen Bediensteten des Gesundheitsministeriums, die sich auch im Regelbetrieb mit Seuchen, Epidemien oder Pandemien befassten, berief das Gesundheitsministerium auch andere Ressortbedienstete in den Krisenstab, um diesen sowohl fachlich als auch personell breiter aufzustellen.

(3) In Oberösterreich nahm der Landeskrisenstab mit 11. März 2020 seine Arbeit auf. Seine Mitglieder waren zum Teil ausschließlich im Stabsdienst, zum Teil auch noch in ihren regulären Aufgabenbereichen tätig. Ab 7. April 2020 teilte das Land seinen Krisenstab in zwei Teams. Mit 15. Juni 2020 verkleinerte es aufgrund der gesunkenen Fallzahlen den Landeskrisenstab, ab Juli 2020 erhöhte das Land aufgrund des Infektionsgeschehens die personellen Ressourcen wieder. In der Folge wurde der Landeskrisenstab erweitert, um einen dauerhaften Betrieb sicherstellen zu können. Bis 31. Dezember 2020 waren in Oberösterreich insgesamt 379 Perso-

nen im Schichtbetrieb im Landeskrisenstab eingesetzt, davon waren 332 Landesbedienstete.

Viele der vor allem zu Beginn der Krisenstabstätigkeit eingesetzten Personen hatten vor dem Pandemieeinsatz bereits eine umfangreiche, mehrtägige Katastrophenschutzausbildung durchlaufen. Die Personen ohne Katastrophenschutzausbildung erhielten eine kompakte landesinterne Stabsschulung.¹⁰⁹

(4) Im Land Salzburg war in der Zeit von 29. Februar bis 12. Juni 2020 ein als Landeseinsatzstab bezeichneter Landeskrisenstab im Schichtbetrieb im Einsatz. Der Stabsdienst bestand je Schicht aus einem Leiter und fünf Verbindungspersonen¹¹⁰ sowie zehn weiteren Personen. Der Personalpool setzte sich aus 65 Personen (ohne Verbindungsorgane) zusammen. Zwei Drittel der für die Stabsarbeit herangezogenen Personen hatten eine Stabs-Grundausbildung vor Pandemiebeginn abgeschlossen.¹¹¹ Als Nachfolgegremium gründete das Land Salzburg das „Covid 19-Board“ als temporär eingerichtete, projektähnliche Organisationseinheit der Landesamtsdirektion. Das Covid 19-Board war dem Ressort des Landeshauptmanns zugeordnet, das Personal dem Covid 19-Board-Leiter, der direkt dem Landesamtsdirektor unterstellt war. Im Covid 19-Board waren zum Stichtag 28. September 2020 23 Landesbedienstete tätig. Diese nahmen – mit Ausnahme von zwei Personen – weiterhin auch ihre regulären Aufgaben wahr.

(5) Auf Ebene der Bezirksverwaltungsbehörden bestanden sowohl in Oberösterreich wie auch in Salzburg Krisenorganisationen. Diese orientierten sich teilweise an den SKKM-Strukturen für Krisenstäbe (Einteilung in Stabsfunktionen), teilweise bestand eine eigene Gliederung und Teameinteilung. Die Bezirkshauptmannschaft Linz-Land richtete einen Krisenstab nach Vorbild eines Katastrophenstabs ein und erweiterte diesen um krisenspezifische Zusatzfunktionen. Sie setzte dabei drei voneinander unabhängige Teams in einem durchgehenden Schichtbetrieb ein. Die Bezirkshauptmannschaft Salzburg-Umgebung setzte aufgabenbezogene Teams ein, die teilweise in bis zu fünf voneinander unabhängigen Teams im durchgehenden Schichtbetrieb tätig waren.

¹⁰⁹ Zum Beispiel online im Rahmen des „welearn“-Angebots des Landes Oberösterreich. Die Ausbildung bestand aus (bis zu) vier Seminaren (Kat I, II, III und IV) beim Oberösterreichischen Landesfeuerwehrverband. Außerdem waren im Krisenstab einige Personen tätig, die zusätzlich die mehrtägige SKKM-Stabsausbildung der Sicherheitsakademie des Innenministeriums absolviert hatten.

¹¹⁰ Verbindungspersonen werden als Vertreterinnen und Vertreter anderer Organisationseinheiten in den Krisenstab entsandt. Zu den Aufgaben gehören u.a. die wechselseitige Weitergabe von Informationen, Beurteilungs- und Planungsgrundlagen sowie Leistungsparametern. Die fünf Verbindungsorgane in Salzburg waren Vertreterinnen und Vertreter der Landessanitätsdirektion, der Rettungsdienste, der Krankenanstalten, des Inneren Dienstes und der Abteilung 3 – Soziales.

¹¹¹ Diese Grundausbildung orientierte sich an der SKKM-Stabsausbildung der Sicherheitsakademie des Innenministeriums und bestand aus einer viertägigen Schulung und ergänzenden Zusatzausbildungen. Ein halber Tag Einsatztagebuch-Schulung, Eintagesschulung Funksprechverkehr und Eintagesschulung Führungsverhalten im Team.

- 48.2 Der RH wies darauf hin, dass der Bund, die Länder Oberösterreich und Salzburg und die Bezirksverwaltungsbehörden zu Pandemiebeginn Krisenstäbe mit flexiblem Personaleinsatz einrichteten. Er beurteilte die Verfügbarkeit dieser Strukturen als wesentlich für die Pandemiebewältigung. Er wies dabei insbesondere darauf hin, dass die Länder Oberösterreich und Salzburg auf Erfahrungen aus früheren Einsätzen zurückgreifen konnten und teilweise im Stabsdienst geschultes Personal vorhanden war.

Der RH hielt fest, dass sich die COVID-19-Pandemie in ihrer mehr als einjährigen Dauer von früheren, wesentlich kürzeren Katastropheneinsätzen unterschied. Dadurch war es nötig, bei der Krisenorganisation auch den Aspekt einer dauerhaften, langfristigen Ausrichtung zu beachten und (im Schichtdienst) eine größere Zahl von Personen einzubinden. Dies hatte wiederum Auswirkungen auf die Zahl der auszubildenden Personen. Der RH verwies weiters auf die unterschiedliche Ausgestaltung der Krisenstrukturen (Krisenstab, Covid 19-Board, aufgabenbezogene Teams).

Er empfahl dem Gesundheitsministerium und den Ländern Oberösterreich und Salzburg, die während der COVID-19-Pandemie gemachten Erfahrungen der Krisenstäbe (z.B. hinsichtlich der Struktur, Arbeitsweise, Zusammensetzung und Ausbildung) zu analysieren und die Ergebnisse für künftige Einsätze zu nutzen. Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und den Ländern Oberösterreich und Salzburg weiters, das für Krisenstäbe vorgesehene Personal (weiterhin) laufend aus- und weiterzubilden.

- 48.3 (1) Zur empfohlenen Erfahrungsanalyse der Krisenstäbe gab das Gesundheitsministerium in seiner Stellungnahme an, dass es in einem ersten Schritt bereits eine Evaluierung zur psychischen Belastung von Krisenstabsmitgliedern veranlasst habe, die mit Ende des Jahres 2021 abgeschlossen werde. Weiters sei eine Evaluierung der Organisation und Prozesse des Krisenstabes des Gesundheitsministeriums sowie der Zusammenarbeit mit externen Akteurinnen und Akteuren angedacht; nicht zuletzt um relevante Erkenntnisse und Lessons Learned für zukünftige Einsätze von Krisenstäben zu gewinnen.

Im Oktober 2020 seien zwei neue Abteilungen im Gesundheitsministerium (Krisenstab Gesundheitswesen, Krisenstab Veterinärwesen und Lebensmittelsicherheit) entstanden, die zukünftig insbesondere für organisatorische und koordinierende Krisenstabstätigkeit eingesetzt würden. Der überwiegende Teil der Abteilungsbediensteten sei im COVID-19-Krisenstab eingesetzt worden. Schulungen und Ausbildungen würden, auch in Zusammenarbeit mit dem SKKM, angestrebt und nach Verfügbarkeit ehestmöglich fortgesetzt; auch EU-Institutionen böten Trainingsmöglichkeiten. Insbesondere die Zusammensetzung und Funktionsfähigkeit eines Krisenstabes innerhalb des Gesundheitsministeriums solle zukünftig im Rahmen von

Übungen regelmäßig evaluiert werden, um eine zielführende Reaktionsbereitschaft bei auftretenden Krisenereignissen sicherzustellen.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Salzburg habe es die Erfahrungen aus der Arbeit des Krisenstabes zuletzt genutzt und das Dienstrecht der Salzburger Landesbediensteten angepasst (Inkrafttreten der Dienstrechtsnovelle 2021 am 1. Juli 2021 bzw. rückwirkend zum 28. Februar 2021):

- Tätigkeiten in Krisendiensten, die im Interesse der Allgemeinheit keinen Aufschub dulden würden, seien von den Bestimmungen über die Höchstgrenzen der Dienstzeit und Ruhezeiten ausgenommen worden.
- Mehrdienstleistungen, die zur Krisenbewältigung erforderlich seien, sollten finanziell und nicht durch Freizeit abgegolten werden.
- Personen, die zur Bewältigung der COVID-19-Krise dringlich notwendig seien (Sofortmaßnahmen), sollten bis zu einer Höchstdauer von zwölf Monaten ohne Ausschreibung angestellt werden können.

Amtsärztinnen und Amtsärzte

- 49.1 (1) Eine zentrale Rolle bei der Bewältigung der Pandemie kam dem amtsärztlichen Personal zu. Dessen Tätigkeit basierte auf dem Reichssanitätsgesetz aus dem Jahr 1870¹¹², welches die Zuständigkeit u.a. für die Aufsicht über Sanitätspersonal, für die Seuchenverhütung und Seuchenbekämpfung, die Leitung des Impfwesens, die Überwachung der Hygiene, das Apothekenwesen, die Totenbeschau und die Sanitätsberichterstattung regelte. Darüber hinaus waren Tätigkeiten in zahlreichen Gesetzen normiert. Amtsärztinnen und Amtsärzte¹¹³ der Bezirksverwaltungsbehörden und der Landessanitätsdirektionen waren Bedienstete der Länder bzw. der Statutarstädte und unterstützten diese Gebietskörperschaften im sanitätsbehördlichen Vollzug.

Der RH hatte bereits in seinem Bericht „Öffentlicher Gesundheitsdienst in ausgewählten Bezirksverwaltungsbehörden in Oberösterreich und Salzburg“¹¹⁴ festgestellt, dass die Länder die Amtsarztstellen oftmals nicht besetzen konnten. Im Rahmen der gegenständlichen Gebarungüberprüfung wiesen die beiden Länder darauf hin, dass sie als größte Hindernisse bei den Neubesetzungen das Gehaltsniveau sowie die fehlende Modernisierung des Berufs, beginnend bei der Ausbildung, sahen. Beide Länder waren bestrebt, den Beruf attraktiv zu gestalten. Eine bundesweite Übersicht über den Soll- und Ist-Stand an Amtsärztinnen und Amtsärzten gab es im Gesundheitsministerium nicht.

¹¹² RGBl. 68/1870

¹¹³ Amtsärztinnen und Amtsärzte waren gemäß § 41 Abs. 1 Ärztegesetz 1998 Ärztinnen und Ärzte, die behördliche Aufgaben zu vollziehen hatten, nicht kurativ tätig waren und in einem Dienstverhältnis zu einer Gebietskörperschaft standen.

¹¹⁴ Reihe Bund 2018/59

(2) Oberösterreich konnte bereits vor der Pandemie die ärztlichen Stellen nicht besetzen; insgesamt fehlten beim Land Oberösterreich gegenüber dem Dienstpostenplan¹¹⁵, der rd. 38 VZÄ vorsah, mehr als 4 VZÄ (11 %). Von den rd. 38 VZÄ entfielen auf die Amtsärztinnen und Amtsärzte der Bezirkshauptmannschaften gemäß Dienstpostenplan rd. 16 VZÄ, die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung zu 80 % besetzt waren.

Gemeinsam mit den Magistraten waren im Jahr 2020 zwischen 20 und 22 VZÄ (zwischen 27 und 31 Personen) als Amtsärztinnen und Amtsärzte in Oberösterreich beschäftigt. Weitere 3 VZÄ (vier Ärzte) waren Anfang 2020 bei der Gesundheitsabteilung des Landes mit gesundheitsbehördlichen Aufgaben betraut. Die übrigen Ärztinnen und Ärzte waren für nicht-behördliche Tätigkeiten eingesetzt (z.B. Gesundheitsplanung).

Ab März 2020 zog die Gesundheitsabteilung des Landes Oberösterreich einen Großteil der vorhandenen ärztlichen Ressourcen von ihren sonstigen Tätigkeiten ab, um sie im Rahmen der Pandemiebewältigung für gesundheitsbehördliche Aufgaben einzusetzen. Weiters nahm das Land zwei zusätzliche Ärzte auf. Dadurch konnte es im Schichtbetrieb bis zu 21 Ärztinnen und Ärzte (18 VZÄ) zusätzlich einsetzen.

(3) Das Land Salzburg konnte keine Auswertung über den Gesamtstand an Amtsärztinnen und Amtsärzten im Jahresverlauf für die Stadt Salzburg bereitstellen. Im März 2020 waren bei den Bezirksverwaltungsbehörden acht Amtsärztinnen und Amtsärzte mit rd. 5 VZÄ angestellt. Gegenüber dem Dienstpostenplan fehlten rd. 1,4 VZÄ (21 %). Im Laufe des Jahres 2020 erhöhte das Land die ärztlichen Ressourcen für gesundheitsbehördliche Aufgaben durch Zuweisung von Ärztinnen und Ärzten aus der Landessanitätsdirektion und aus dem schulärztlichen Dienst, so dass insgesamt bis zu 11,53 VZÄ zur Verfügung standen.

Die Stadt Salzburg stellte im Zeitraum März bzw. April 2020 bis Mai 2020 mittels Dienstvertrags zusätzlich zwei Amtsärztinnen bzw. Amtsärzte ein. Ab April kamen drei Ärzte auf Werkvertragsbasis dazu, die mit Totenbeschauen zur Entlastung der Amtsärztinnen und Amtsärzte beauftragt waren.

(4) Gemäß § 27 Abs. 1 Epidemiegesetz 1950 konnten für die Dauer des Bedarfs zudem Epidemieärztinnen und -ärzte bestellt werden, falls die zur Verfügung stehende Ärzteschaft (in erster Linie die Gemeinde- und Distriktärzte) zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit nicht ausreichte. Das Land Oberösterreich bezifferte die im Jahr 2020 angefallenen Kosten für Epidemieärztinnen und -ärzte mit 108.464 EUR. Die Stadt Salzburg stellte ab Juli 2020 fünf Ärztinnen und drei Ärzte als Epidemieärztinnen und -ärzte an, diese waren auch für das Land Salzburg tätig. Das

¹¹⁵ Stichtag 31. Dezember 2020; Gesundheitsabteilung und Bezirkshauptmannschaften, ohne Ärztinnen und Ärzte der Magistrate Linz, Steyr und Wels

Land Salzburg bezifferte die im Jahr 2020 angefallenen Kosten für Epidemieärztinnen und –ärzte mit 170.155 EUR.

- 49.2 Der RH hielt fest, dass die Besetzung der Amtsarztstellen für die Länder und Bezirksverwaltungsbehörden eine Herausforderung darstellte. Dies war auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass Amtsärztinnen und Amtsärzte generell und insbesondere während Krisen- und Katastrophenfällen einen wesentlichen Teil des öffentlichen Gesundheitswesens bildeten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium sowie den Ländern Oberösterreich und Salzburg daher erneut, die Bemühungen zur Attraktivierung der Tätigkeit der Amtsärztinnen und Amtsärzte zur Erreichung einer ausreichenden Ressourcenausstattung des öffentlichen Gesundheitswesens zu verstärken und diese sicherzustellen.

Der RH bemängelte, dass das Gesundheitsministerium keinen Überblick über die Anzahl der vorgesehenen und tatsächlich verfügbaren Amtsärztinnen und Amtsärzte hatte.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, eine regelmäßige Übermittlung von Informationen zum Bedarf und zur Ausstattung von amtsärztlichen Ressourcen an das Gesundheitsministerium vorzusehen.

- 49.3 (1) Das Gesundheitsministerium nahm die Empfehlungen zur Kenntnis und wies darauf hin, dass zwar Teile des Reichssanitätsgesetzes aus dem Jahr 1870 Angelegenheiten der Organisation der Verwaltung in den Ländern regelten, diese jedoch mit Inkrafttreten der Kompetenzartikel des B-VG zu bundesgrundsatzgesetzlichen Bestimmungen geworden seien (Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG in seiner Stammfassung in Verbindung mit § 3 Abs. 2 Übergangsgesetz 1920 i.d.F. BGBl. 368/1925). Seit der B-VG-Novelle 1974 sei die Organisation der Verwaltung in den Ländern gemäß Art. 15 Abs. 1 B-VG in Gesetzgebung und Vollziehung Landessache. Aufgrund des Art. XI Abs. 1 der B-VG-Novelle 1974 in Verbindung mit § 4 Abs. 2 Übergangsgesetz 1920 seien die Bestimmungen des Reichssanitätsgesetzes zur Organisation der Verwaltung in den Ländern in Landesgesetze transformiert worden. Die Länder hätten in der Folge von ihrer Gesetzgebungskompetenz teilweise Gebrauch gemacht und unter gleichzeitiger Aufhebung der entsprechenden Bestimmungen des Reichssanitätsgesetzes landesgesetzliche Regelungen erlassen (z.B. § 11 Abs. 2 Wiener Landessanitätsratsgesetz (LGBl. 4/2004), wonach die §§ 9 bis 13 Reichssanitätsgesetz außer Kraft getreten seien). Daher würden Teile des Reichssanitätsgesetzes nur in bestimmten Ländern (Niederösterreich und Oberösterreich) bis heute als Landesgesetze gelten.

(2) Das Land Oberösterreich teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es bereits Maßnahmen gesetzt habe, um die Tätigkeit der Amtsärztinnen und Amtsärzte

verstärkt zu attraktivieren und darauf aufmerksam zu machen. Dazu würden u.a. planbare Dienstzeit, flexible Teilzeitmöglichkeiten, gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf, sondervertraglich bessere Einstufung durch Anwendung des Spitalsärzteschemas, großzügige Vordienstzeitenanrechnung, finanziell attraktive Regelung für Vertretungstätigkeit bei unbesetzten Amtsarztstellen und ein besonderer Status der amtsärztlichen Tätigkeit gehören. Weiters setze das Land Oberösterreich umfassende weitere Rekrutierungsbemühungen und plane, die Sondervertrags-Richtlinien für Amtsärzte im Sinne einer Attraktivierung der Entlohnung zu überarbeiten.

(3) Laut Stellungnahme des Landes Salzburg habe es mit Inkrafttreten der Richtlinien für die sondervertragliche Vergütung von Amtsärztinnen und Amtsärzten gemäß § 71 Abs. 2 Landes-Vertragsbedienstetengesetz 2000 am 1. August 2020 eine weitere Maßnahme zur Attraktivierung der amtsärztlichen Tätigkeit gesetzt und die Entlohnung an das Marktumfeld angepasst. Dabei habe es auch die gerade anlässlich der COVID-19-Pandemie deutlich gewordene Bedeutung dieses Berufsstandes für das öffentliche Sanitätswesen und die Volksgesundheit berücksichtigt. Derzeit werde die Sondervertrags-Richtlinie evaluiert mit dem Ziel, eine marktkonforme Entlohnung zukünftig an der Gehaltsstruktur im landeseigenen klinischen Bereich zu orientieren.

Gesundheitsberatung 1450

50.1 (1) Die Gesundheitsberatung 1450 war eine Telefonhotline für gesundheitsbezogene Fragestellungen, bei der speziell geschultes diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal allgemeine und spezifische medizinische Fragestellungen erläuterte, mit einem bundesweit einheitlichen, protokollgestützten System die Dringlichkeit abschätzte und Empfehlungen abgab. Im Februar 2020 entschied das Gesundheitsministerium, dass die Gesundheitsberatung 1450 auch Erstkontaktstelle für COVID-19-Verdachtsfälle sein sollte. Der Bund regelte dabei, wer als Verdachtsfall galt und in der Folge zu testen war. Die Gesundheitsberatung 1450 stellte somit einen wesentlichen Baustein bei der Pandemiebewältigung dar. Die Gespräche führten sogenannte „Calltaker“, Anrufe wurden in der Regel nicht an die mit diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal besetzte „Experten-ebene“ weitergeleitet.

(2) Die Gesundheitsberatung 1450 basierte auf einer zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung abgeschlossenen Kooperationsvereinbarung und wurde von diesen finanziert. Den Betrieb übertrugen die Länder auf private Partnerorganisationen. Die operative Umsetzung (Personaleinsatzplanung, Strukturierung der einzelnen Prozesse) war Aufgabe dieser Organisationen. Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, nahmen in den Ländern unterschiedliche Organisationen die Aufgaben der Gesundheitsberatung 1450 wahr. Betriebsbeginn war in drei Ländern im Jahr 2017, in den übrigen Ländern (darunter Oberösterreich und Salzburg) im Jahr 2019.

Tabelle 16: Betriebsbeginn und Betreiber der Gesundheitsberatung 1450 in den Ländern

Land	Betriebsbeginn	Betreiber
Burgenland	Mai 2019	Notruf Niederösterreich
Kärnten	November 2019	Notruf Niederösterreich
Niederösterreich	April 2017	Notruf Niederösterreich
Oberösterreich	März 2019	ÖRK, Landesverband Oberösterreich
Salzburg	November 2019	ÖRK, Landesverband Salzburg
Steiermark	April 2019	ÖRK, Landesverband Steiermark
Tirol	September 2019	Leitstelle Tirol
Vorarlberg	April 2017	ÖRK, Landesverband Vorarlberg und Rettungs- und Feuerwehrleitstelle
Wien	April 2017	Fonds Soziales Wien

ÖRK = Österreichisches Rotes Kreuz

Quelle: Gesundheitsministerium

(3) In der Kooperationsvereinbarung war ein regelmäßiges Reporting über die Gespräche auf der „Expertenebene“ vorgesehen. Da die Gespräche mit COVID-19-Bezug allerdings grundsätzlich nicht auf der Expertenebene stattfanden, gab es kein Reporting zu diesen Anrufen. Das Gesundheitsministerium verfügte jedoch über Auswertungen der bei 1450 eingegangenen Anrufe. Diese Auswertungen wurden durch den Telefonprovider bereitgestellt und sind – für das Jahr 2020 – in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Tabelle 17: Anzahl der Anrufe bei der Gesundheitsberatung 1450 im Jahr 2020

Jahr 2020	Österreich	Oberösterreich	Salzburg
	Anzahl Anrufe		
Jänner	38.153	3.904	1.667
Februar	51.945	5.391	2.206
März	690.451	126.310	41.018
April	101.303	10.784	5.317
Mai	80.887	7.096	2.862
Juni	106.306	11.674	4.250
Juli	146.987	28.716	7.039
August	204.741	26.633	12.466
September	396.220	23.459	12.610
Oktober	472.571	45.520	23.229
November	591.869	91.183	30.938
Dezember	297.365	21.356	15.524

Quelle: Gesundheitsministerium

Die Gesundheitsberatung 1450 verzeichnete ab März 2020 einen massiven Anstieg der Anzahl der Anrufe. In der Auswertung waren jedoch auch mehrfache Anrufversuche und Anrufe enthalten, bei denen eine Verbindung nicht zustande kam (sogenannte „Abwürfe“).

Die folgende Abbildung stellt der Anzahl der Anrufe die tatsächlich geführten Telefonate mit der Gesundheitsberatung 1450 in Oberösterreich und Salzburg gegenüber:

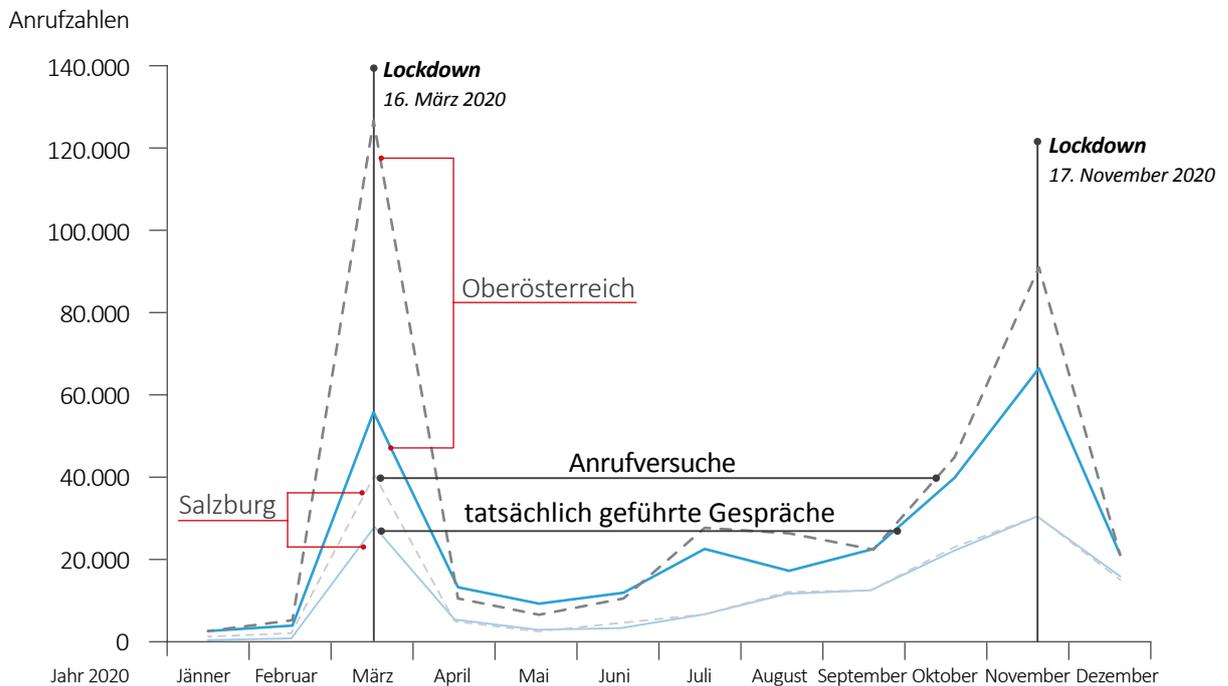
Abbildung 27: Gegenüberstellung der Anzahl an Anrufen und der davon tatsächlich geführten Gespräche bei der Gesundheitsberatung 1450 im Jahr 2020

Oberösterreich, Salzburg

RESSOURCEN



Quellen: Gesundheitsministerium; Land Oberösterreich; Land Salzburg; Darstellung: RH



Die Zahl der Anrufe ging – nach Spitzenwerten im März 2020 – im Sommer 2020 wieder zurück. Mit dem Beginn der zweiten Pandemiewelle stieg das Anrufvolumen vor allem im November 2020 wieder deutlich an. Zu Spitzenzeiten kam es zu Überlastungen der Gesundheitsberatung 1450. Der Vergleich der tatsächlich geführten Gespräche mit den eingegangenen Anrufen zeigte, dass in den Monaten März 2020 und November 2020 viele Anrufe nicht zu einem Gespräch mit Personal der Gesund-

heitsberatung 1450 führten.¹¹⁶ Das Gesundheitsministerium sah die Ursache dafür zu Pandemiebeginn in Kapazitätsengpässen des zentralen Rufnummernbetreibers sowie bei den vorhandenen Personalressourcen. Es führte dazu weiter aus, dass die Gesundheitsberatung 1450 infrastrukturell nicht als „Krisenhotline“ ausgerichtet gewesen sei. Das Anrufvolumen habe – insbesondere in der ersten Pandemiewelle im März 2020 – die Erwartungen übertroffen. Die Erreichbarkeit der Gesundheitsberatung 1450 sowie die Umsetzung von gesundheitsbehördlichen Prozessen (z.B. Testung, Information über Ergebnis, Kontaktpersonennachverfolgung) seien Gegenstand von Beschwerden gewesen.

(4) Sowohl in Oberösterreich als auch in Salzburg änderten die Betreiber der Gesundheitsberatung 1450 zur Bewältigung der erhöhten Nachfrage ihre operativen Prozesse und erhöhten in Abstimmung mit den Ländern die personellen und technischen Ressourcen.

Das Land Oberösterreich vereinbarte im Juli 2020 mit dem ÖRK, Landesverband Oberösterreich, wegen der stark gestiegenen Anruftzahlen die Gesundheitsberatung 1450 um acht Personen dauerhaft aufzustocken; im Oktober 2020 vereinbarten sie eine weitere Aufstockung um maximal 20 VZÄ. In Salzburg übernahm das ÖRK, Landesverband Salzburg, als dezentraler operativer Betreiber die Verantwortung für die operative Umsetzung. Dem sprunghaften Anstieg der Anruftzahlen begegnete es mit der Inbetriebnahme eines vorgeschalteten Callcenters. Zu Pandemiebeginn waren in diesem Callcenter viele ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ÖRK tätig und auch die ÖGK stellte Personal unentgeltlich zur Verfügung. Im Verlauf der Pandemie übernahmen hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deren Aufgaben. Das diplomierte Personal führte vor allem die allgemeinen Gesundheitsberatungen durch, das vorgelagerte Callcenter (Rettungsanitäter oder andere Gesundheitsberufe) nahm eine Vorauswahl vor, beauftragte Probenabnahmen und gab allgemeine Auskünfte.

(5) Kennzahlen zur Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsberatung 1450 (z.B. über die Dauer zwischen einer ersten Kontaktaufnahme und einer Verständigung über ein Testergebnis) lagen weder dem Bund noch den Ländern vor.

50.2 Der RH hielt fest, dass die Gesundheitsberatung 1450 auf Basis einer zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung abgeschlossenen Kooperationsvereinbarung und auf Basis von Verträgen zwischen den Ländern und den teilweise privaten Partnerorganisationen betrieben wurde und zu Pandemiebeginn in sechs von neun Ländern erst wenige Monate in Betrieb war. Das Auseinanderfallen der Zuständigkeiten erschwerte die Steuerung: Das Gesundheitsministerium legte die Prozessvorgaben an die Gesundheitsberatung 1450 fest (z.B. Definition Verdachtsfall), Land und Part-

¹¹⁶ So standen in Oberösterreich im März 2020 rd. 126.000 Anrufversuchen rd. 55.600 zustande gekommene Gespräche gegenüber.

nerorganisation vereinbarten die personelle Aufstockung und die teilweise privaten Partnerorganisationen verantworteten die operative Umsetzung.

Der RH hob hervor, dass mit der Gesundheitsberatung 1450 eine bundesweit eingeführte, mit qualifiziertem Fachpersonal besetzte Erstkontaktstelle für gesundheitsbezogene Fragestellungen bestand, wies aber darauf hin, dass die Gesundheitsberatung 1450 in ihrer Konzeption nicht als Krisenhotline vorgesehen war. Nachdem das Gesundheitsministerium im Februar 2020 entschied, dass die Gesundheitsberatung 1450 Erstkontaktstelle zur Abklärung des Verdachts auf eine Erkrankung an COVID-19 sein sollte, kam es in Spitzenzeiten zu einer Überlastung der Hotline.

Der RH anerkannte, dass die Betreiber durch operative Änderungen bei den Prozessen sowie durch eine – mit den Ländern abgesprochene – Erhöhung der personellen und technischen Ressourcen auf die massive Zunahme der Anrufe reagierten.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium sowie den Ländern Oberösterreich und Salzburg, die Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsberatung 1450 während der Pandemie zu evaluieren. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse und insbesondere das Erfordernis einer kurzfristigen Kapazitätsausweitung, die Erfüllung der Aufgaben und die angewandten Prozesse wären bei der Einrichtung von „Krisenhotlines“ zu berücksichtigen.

Der RH wies auch auf seine Feststellungen in [TZ 7](#) hin, dass eine eindeutige Personenidentifikation durch die Gesundheitsberatung 1450 mangels Einbindung in das Zentrale Melderegister nur eingeschränkt möglich war und dass ein Gesamtprozessverantwortlicher fehlte.

- 50.3 Das Gesundheitsministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass es die empfohlene Evaluierung bereits während der Pandemie im April 2021 gestartet habe. Federführend dafür zuständig sei das in der Sozialversicherung angesiedelte Projektmanagement. Unterstützt werde das Vorhaben durch die GÖG, die Ergebnisse (Bericht) würden für Herbst 2021 erwartet. Auf die Erkenntnisse daraus solle im Sinne der Empfehlung des RH bei der zukünftigen Einrichtung von Krisenhotlines, etwa auch in Form einer erweiterten Aufgabenstellung der Gesundheitsberatung 1450, zurückgegriffen werden.

Die Rahmenbedingungen seien sehr herausfordernd gewesen. So habe das Gesundheitsministerium zwar am Tag der politischen Entscheidung und medialen Kommunikation darüber, dass die Gesundheitsberatung 1450 auch als Erstkontaktstelle für COVID-19 fungieren soll (24. Februar 2020), eine diesbezügliche „Vorwarnung“ an die Länder bzw. operativen Betreiber versendet. Die Zeit für die betroffenen Stellen sei jedoch bis zur starken Zunahme der Anrufe Mitte März 2020 sehr kurz gewesen,

um die erforderlichen Maßnahmen (Aufstockung von Personal sowie der räumlichen und telefonischen Infrastruktur) umzusetzen.

Im Rahmen eines telefonischen Kontakts mit der Gesundheitsberatung 1450 sei eine Personenidentifikation durch Abgleich mit einem amtlichen Lichtbildausweis nicht möglich, weshalb Abfragen des Stammzahlenregisters nur bedingt aussagefähig seien. Die Länder hätten Testungen unterschiedlich organisiert, Testungen seien nur teilweise über die Gesundheitsberatung 1450 direkt ausgelöst worden. Eine Anbindung der Gesundheitsberatung 1450 an das EMS sei nicht vorgesehen gewesen, zumal im EMS nur bestätigte Verdachtsfälle (Erkrankungen) erfasst würden, dies in der verfügbaren Zeit technisch nicht umsetzbar gewesen wäre und im Hinblick auf die unterschiedliche Vorgangsweise der Länder auch nicht flächendeckend hätte erfolgen können. Aufgrund dieser Umstände sei es zutreffend, dass ein Gesamtprozessverantwortlicher (auf Seite der Länder) gefehlt habe. Das Gesundheitsministerium schlage deshalb vor, dies im Zuge der geplanten und auch vom RH empfohlenen Neukonzeption des EMS zu berücksichtigen. Dabei sei auch die eindeutige Identifikation der Anrufenden zu prüfen bzw. zu klären.

Contact-Tracing

- 51.1 (1) Das Gesundheitsministerium hielt die frühestmögliche Identifizierung und Absonderung von infizierten Personen sowie das damit einhergehende Kontaktpersonenmanagement für essenziell, um eine Ausbreitung des Virus in Österreich zu vermeiden bzw. gering zu halten. Das Gesundheitsministerium war für die Erstellung der diesbezüglichen Zielvorgaben zuständig, die Länder für deren Ausführung. Durch den Containment 2.0-Erlass¹¹⁷ gab das Gesundheitsministerium bei Verdachtsfällen vor, dass den zuständigen Gesundheitsbehörden im Medianwert innerhalb von maximal 48 Stunden nach Anforderung der Probennahme ein Laborergebnis vorliegen sollte. Zudem war durch die Gesundheitsbehörde eine Kontaktpersonennachverfolgung (Contact-Tracing) vorzusehen. Die Kontaktpersonen waren innerhalb von 24 Stunden ab Veranlassung der Probennahme und vorläufigen Absonderung zu erheben. Das Gesundheitsministerium verfügte jedoch nicht über Informationen zum eingesetzten Personal und Prozesskennzahlen (z.B. Dauer der Bearbeitung der einzelnen Fälle).

(2) Die Entscheidung über das eingesetzte Personal und die Gestaltung der Prozesse lag beim Land bzw. bei der Bezirksverwaltungsbehörde. Die WHO stellte im Mai 2020 für das Contact-Tracing ein Tool zur Verfügung, mit dem je nach Infektionsgeschehen und eingesetztem Prozess (IT-Unterstützung) das für das Contact-Tracing benötigte Personal berechnet werden konnte. Mit den vorgeschlagenen Annahmen der WHO (fünf Kontakte pro Fall, 8-Stunden-Arbeitstag der Contact-Tracer etc.) errech-

¹¹⁷ „Erlass zur Abklärung von COVID-19 Verdachtsfällen durch Probennahme und Laboruntersuchung gemäß Epidemiegesetz 1950, CONTAINMENT 2.0“, 20. Mai 2020

nete das Tool bei 1.000 COVID-19-Fällen pro Tag einen Personalbedarf von rd. 8.200 Personen, für 3.000 COVID-19-Fälle einen Personalbedarf von 24.522 Personen. Demgegenüber versuchte das Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern im Sommer 2020 den Personalbedarf für das Contact-Tracing analog zum deutschen Vorgehen bezogen auf die Bevölkerung (unabhängig von der Zahl der Infektionen) zu beurteilen. In einer Sitzung des Gesundheitsministeriums und der Landessanitätsdirektionen wurde festgehalten, dass sich daraus ein Bedarf von rd. 2.200 Personen ergebe. Eine eindeutige Entscheidung über die vorzuhaltenden Personalressourcen für das Contact-Tracing gab es nicht.

(3) Seit Pandemiebeginn entwickelten die Länder die Prozesse zum Contact-Tracing laufend weiter. Zu Beginn manuell erledigte Arbeitsschritte (z.B. die Erfassung von händisch geschriebenen und per E-Mail übermittelten Kontaktpersonenlisten) wurden zunehmend digitalisiert, was eine Erhöhung der bearbeiteten Fälle je eingesetzte Person erlaubte. Die Länder versuchten weiters, durch interne Umschichtungen ausreichend Personal für das Contact-Tracing bereitzustellen. Um besonders vom Infektionsgeschehen betroffene Bezirksverwaltungsbehörden zu unterstützen, stellten die Länder durch Contact-Tracing-Pools zusätzliches Personal zur Verfügung, das laufend aufgestockt wurde – u.a. mit freien Dienstverträgen, Unterstützung des Bundesheeres und Vermittlung von Personal durch das Arbeitsmarktservice (**AMS**). Das Land Salzburg setzte auch Ressourcen der Gemeinden für das Contact-Tracing ein.

(4) Im November und Dezember 2020 gelangte das Contact-Tracing durch den raschen Anstieg der Fallzahlen an seine Kapazitätsgrenzen, die Einhaltung der Vorgaben des Bundes¹¹⁸ konnte nicht mehr durchgängig gewährleistet werden. Die Anzahl der identifizierten Kontaktpersonen je Infektionsfall ging zurück, der Anteil der Fälle, bei denen die Infektionsquelle bekannt war, ebenso.

Am 3. November 2020 erhob das Gesundheitsministerium bei den Ländern die benötigten und verfügbaren Ressourcen für das Contact-Tracing. Zudem ersuchte es um Auskunft, ob die Vorgabe des Containment-Erlasses vom 20. Mai 2020 – das Contact-Tracing für Kontaktpersonen der Kategorie I innerhalb von 24 Stunden durchzuführen – eingehalten werden könne. Das Gesundheitsministerium gab am 10. November 2020 einen Erlass heraus, der die Arbeitsbelastung der Bezirksverwaltungsbehörden anerkannte und für den Fall einer Überlastung ein vereinfachtes Vorgehen sowie eine Priorisierung von Personengruppen bei behördlichen Testungen festlegte.

¹¹⁸ Fachinformation des Gesundheitsministeriums vom September 2020 „Behördliche Vorgangsweise bei SARS-CoV-2 Kontaktpersonen: Kontaktpersonennachverfolgung“ i.d.g.F.

(5) Oberösterreich zog vorrangig und je nach Arbeitsanfall die Bediensteten der Bezirksverwaltungsbehörden zum Contact-Tracing heran. Um die Einhaltung der Vorgaben des Gesundheitsministeriums zu gewährleisten, stockte es die Personalressourcen laufend auf. Es setzte bereits im Ruhestand befindliche Landesbedienstete und gemäß § 2 Abs. 1 lit. c Wehrgesetz 2001¹¹⁹ Soldatinnen und Soldaten zur Unterstützung der Gesundheitsbehörden im Contact-Tracing ein. Im November 2020 waren 78 Soldatinnen und Soldaten für die oberösterreichischen Krisenstäbe im Assistenzeinsatz. Ebenfalls im November 2020 bildete das Land Oberösterreich einen „Contact-Tracing-MitarbeiterInnen-Pool“, so dass den besonders betroffenen Bezirkshauptmannschaften bei Bedarf bis zu 180 Personen zusätzlich zur Verfügung standen.

(6) Das Land Salzburg setzte bei den Bezirksverwaltungsbehörden Bedienstete aller Bereiche für das Contact-Tracing ein. Zusätzlich unterstützte auch Personal der Abteilungen im Amt der Landesregierung die Bezirksverwaltungsbehörden (z.B. aus dem Covid 19-Board) im Contact-Tracing. Auch über das AMS gewonnene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Soldatinnen und Soldaten unterstützten die Gesundheitsbehörden im Contact-Tracing. Im November 2020 gab das Land Salzburg dem Gesundheitsministerium auf seine Anfrage bekannt, dass zusätzliches Personal benötigt werde. Im Jahr 2020 waren im Land Salzburg bis zu 186 VZÄ als Contact-Tracer eingesetzt.

Das Land Salzburg rief im November 2020 auch die Gemeinden zur Unterstützung beim Contact-Tracing auf. 114 der 118 Gemeinden sagten daraufhin ihre Teilnahme zu. Mittels Bescheid gemäß § 27a Epidemiegesetz 1950 wurden in der Folge 562 Gemeindebedienstete bestellt, die nach einer Einschulung ab dem 16. November 2020 als zusätzliches Personal für das Contact-Tracing zur Verfügung standen. Salzburg sah neben der raschen Verfügbarkeit der Personalressourcen für die Bewältigung der zweiten Pandemiewelle auch weitere positive Nebeneffekte aus dem Einsatz von Gemeindebediensteten:

- Die Infrastruktur – einschließlich der IT-Ausstattung – in den Gemeindeämtern konnte für das Contact-Tracing (mit-)verwendet werden.
- Die bei Gemeindebediensteten vorhandenen Kenntnisse des Verwaltungsrechts und der administrativen Prozesse ließen eine rasche Einsatzfähigkeit erwarten.
- Die Kenntnis der Gemeindebediensteten über die örtlichen Verhältnisse war für die Erhebungsarbeit (insbesondere bei mäßiger Kooperationsbereitschaft der zu überwachenden Personen) hilfreich.

¹¹⁹ BGBl. I 146/2001 i.d.g.F.

Die Gemeindebediensteten waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch im Einsatz. Das Land Salzburg hob ihre flexible und rasche Einsatzmöglichkeit positiv hervor.

(7) Ein Vergleich der eingesetzten Ressourcen zwischen den Ländern war durch unterschiedliche Erfassungsformen (in VZÄ bzw. Personen) und unterschiedliche Verfügbarkeit der Daten der Länder erschwert.

Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die von den Ländern Oberösterreich und Salzburg eingesetzten Personalressourcen für die gesundheitsbehördlichen Aufgaben (inklusive Krisenstäben) und für das Contact-Tracing:

Abbildung 28: Personaleinsatz für Contact-Tracing und sonstige gesundheitsbehördliche Aufgaben im Land Oberösterreich im Jahr 2020 (Vollzeitäquivalente)

Oberösterreich

RESSOURCEN



Quelle: Land Oberösterreich; Darstellung: RH

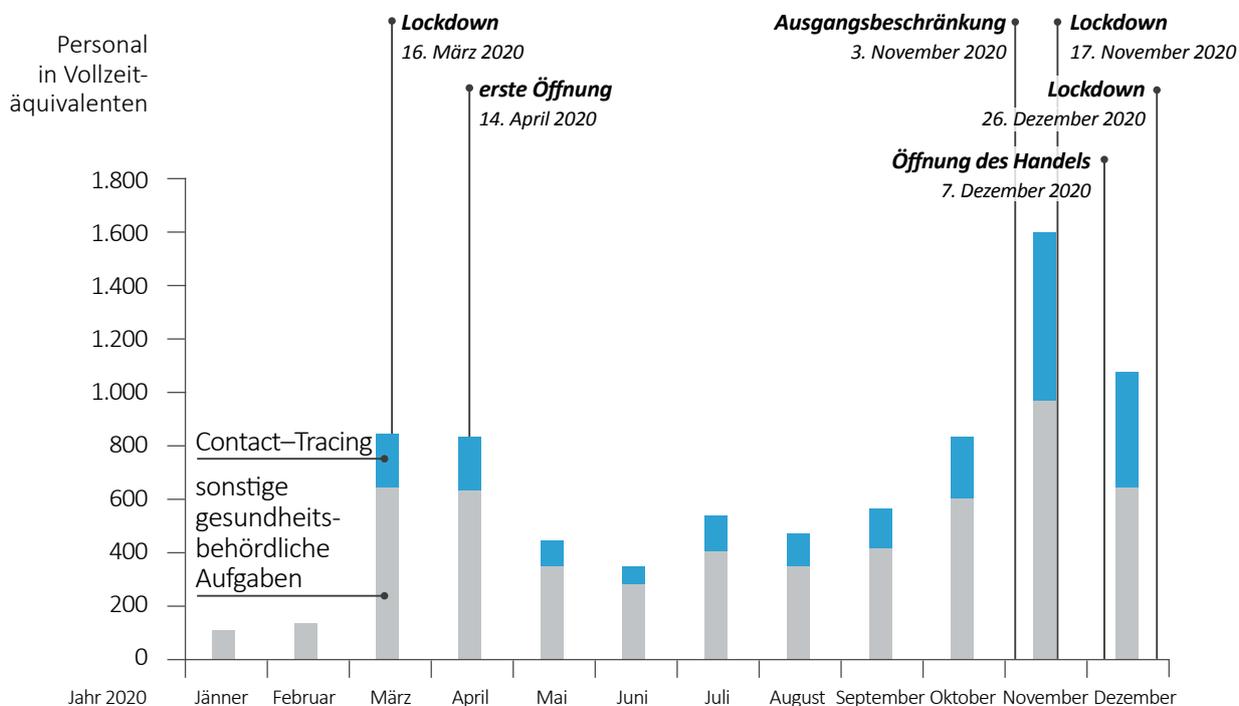


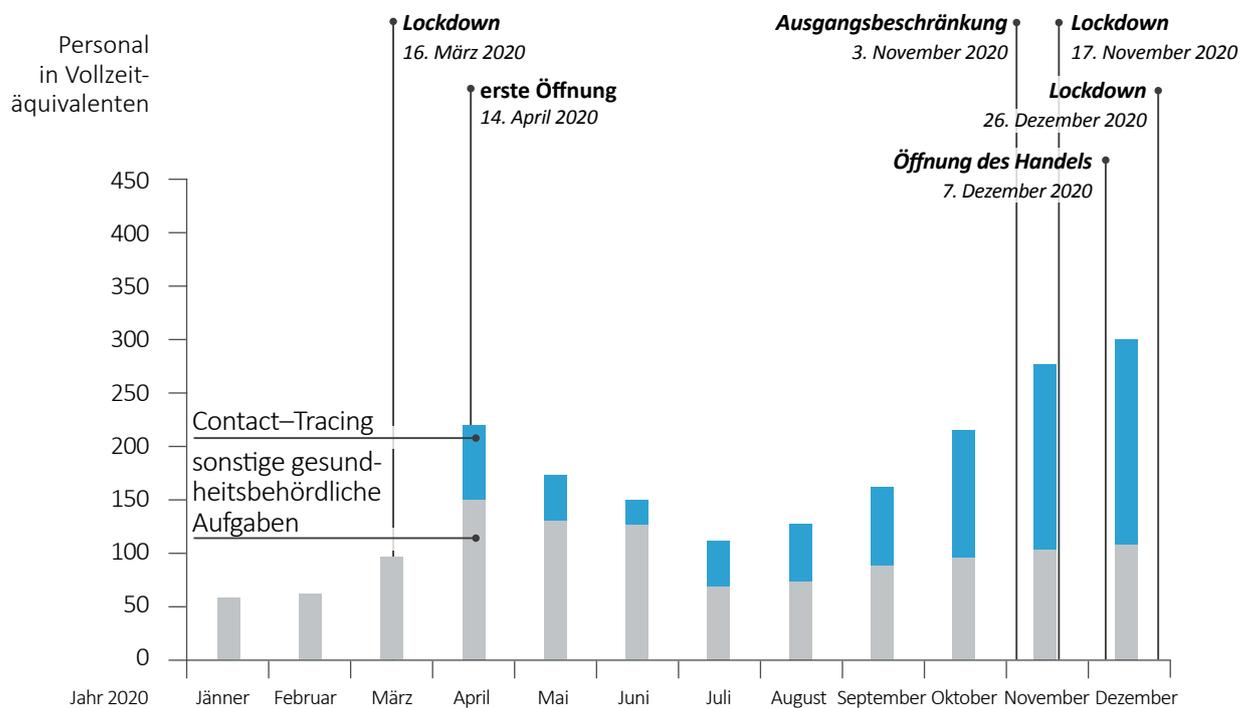
Abbildung 29: Personaleinsatz für Contact-Tracing und sonstige gesundheitsbehördliche Aufgaben im Land Salzburg im Jahr 2020 (Vollzeitäquivalente)

Salzburg

RESSOURCEN



Quelle: Land Salzburg; Darstellung: RH



51.2 Der RH hielt fest, dass die Identifizierung und Absonderung von infizierten Personen sowie das damit einhergehende Kontaktpersonenmanagement wesentlich waren, um eine Ausbreitung von COVID-19 gering zu halten.

Dennoch konnte im November und Dezember 2020 aufgrund der massiv gestiegenen Fallzahlen ein Contact-Tracing gemäß den Vorgaben des Gesundheitsministeriums nicht mehr durchgängig gewährleistet werden. Eine Planung über den Umfang der vorzuhaltenden Personalressourcen und eine davon abgeleitete Personalplanung (Arbeitsmarktservice, Bundesheer, Landespools, Gemeinden etc.) für das Contact-Tracing im Fall steigender Infektionszahlen erfolgten im Sommer 2020 nicht. Der RH anerkannte, dass die Länder durch Automatisierungsschritte die Prozesse verbesserten und durch Maßnahmen zur Personalaufstockung bzw. durch eine Assistenzleistung von Soldatinnen und Soldaten zeitnah die Ressourcen zum Contact-Tracing ausbauen konnten. Er wies darauf hin, dass die WHO bereits im

Mai 2020 durch ein Berechnungsmodell zeigte, dass sich bei hohen Fallzahlen ein sehr hoher Bedarf an Personalressourcen für das Contact-Tracing ergeben konnte, und kritisierte, dass der Sommer 2020 für entsprechende Planungen nicht genutzt wurde.

Der RH wies auch darauf hin, dass die Prozesssteuerung beim Bund und die Ressourcensteuerung bei den Ländern weitgehend getrennt erfolgten und der Austausch über die entsprechenden Daten gering war.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, für das Contact-Tracing einen Monitoring- und Steuerungsprozess vorzusehen, bei dem Prozessvorgaben, benötigte (Personal-)Ressourcen und ihre Verfügbarkeit definiert werden. Die verschiedenen Ausprägungen des Contact-Tracings (u.a. zentrale Contact-Tracing-Pools, Assistenzkräfte, Einsatz von Gemeindebediensteten und pensionierten Landesbediensteten) wären zu evaluieren, um die gewonnenen Erfahrungen bei der Krisenvorsorge berücksichtigen zu können.

- 51.3 (1) Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, dass ein rasches Contact-Tracing und die Isolation jener Personen, die mit dem Verdachts- bzw. Krankheitsfall kürzlich in engem physischem Kontakt gestanden seien, zu den wichtigsten und effektivsten Maßnahmen gehören würden, um die Übertragung von Krankheitserregern wie SARS-CoV-2 zu verringern. Dies diene der Quellensuche, der raschen Identifikation weiterer Fälle und der Unterbindung von Transmissionsketten.

Grundsätzlich seien für die Kontaktpersonennachverfolgung die Bezirksverwaltungsbehörden zuständig. Diese hätten gemäß dem Erlass zur Abklärung von COVID-19-Verdachtsfällen durch Probennahme und Laboruntersuchung gemäß Epidemiegesetz 1950, Containment 3.0 die Kontaktpersonen innerhalb von 24 Stunden nach Bekanntwerden des Verdachtsfalls zu erheben. Steige die Anzahl der positiven Fälle, erhöhe sich auch der Bedarf an Ressourcen zur Kontaktpersonennachverfolgung. Laut § 27a Epidemiegesetz 1950 könne der Landeshauptmann auch andere geeignete Personen (z.B. Freiwillige von sanitätsdienstlichen Einsatzorganisationen) zur Unterstützung bei der Kontaktpersonennachverfolgung bestellen. Hierfür sei angedacht, einen Personenpool zu schulen, den die zuständige Behörde bei Bedarf beanspruchen könne. Mit der Vorbereitung der Schulungen habe das Gesundheitsministerium bereits die AGES beauftragt.

Um die zuständigen Gesundheitsbehörden weiter zu unterstützen, sei ein Online-Tool entwickelt worden, in das die als Verdachtsfall betroffene Person selbst insbesondere die Personen, mit denen sie oder er Kontakt gehabt habe, eintragen könne. Hilfe die Person mit, könne die zuständige Gesundheitsbehörde Zeit und Ressourcen sparen.

Das internationale Contact-Tracing Austria arbeite mit Hilfe eines Portals, das tagesaktuell mittels Dashboard verwaltet werde. Die einzelnen Arten der Tracingfälle seien nach Zeit, Ländern, Transportmittel etc. auswertbar. Die Prozesse seien in einem Handbuch dokumentiert, der zeitliche Aufwand pro Art des Tracingfalls erfahrungsbasiert festgelegt. Mit quantitativen und qualitativen Indikatoren würden benötigte (Personal-)Ressourcen überwacht. Eine gewisse zeitliche Verschiebung zwischen dem Monitoring und der Umsetzung in der Ressourcenverfügbarkeit sei system- und normativbedingt nicht zu vermeiden (z.B. arbeitsrechtliche Vorgaben).

Ein den Bezirksverwaltungsbehörden zur Verfügung gestelltes Kontaktpersonenerhebungsformular habe den Prozess insofern strukturiert und vereinfacht, als dieses Formular für die nationalen Contact-Tracer eine Art Leitfaden dazu darstelle, welche Informationen für das internationale Contact-Tracing von Interesse seien.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Oberösterreich habe es für die Pandemiebekämpfung extern aufgenommene bzw. über das AMS gewonnene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingesetzt.

Obwohl noch keine Bundesvorgaben zum Umfang der vorzuhaltenden Personalressourcen vorgelegen seien, seien im oberösterreichischen Landesdienst bereits im Sommer 2020 Abstimmungen zur Schaffung einer flexiblen Einsatzgruppe für die zentrale Aufgabenwahrnehmung von krisenbedingten Tätigkeiten der Bezirkshauptmannschaften erfolgt. Ende August bzw. Anfang September 2020 seien die Überlegungen konkretisiert und sei die Einrichtung eines zentralen Contact-Tracing-Pools mit bis zu 180 VZÄ geplant worden. Darüber hinaus hätten Gespräche mit allen Bezirkshauptleuten im Sommer 2020 stattgefunden, um die Ausstattung der Krisenstäbe der Bezirkshauptmannschaften bzw. die zusätzlichen Personalbedarfe auf Basis des aktuellen Fallgeschehens abzustimmen und Veranlassungen für zusätzliche Personalaufnahmen zu treffen. Auch das Land Oberösterreich habe Gemeinde(verbands)bedienstete (nach Gestellungen von Bediensteten der Sozialhilfverbände) für Tätigkeiten in den Krisenstäben der Bezirkshauptmannschaften herangezogen.

Resümee (Lessons Learned)

- 52 (1) Die Bundesregierung, das Gesundheitsministerium, die Landeshauptleute und Bezirksverwaltungsbehörden sowie verschiedene andere Rechtsträger (z.B. Krankenanstalten- und Sozialversicherungsträger) trafen während des Jahres 2020 wesentliche, mitunter auch einschneidende Maßnahmen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie und zum Schutz der Bevölkerung. Basis dieser Maßnahmen waren Informationen über das epidemiologische Geschehen, Kontextinformationen dazu (z.B. zu Testungen oder Clusterbildungen), Informationen über die verfügbaren Ressourcen zur Pandemiebewältigung (z.B. Schutzausrüstung, Normal- und Intensivbetten in Krankenanstalten, Personal) und zu den Konsequenzen der Maßnahmen (z.B. zu den Auswirkungen auf das Gesundheitssystem). Im Laufe des Jahres 2020 entstanden vielfältige Diskussionen darüber, ob diese Daten in der erforderlichen Qualität verfügbar waren.

Ziel der Gebarungsüberprüfung des RH war daher die Beurteilung der Verfügbarkeit, Qualität und Aufbereitung von gesundheitsbezogenen Daten zum Infektionsgeschehen und zur epidemiologischen Steuerung, zu Ressourcen, die in der Pandemiebewältigung eingesetzt wurden, sowie zur Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich und in Krankenanstalten während der Pandemie. Die Würdigungen und Empfehlungen des RH zielten primär darauf ab, Lessons Learned für zweckmäßige Maßnahmen im Falle einer andauernden oder neu auftretenden Pandemie zu identifizieren. Es stand somit nicht im Vordergrund, ob zum Zeitpunkt der getroffenen Maßnahmen bereits eine andere, allenfalls bessere Vorgehensweise realistisch denkbar gewesen wäre, sondern, wie in Zukunft optimal auf vergleichbare Situationen reagiert werden sollte. Der RH verwies in diesem Zusammenhang auch auf das dritte Nachhaltigkeitsziel „Gesundheit und Wohlergehen“ der Vereinten Nationen mit dem Ziel, ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters zu gewährleisten und ihr Wohlergehen zu fördern.

(2) Der RH hielt fest, dass für die Steuerung der Lockdowns bzw. Öffnungsmaßnahmen grundsätzlich ausreichende Informationen zur Zahl der Neuinfektionen vorlagen. Die Unschärfen aus den Unsicherheiten über diese Daten waren geringer als die Unschärfen, die sich aus der Dunkelziffer der Infizierten und den verzögerten bzw. korrigierten Infektionsmeldungen ergaben. Der RH hielt allerdings auch fest, dass die Glaubwürdigkeit der Kommunikation der Behörden durch die unterschiedlichen kommunizierenden Stellen, Kommunikationszeiten, Datendefinitionen und Inhalte beeinträchtigt war. ([TZ 12](#), [TZ 14](#))

Weiters hielt der RH fest, dass die Daten zu drei wesentlichen Kontextbereichen nur bedingt aussagekräftig waren: zu den Testungen (und den Testgründen), den Clustern und dem Funktionieren des Absonderungsprozesses bei den Infizierten und deren Kontaktpersonen. (TZ 6 bis TZ 10, TZ 16, TZ 17) Wesentliches Verbesserungspotenzial lag in der Weiterentwicklung des EMS und der Vorbereitung von erweiterten Maßnahmen zur Kontaktverfolgung. Weiters wären – unter Beachtung des Datenschutzes – die rechtlichen und technischen Voraussetzungen für die Verknüpfung von Daten zu treffen.

(3) Zu Pandemiebeginn lagen weder eine aktuelle Information zur Bettenauslastung und zu freien Kapazitäten der Krankenanstalten für den Krisen- und Katastrophenfall noch entsprechende Meldestrukturen vor. Aufgrund fehlender Vorgaben traten unterschiedliche Auslegungen und Zählweisen auf. Erst im November 2020 wurde eine verbesserte Meldeschiene eingerichtet, so dass zuverlässige Daten zu den Kapazitäten der Krankenanstalten erst rund sechs Monate nach dem Beginn der COVID-19-Pandemie vorlagen. Auch diese Kapazitätenerhebung stellte jedoch nicht einzelfallbezogene, sondern nur aggregierte Daten bereit, die nicht mit dem EMS verknüpfbar waren. Der RH sah in zeitnah aus den Krankenhausinformationssystemen entnommenen, einheitlich definierten und mit dem EMS verknüpfbaren, einzelfallbezogenen Daten zur Belegung und Auslastung der Krankenanstalten eine wesentliche mögliche Verbesserung. (TZ 18, TZ 19)

(4) Zur Verfügbarkeit von Schutzausrüstung stellte der RH fest, dass bei Pandemiebeginn keine umfassende Übersicht über die vorhandenen Bestände vorlag und die Planungen für den Krisenfall auch keine Vorkehrungen für die Beschaffungsprozesse enthielten. Eine dauerhafte Lösung für die Lagerung von Schutzausrüstung fehlte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung. Der RH sah daher Verbesserungspotenzial bei der Planung für den Krisen- bzw. Pandemiefall, indem die Lagerung, Bedarfserhebung und Verbrauchsentwicklung sowie die Beschaffungsvorgänge für Schutzausrüstung und medizinische Güter geregelt werden. (TZ 23 bis TZ 27)

(5) Die Rechtsgrundlagen, die Gesundheitsplanung sowie die Pandemiepläne enthielten keine ausreichenden Grundlagen für den Krisen- bzw. Katastrophenfall. Die Zuständigkeit für entsprechende Maßnahmen war – insbesondere im niedergelassenen Bereich – nicht klar. Die öffentliche Kommunikation an die Bevölkerung war nicht optimal mit den versorgungspolitischen Zielen abgestimmt. (TZ 31, TZ 45) Im Jahr 2020 konnte das österreichische Gesundheitssystem zwar die Versorgung einer erheblichen Zahl COVID-19-Erkrankter sicherstellen (insbesondere durch rd. 69.000 Belagstage in den Krankenanstalten bzw. die Einrichtung von Visitendiensten), allerdings ging die Regelversorgung zurück: Es fanden insgesamt um 6,55 Mio. (7 %) ärztliche Konsultationen und rd. 135.000 Vorsorgeuntersuchungen (10 %) weniger statt (TZ 38); in fondsfinanzierten Krankenanstalten sank die Anzahl der Belagstage um 1,8 Mio. (15 %) – davon rd. 32.000 Belagstage auf Intensiv-

stationen (5 %) – und die Anzahl der Ambulanzkontakte um 3,8 Mio. (16 %). Die Auswirkungen dieser Veränderungen waren insbesondere aufgrund der Struktur der im Gesundheitssystem erhobenen Daten (mit dem Fokus auf der Abrechnung) weitgehend unbekannt. Die rechtliche und institutionelle Trennung zwischen den Gesundheitsbehörden und den Einrichtungen zur Versorgung (insbesondere den Krankenanstalten– und Sozialversicherungsträgern) erschwerte die optimale Nutzung der insgesamt verfügbaren Ressourcen. Der RH sah wesentliches Verbesserungspotenzial

- in der vorausschauenden Planung,
- in der einheitlichen und gezielten Kommunikation von Anpassungen des Gesundheitssystems an die Pandemiesituation,
- in der Weiterentwicklung der erhobenen Daten zur umfassenderen Berücksichtigung von damit verbundenen Auswirkungen sowie
- in der Optimierung der Regelungen zum Zusammenwirken von Gesundheitsbehörden, Krankenanstalten und Sozialversicherung insbesondere im Krisenfall. (TZ 28 bis TZ 46)

(6) Hinsichtlich des verfügbaren Personals zur Bewältigung der Pandemie stellte der RH fest, dass sowohl bei der Erstkontaktstelle (Gesundheitsberatung 1450) als auch beim Contact-Tracing bzw. der Abwicklung der Absonderung Verbesserungsbedarf gegeben war. Die Gesundheitsberatung 1450 war in ihrer Konzeption nicht als Krisenhotline vorgesehen, weshalb es in Spitzenzeiten zu einer Überlastung der Hotline kam. Das Auseinanderfallen der Zuständigkeiten – Prozessvorgaben durch den Bund, Finanzierung des Personals durch die Länder und operative Umsetzung durch die Betreiberorganisationen – erschwerte die Steuerung. (TZ 50)

Obwohl die Behörden die Identifizierung und Absonderung von infizierten Personen sowie das damit einhergehende Kontaktpersonenmanagement als entscheidend beurteilten, um eine Ausbreitung von COVID-19 gering zu halten, konnte im November und Dezember 2020 ein Contact-Tracing gemäß den Vorgaben des Gesundheitsministeriums nicht mehr durchgängig gewährleistet werden. Eine Planung über den Umfang der vorzuhaltenden Personalressourcen und eine davon abgeleitete Personalplanung (Arbeitsmarktservice, Bundesheer, Landespools, Gemeinden etc.) für das Contact-Tracing im Fall steigender Infektionszahlen erfolgte im Sommer 2020 nicht. Der RH wies darauf hin, dass beim Contact-Tracing die Prozessvorgaben durch den Bund und die Ressourcensteuerung bei den Ländern weitgehend getrennt erfolgten und der Austausch über die entsprechenden Daten gering war. (TZ 51) Auch bei der personellen Grundausstattung der Gesundheitsbehörden, insbesondere bei den Amtsärztinnen und Amtsärzten, wären Verbesserungen zweckmäßig. (TZ 48, TZ 49)

Zusammenfassend verwies der RH auf die von ihm identifizierten, in nachfolgender Abbildung dargestellten Verbesserungspotenziale:

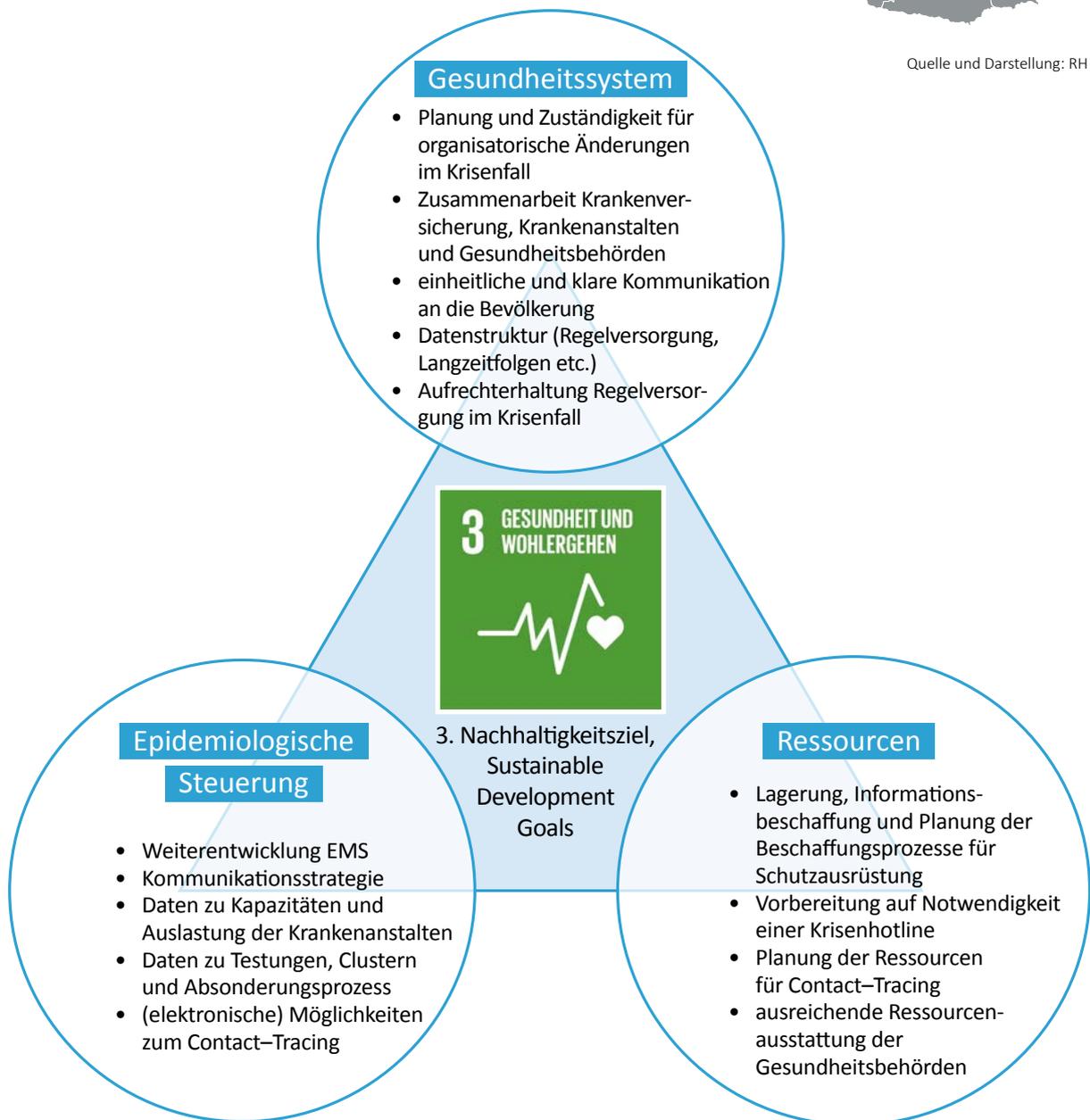
Abbildung 30: Zusammenfassende Darstellung festgestellter Verbesserungspotenziale

Österreich

VERBESSERUNGSPOTENZIALE



Quelle und Darstellung: RH



Aufgrund dieser festgestellten Verbesserungspotenziale hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sollte das Epidemiologische Meldesystem weiterentwickeln und dabei dessen Zielsetzungen klären, die technischen Voraussetzungen insbesondere für die Dokumentation des Krankheitsverlaufs und das Monitoring der Absonderungsmaßnahmen schaffen und die Verpflichtung zur Eintragung klarstellen. **(TZ 4)**
- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sollte gemeinsam mit den Ländern die für die epidemiologische Steuerung maßgeblichen Kennzahlen und Zeitpunkte der Aktualisierung identifizieren und diese möglichst einheitlich und qualitätsgesichert für die öffentliche Kommunikation verwenden. **(TZ 13)**
- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sollte zur Bewältigung künftiger Krisen- und Katastrophenfälle darauf hinwirken, dass die rechtlichen und technischen Grundlagen für zeitnah zu übermittelnde, einheitlich definierte Daten zur Belegung und Auslastung von Krankenanstalten geschaffen werden und dass diese Daten sowie die Diagnosen- und Leistungsdaten mit dem Epidemiologischen Meldesystem verknüpft sind. **(TZ 19)**
- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und der Dachverband der Sozialversicherungsträger sollten unter Beachtung des Datenschutzes rechtliche und organisatorische Grundlagen für eine systematische Nutzung aller verfügbaren Daten in Bezug auf Risikopatientinnen und -patienten für versorgungs- bzw. gesundheitspolitische Zielsetzungen (z.B. für den gezielten Schutz einzelner Patientengruppen sowie für eine Impfstrategie) schaffen bzw. auf entsprechende gesetzliche Grundlagen hinwirken. **(TZ 22)**
- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, das Land Oberösterreich und das Land Salzburg sollten gemeinsam mit den anderen Ländern abgestimmte Vorgaben für eine mittel- und langfristige strategische Bevorratung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern veranlassen, um eine hohe Krisenbeständigkeit des Gesundheits- und Sozialbereichs unter Berücksichtigung des niedergelassenen Bereichs sicherzustellen. **(TZ 26)**
- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sollte auf eine allgemeine gesetzliche Regelung für eine wechselseitige Informations- und Zusammenarbeitsverpflichtung von Krankenversicherungsträgern, Krankenanstalten und Organen des öffentlichen Gesundheitswesens speziell im Krisen- und Katastrophenfall hinwirken, die eine bestmögliche Ressourcennutzung zur Bewältigung einer Krise bzw. Katastrophe ermöglicht und eine Einbindung in die staatlichen Krisenstrukturen sicherstellt. **(TZ 30)**

- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, der Dachverband der Sozialversicherungsträger und die Österreichische Gesundheitskasse sollten die Struktur der im Gesundheitswesen verfügbaren Daten so weiterentwickeln, dass nicht nur korrekte Abrechnungen, sondern unter Berücksichtigung epidemiologischer Daten sowie von Daten zur Ergebnisqualität der Behandlung auch eine Beurteilung versorgungspolitischer Zielsetzungen unter Public–Health–Gesichtspunkten möglich werden. (TZ 35)

Schlussempfehlungen

53 Zusammenfassend empfahl der RH:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

- (1) Das Epidemiologische Meldesystem (EMS) wäre weiterzuentwickeln; dabei wären dessen Zielsetzungen zu klären, die technischen Voraussetzungen insbesondere für die Dokumentation des Krankheitsverlaufs und das Monitoring der Absonderungsmaßnahmen zu schaffen und die Verpflichtung zur Eintragung klarzustellen. [\(TZ 4\)](#)
- (2) Gemeinsam mit den Ländern wären spätestens mit Ende der Pandemie der Prozessablauf für einen Infektionsfall zu analysieren sowie ein optimierter Prozess, eindeutige Meldepflichten und klare Vorgaben für eine einheitliche Bescheidpraxis festzulegen. [\(TZ 5\)](#)
- (3) Es wäre darauf hinzuwirken, dass bei Auftreten eines Verdachtsfalls die Identität der betroffenen Personen möglichst frühzeitig festgestellt wird und dafür – unter Einhaltung der Datenschutzvorgaben – alle geeigneten Register genutzt werden. [\(TZ 7\)](#)
- (4) Es wären geeignete Maßnahmen zu setzen, um einen Überblick über die Umsetzung einer zeitnahen Absonderung infizierter Personen zu gewinnen. Dies könnte durch eine Erfassung im Epidemiologischen Meldesystem (EMS) oder ein regelmäßiges Reporting der Länder auf Basis von Auswertungen ihrer IT-Systeme erreicht werden. [\(TZ 9\)](#)
- (5) Gemeinsam mit den Ländern wäre die vollständige Befüllung des Epidemiologischen Meldesystems (EMS), wenn möglich durch elektronische Schnittstellen, sicherzustellen. [\(TZ 9\)](#)
- (6) Gemeinsam mit den Ländern wäre ein institutionenübergreifendes Konzept zur Qualitätssicherung der Daten des Epidemiologischen Meldesystems (EMS) zur Pandemiebewältigung zu erstellen; dabei wären die Eingabe, Kontrolle und Bereinigung der Daten zu berücksichtigen. [\(TZ 10\)](#)
- (7) Gemeinsam mit den Ländern wären für gesundheitsbezogene Datenmeldungen an das Staatliche Krisen- und Katastrophenschutzmanagement (SKKM) die wesentlichen Kriterien (Auswertungszeitpunkte, Datenquellen, Definitionen) abzuklären und vor einer Veröffentlichung nach Möglichkeit abzustimmen. [\(TZ 11\)](#)

- (8) Gemeinsam mit den Ländern wäre die Bereitstellung auch historischer Datenstände zum Infektionsgeschehen zu prüfen. [\(TZ 12\)](#)
- (9) Gemeinsam mit den Ländern wären die für die epidemiologische Steuerung maßgeblichen Kennzahlen und Zeitpunkte der Aktualisierung zu identifizieren und diese möglichst einheitlich und qualitätsgesichert für die öffentliche Kommunikation zu verwenden. [\(TZ 13\)](#)
- (10) Gemeinsam mit den Ländern wären unter Einbindung der Statistik Austria die COVID-19-bedingten Todesfälle möglichst einheitlich zu definieren, automatisiert und regelmäßig abzugleichen sowie Schnittstellen zwischen den IT-Systemen des Bundes und der Länder festzulegen. [\(TZ 15\)](#)
- (11) Bei Weiterentwicklung des Epidemiologischen Meldesystems (EMS) wäre auch die Qualität der Datenmeldungen zu den Tests (u.a. zeitnahe und vollständige Meldung, Erfassung des Testgrundes) zu verbessern. [\(TZ 16\)](#)
- (12) Die Teststrategie und die darin enthaltenen Ziele wären zu konkretisieren und dafür Indikatoren festzulegen, um eine begleitende Steuerung und Evaluierung der Zielerreichung zu ermöglichen. [\(TZ 16\)](#)
- (13) Bei den Schwerpunkten der Teststrategie wäre auch ein Controlling der Umsetzung vorzusehen. [\(TZ 16\)](#)
- (14) Bei der Befüllung des Epidemiologischen Meldesystems (EMS) wären auch die Erfassung von Kontakten und die Quellsuche zu berücksichtigen. [\(TZ 17\)](#)
- (15) Gemeinsam mit den Ländern wären bei der Vorbereitung auf künftige Pandemien weitere (elektronische) Möglichkeiten zur Kontaktverfolgung zu berücksichtigen und dafür die technischen und rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen. [\(TZ 17\)](#)
- (16) Gemeinsam mit den Ländern wäre auf eine umfassende Kapazitätenerhebung von medizinischen Gütern in Krankenanstalten im Krisen- und Katastrophenfall in allen Ländern hinzuwirken. [\(TZ 18\)](#)
- (17) Zur Bewältigung künftiger Krisen- und Katastrophenfälle wäre darauf hinzuwirken, dass die rechtlichen und technischen Grundlagen für zeitnah zu übermittelnde, einheitlich definierte Daten zur Belegung und Auslastung von Krankenanstalten geschaffen werden und diese Daten sowie die Diagnosen- und Leistungsdaten mit dem Epidemiologischen Meldesystem (EMS) verknüpfbar sind. [\(TZ 19\)](#)

- (18) Im Zusammenhang mit der Corona-Ampel wären die Daten in ein an den aktuellen Wissensstand angepasstes Indikatoren-Modell zusammenzufassen, klare Prozesse für die Würdigung der Daten durch die Expertinnen und Experten festzulegen sowie die Entwicklung von Empfehlungen, die Entscheidungsfindung der Behörden und eine begleitende, regelmäßige Information der Öffentlichkeit weiterhin zu verfolgen und regelmäßig anzupassen. [\(TZ 20\)](#)
- (19) Die rechtlichen Grundlagen für die Nutzung registerbasierter Daten für versorgungs- bzw. gesundheitspolitische Fragestellungen wären, unter Berücksichtigung der Anforderungen des Datenschutzes, zu schaffen. Dies könnte entweder allgemeine Rahmenbedingungen für alle Forschungseinrichtungen, Rahmenbedingungen für Analysen der Statistik Austria oder spezifische Analyseaufträge zur Pandemiebewältigung umfassen. [\(TZ 21\)](#)
- (20) Die Einrichtung eines COVID-19-Intensivregisters für Zwecke der Qualitätsdokumentation, der Qualitätsberichterstattung und der wissenschaftlichen Forschung wäre neuerlich zu prüfen und auf die Schaffung der rechtlichen und technischen Voraussetzungen für eine Verknüpfung der pseudonymisierten Diagnosen- und Leistungsdokumentation mit anderen pseudonymisierten Gesundheitsdaten hinzuwirken. [\(TZ 21\)](#)
- (21) Regelmäßige Meldungen an das Gesundheitsministerium zur notwendigen und vorhandenen Schutzausrüstung sowie zu medizinischen Gütern wären im Krisen- und Katastrophenfall vorzusehen, dabei wäre auch der niedergelassene Bereich einzubeziehen. [\(TZ 23\)](#)
- (22) Vorgaben für die Beschaffung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern in Krisen- und Katastrophenfällen wären zu entwickeln; dabei wären die Erfahrungen während der COVID-19-Pandemie zu berücksichtigen. [\(TZ 24\)](#)
- (23) Die beantragten Kostenersätze gemäß COVID-19-Zweckzuschussgesetz wären zumindest stichprobenartig zu überprüfen; dabei wären die länderweisen Unterschiede im Beschaffungsausmaß zu hinterfragen. [\(TZ 25\)](#)
- (24) Es wäre auf eine allgemeine gesetzliche Regelung für eine wechselseitige Informations- und Zusammenarbeitsverpflichtung von Krankenversicherungsträgern, Krankenanstalten und Organen des öffentlichen Gesundheitswesens speziell im Krisen- und Katastrophenfall hinzuwirken, die eine bestmögliche Ressourcennutzung zur Bewältigung einer Krise bzw. Katastrophe ermöglicht und eine Einbindung in die staatlichen Krisenstrukturen sicherstellt. [\(TZ 30\)](#)

- (25) Gemeinsam mit den Ländern wären die getroffenen organisatorischen Maßnahmen zur Versorgung der COVID-19-Erkrankten zu evaluieren und in die künftigen Pandemiepläne einfließen zu lassen. (TZ 32)
- (26) Im Krisen- bzw. Katastrophenfall wäre im Bereich öffentlicher Gesundheit eine detailliertere Erfassung von epidemiologisch relevanten Parametern sicherzustellen, z.B. Behandlungsbedarfe und erbrachte Leistungen, Krankheitsverläufe sowie etwaige Komplikationen. (TZ 34)
- (27) Eine möglichst zeitnahe, jedenfalls aber monatliche Übermittlung von vorläufigen Diagnosen- und Leistungsdaten für den stationären Bereich wäre dauerhaft zu regeln und auf ambulante Leistungen auszuweiten. (TZ 35)
- (28) Die ambulante Diagnosendokumentation wäre auf alle Diagnosen auszuweiten. (TZ 35)
- (29) Die Gründe für den Rückgang an stationären Aufenthalten in medizinisch dringlichen bzw. akuten Fällen während der Pandemie sowie dessen Auswirkungen auf die Betroffenen wären zu prüfen und daraus Handlungsempfehlungen für künftige Krisen- und Katastrophensituationen abzuleiten. (TZ 41)
- (30) Die Gründe und die Auswirkungen der verringerten Leistungen im Bereich der Krebschirurgie sowie der Krebsfrüherkennung und -diagnostik während der Pandemie auf die Betroffenen wären zu analysieren und daraus Handlungsempfehlungen für künftige Krisensituationen abzuleiten. Früherkennungsmaßnahmen wären jedenfalls soweit möglich weiterzuführen. Die Bevölkerung wäre entsprechend zu informieren und einzuladen, diese Untersuchungen bei Bedarf auch in Anspruch zu nehmen. (TZ 42)
- (31) Eine regelmäßige Übermittlung von Informationen zum Bedarf und zur Ausstattung von amtsärztlichen Ressourcen an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz wäre vorzusehen. (TZ 49)
- (32) Für das Contact-Tracing wäre ein Monitoring- und Steuerungsprozess vorzusehen, bei dem Prozessvorgaben, benötigte (Personal-)Ressourcen und ihre Verfügbarkeit definiert werden. Die verschiedenen Ausprägungen des Contact-Tracings (u.a. zentrale Contact-Tracing-Pools, Assistenzkräfte, Einsatz von Gemeindebediensteten und pensionierten Landesbediensteten) wären zu evaluieren, um die gewonnenen Erfahrungen bei der Krisenvorsorge berücksichtigen zu können. (TZ 51)

Bundesministerium für Soziales,
Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz;
Bundesministerium für Inneres

- (33) Gemeinsam mit den Ländern wäre eine abgestimmte Vorgangsweise zu den relevanten zu veröffentlichenden Informationen zum Infektionsgeschehen (u.a. Art der zu veröffentlichenden Kennzahl, Auswertungs- und Kommunikationszeitpunkt) festzulegen. [\(TZ 12\)](#)

Bundesministerium für Soziales,
Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz;
Dachverband der Sozialversicherungsträger;
Österreichische Gesundheitskasse

- (34) Die Struktur der im Gesundheitswesen verfügbaren Daten wäre so weiterzuentwickeln, dass nicht nur korrekte Abrechnungen, sondern unter Berücksichtigung epidemiologischer Daten sowie von Daten zur Ergebnisqualität der Behandlungen auch eine Beurteilung versorgungspolitischer Zielsetzungen unter Public-Health-Gesichtspunkten möglich werden. [\(TZ 35\)](#)
- (35) Verpflichtende standardisierte Diagnosecodierungen im niedergelassenen Bereich wären vorzusehen. [\(TZ 35\)](#)
- (36) Eine klare Zuständigkeit und ein klarer Prozess zum Monitoring und zur Steuerung der Regelversorgung im niedergelassenen Bereich wären zu definieren, um daraus zeitnahe Handlungsempfehlungen ableiten zu können. [\(TZ 36\)](#)
- (37) Im Rahmen der Weiterentwicklung der Gesundheitsplanung und der Gesamtverträge wäre für die Krankenversicherungsträger im Krisen- bzw. Katastrophenfall ein vollständiger Überblick über die Erreichbarkeit ihrer Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorzusehen. Für den Krisen- und Katastrophenfall wären die unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für die Versorgungspflichten (niedergelassener Bereich) und Betriebspflichten (Krankenanstalten) zu berücksichtigen. [\(TZ 38\)](#)
- (38) Die Folgen der veränderten Gesundheitsversorgung während der COVID-19-Pandemie und etwaige Langzeitfolgen von COVID-19-Erkrankungen wären zu untersuchen; die dabei gewonnenen Erkenntnisse wären in das laufende Gesundheitsangebot, die Gesundheitsplanung sowie das Management von künftigen Krisen- bzw. Katastrophenfällen einfließen zu lassen. [\(TZ 45\)](#)

- (39) Gemeinsam mit den Ländern wären für die Vorbereitung und Bewältigung künftiger Krisen– bzw. Katastrophenfälle die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie zu berücksichtigen und dabei insbesondere die unterschiedlichen organisatorischen Maßnahmen, das Zusammenwirken zwischen den Gesundheitsbereichen, die Kommunikation an die Bevölkerung und die mittelfristigen Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen in die Analyse miteinzubeziehen. (TZ 46)

Bundesministerium für Soziales,
Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz;
Dachverband der Sozialversicherungsträger

- (40) Unter Beachtung des Datenschutzes wären rechtliche und organisatorische Grundlagen für eine systematische Nutzung aller verfügbaren Daten in Bezug auf Risikopatientinnen und –patienten für versorgungs– bzw. gesundheitspolitische Zielsetzungen (z.B. für den gezielten Schutz einzelner Patientengruppen sowie für eine Impfstrategie) zu schaffen bzw. wäre auf entsprechende gesetzliche Grundlagen hinzuwirken. (TZ 22)

Bundesministerium für Soziales,
Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz;
Österreichische Gesundheitskasse

- (41) Unter Einbindung der Österreichischen Ärztekammer wären generelle Handlungsempfehlungen an niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte für den Krisen– bzw. Katastrophenfall zu erstellen, die eine Abwägung der durch die Krise bzw. Katastrophe ausgelösten Gesundheitsgefahren mit der Gefahr gesundheitlicher Folgeschäden aus nicht behandelten Krankheiten für unterschiedliche Zielgruppen, Erkrankungsarten bzw. Behandlungsformen sicherstellen. Im Bedarfsfall wären diese Handlungsempfehlungen auf die konkrete Situation anzupassen. (TZ 31)
- (42) Auch in Krisen– bzw. Katastrophensituationen wären die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich umfassend öffentlich zu kommunizieren, um gesundheitliche Folgeschäden aufgrund unterbliebener Arztkonsultationen zu vermeiden. (TZ 31)

Bundesministerium für Soziales,
Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz;
Land Oberösterreich; Land Salzburg

- (43) Gemeinsam mit den anderen Ländern wären abgestimmte Vorgaben für eine mittel- und langfristige strategische Bevorratung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern zu veranlassen, um eine hohe Krisenbeständigkeit des Gesundheits- und Sozialbereichs unter Berücksichtigung des niedergelassenen Bereichs sicherzustellen. (TZ 26)
- (44) Die Ursachen und die finanziellen Auswirkungen des Rückgangs an Belagstagen in fondsfinanzierten Krankenanstalten und des Rückgangs bei den Ambulanzfrequenzen wären transparent zu erheben. (TZ 40)
- (45) In Krisensituationen wäre auf die Aufrechterhaltung der psychiatrischen Versorgung im stationären und extramuralen Bereich hinzuwirken. (TZ 43)
- (46) Die während der COVID-19-Pandemie gemachten Erfahrungen der Krisenstäbe (z.B. hinsichtlich der Struktur, Arbeitsweise, Zusammensetzung und Ausbildung) wären zu analysieren und die Ergebnisse für künftige Einsätze zu nutzen. (TZ 48)
- (47) Das für Krisenstäbe vorgesehene Personal wäre (weiterhin) laufend aus- und weiterzubilden. (TZ 48)
- (48) Die Bemühungen zur Attraktivierung der Tätigkeit der Amtsärztinnen und Amtsärzte wären zur Erreichung einer ausreichenden Ressourcenausstattung des öffentlichen Gesundheitswesens zu verstärken; die ausreichende Ressourcenausstattung wäre sicherzustellen. (TZ 49)
- (49) Die Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsberatung 1450 während der Pandemie wäre zu evaluieren. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse und insbesondere das Erfordernis einer kurzfristigen Kapazitätsausweitung, die Erfüllung der Aufgaben und die angewandten Prozesse wären bei der Einrichtung von „Krisenhotlines“ zu berücksichtigen. (TZ 50)

Bundesministerium für Soziales,
Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz;
Land Oberösterreich; Land Salzburg;
Dachverband der Sozialversicherungsträger;
Österreichische Gesundheitskasse

- (50) Auf rechtliche Bestimmungen für die Versorgung in Krisen- und Katastrophenfällen wäre hinzuwirken; insbesondere Krisen- und Katastrophenpläne sowie entsprechende Anpassungen der Versorgungsaufträge wären vorzusehen. (TZ 29)
- (51) In den Österreichischen Strukturplan Gesundheit wären – unter Einbindung der übrigen Länder – allgemeine Regelungen für Pandemien und andere Katastrophensituationen aufzunehmen, die eine Anpassung der Vorgaben an die jeweiligen besonderen Erfordernisse ermöglichen. (TZ 29)

Land Oberösterreich; Land Salzburg

- (52) Eine lückenlose Erfassung des Absonderungsdatums im Epidemiologischen Meldesystem (EMS) wäre sicherzustellen und regelmäßig der Zeitraum bis zur Absonderung zu beobachten, um bei Bedarf Verbesserungsmaßnahmen umzusetzen. (TZ 9)
- (53) Die Prozesse für die Bedarfserhebung, Beschaffung und Verteilung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern in Krisen- und Katastrophenfällen wären zu evaluieren; dafür wären Vorgaben in den Krisen- bzw. Pandemieplänen des Landes festzulegen. (TZ 25)

Land Oberösterreich

- (54) Unter Einbindung der fondsfinanzierten Krankenanstalten wären die Kapazitäten für Intensivtransporte und mögliche Kooperationen der Intensivstationen zu evaluieren. (TZ 32)

Österreichische Gesundheitskasse

- (55) Die geplante Überführung von im Rahmen der Bewältigung der COVID-19-Pandemie erlassenen Maßnahmen in den Regelbetrieb wäre konsequent fortzusetzen; dafür wären geeignete Rahmenbedingungen, insbesondere dauerhafte vertragliche und technische Regelungen, zu schaffen. (TZ 33)

Land Oberösterreich; Land Salzburg;
Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH;
Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH;
Ordensklinikum Linz GmbH;
Kardinal Schwarzenberg Klinikum GmbH;
Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebs-
gesellschaft mbH

- (56) In den Pandemieplänen wäre eine Mindestbevorratung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern für Krankenanstalten im Krisen- und Katastrophenfall sicherzustellen; dafür wären zentrale oder dezentrale Lagerorte zu bestimmen. (TZ 27)
- (57) Eine laufende Aktualisierung der Pandemiepläne und die Anpassung an die Erfordernisse wären sicherzustellen. (TZ 32)

Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH;
Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH;
Ordensklinikum Linz GmbH;
Kardinal Schwarzenberg Klinikum GmbH;
Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebs-
gesellschaft mbH

- (58) Verschobene elektive Operationen wären möglichst zeitnah nachzuholen. In künftigen Krisensituationen sollte das normale Operationsprogramm nach Möglichkeit nur im unbedingt erforderlichen Ausmaß eingeschränkt werden. (TZ 44)

Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH;
Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH;
Kardinal Schwarzenberg Klinikum GmbH;
Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebs-
gesellschaft mbH

- (59) Die psychiatrische Versorgung wäre auch in Krisensituationen nur im unbedingt erforderlichen Ausmaß einzuschränken. (TZ 43)



Rechnungshof
Österreich

Wien, im Dezember 2021

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

Anhang A

Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger

Anmerkung: im Amt befindliche Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in **Fettdruck**

Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH

Aufsichtsrat

Vorsitz

DI Dr. Arthur Kroismayr

(seit 7. Mai 2018)

Stellvertretung

DI DDr. Reinhard Mang

(seit 11. April 2007)

Geschäftsführung

DI Dr. Thomas Kickinger

(seit 1. Februar 2019)

Dr. Anton Reinl

(seit 24. Juni 2019)

Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH

Aufsichtsrat

Vorsitz

Mag. Dr. Franz Mittendorfer (seit 10. Oktober 2018)

Stellvertretung

Dr.ⁱⁿ Brigitte Povysil (seit 10. Oktober 2018)

Geschäftsführung

Dr. Franz Harnoncourt (seit 1. Juni 2019)

Dr. Harald Schöffl (seit 10. Oktober 2018)

Mag. Karl Lehner, MBA (seit 10. Oktober 2018)

Ordensklinikum Linz GmbH

Aufsichtsrat

Vorsitz

Elfriede (Sr. Barbara) Lehner

(1. Jänner 2019 bis 31. Dezember 2020)

Dr. Michael Heinisch

(seit 1. Jänner 2021)

Stellvertretung

Dr. Michael Heinisch

(1. Jänner 2019 bis 31. Dezember 2020)

Mag. Oliver Rendel

(seit 1. Jänner 2021)

Geschäftsführung

MMag. Walter Kneidinger

(seit 12. Juni 2017)

Dr. Stefan Meusburger, MSc

(seit 12. Juni 2017)

Klinikum Wels–Grieskirchen GmbH

Aufsichtsrat

Vorsitz

Mag.^a Eva Maria Heigl

(seit 11. März 2019)

Stellvertretung

Dr. Günter Jakobi

(27. Februar 2008 bis 20. Februar 2020)

Erwin Windischbauer, MAS

(seit 30. Juni 2020)

Geschäftsführung

Mag. Dietbert Timmerer

(seit 15. November 2011)

Gertraud Buttinger, Sr. Franziska

(seit 15. November 2011)

Gemeinnützige Salzburger
Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH

Aufsichtsrat

Vorsitz

Hubert Kuprian

(seit 30. April 2004)

Stellvertretung

Univ.-Prof. Dr. Kurt Grünewald

(seit 30. April 2004)

Geschäftsführung

Priv.-Doz. Dr. Paul Sungler

(seit 13. Jänner 2014)

Kardinal Schwarzenberg Klinikum GmbH

Aufsichtsrat

Vorsitz

MMag. Dr. Hansjörg Brunner

(seit 23. Jänner 2012)

Stellvertretung

Mag. Michel Haas

(seit 23. Jänner 2012)

Geschäftsführung

Rosa Laner, Sr. Katharina

(1. Jänner 2001 bis 31. Dezember 2020)

Mag. (FH) Ludwig Gold

(1. Oktober 2015 bis 30. April 2020)

Dr.ⁱⁿ Cornelia Lindner

(seit 1. Oktober 2020)

Anhang B

Datenanalysen

Bei den folgenden Analysen handelt es sich um Auswertungen aus dem EMS und den Daten-Repositories:¹²⁰

- Die Auswertungen aus dem EMS basieren auf nicht öffentlich zugänglichen Daten, so dass nur aggregierte Daten (ohne Programmcode) veröffentlicht werden.
- Die Daten aus den Repositories sind öffentlich zugänglich, so dass aus der Verbindung der Daten, des vom RH veröffentlichten Programmcodes und der Auswertungen eine vollständige Transparenz über die Ergebnisse hergestellt werden kann. Grundlage der Auswertungen sind die täglich von den staatlichen Stellen veröffentlichten aggregierten Daten zu Tests, Todesfällen und Neuinfektionen. Die Auswertungen des RH zeigen die täglichen Veränderungen dieser Daten im Vergleich und geben insbesondere Einblick in die Unterschiede zwischen den Veröffentlichungen der AGES und des Gesundheitsministeriums. Sie vertiefen die unter [TZ 8](#) bis [TZ 14](#) getroffenen Einschätzungen.

Datenanalysen aus dem EMS

(1) Fallgruppen nach Absonderungszeit

Die folgende Abbildung zeigt für die Neuinfektionen, wie häufig die Absonderung vor der Diagnose, am Tag der Diagnose oder nach der Diagnose erfolgt:¹²¹

¹²⁰ Die Daten aus dem Statistik Austria-Repository beinhalten für jeden Tag die – ab dem folgenden Tag veröffentlichte – Anzahl COVID-19-Erkrankter. Die Repositories der Statistik Austria liegen erst ab dem 21. März 2020 vor. Daher werden die folgenden Analysen auf den Zeitraum 20. März 2020 bis 31. Dezember 2020 eingeschränkt. In den Repositories gibt es insgesamt drei Zeitreihen, die in drei Tabellen gespeichert sind:

- trend.csv: ab 20. März 2020 bis 14. April 2020,
- Epikurve.csv: ab 14. April 2020 bis 1. Februar 2021 (vom Gesundheitsministerium),
- CovidFaelle_Timeline.csv: ab 6. Oktober 2020 (von der AGES).

Die Daten in Epikurve.csv (Gesundheitsministerium) und CovidFaelle_Timeline.csv (AGES) überschneiden sich daher zwischen dem 6. Oktober 2020 und 1. Februar 2021. Die folgenden Analysen zeigen, dass sich die Fallzahlen und Änderungen in den Daten teilweise deutlich zwischen den beiden Datensätzen unterscheiden. Zwischen dem 3. November 2020 und 5. November 2020 sind keine Epikurve.csv-Files vorhanden. Für diese drei Tage liegen daher keine Daten vor.

¹²¹ Auswertungszeitraum: 26. Februar 2020 bis 3. Februar 2021

Abbildung A: Fallgruppen nach zeitlicher Abfolge von Absonderung und Diagnose (März 2020 bis Jänner 2021)

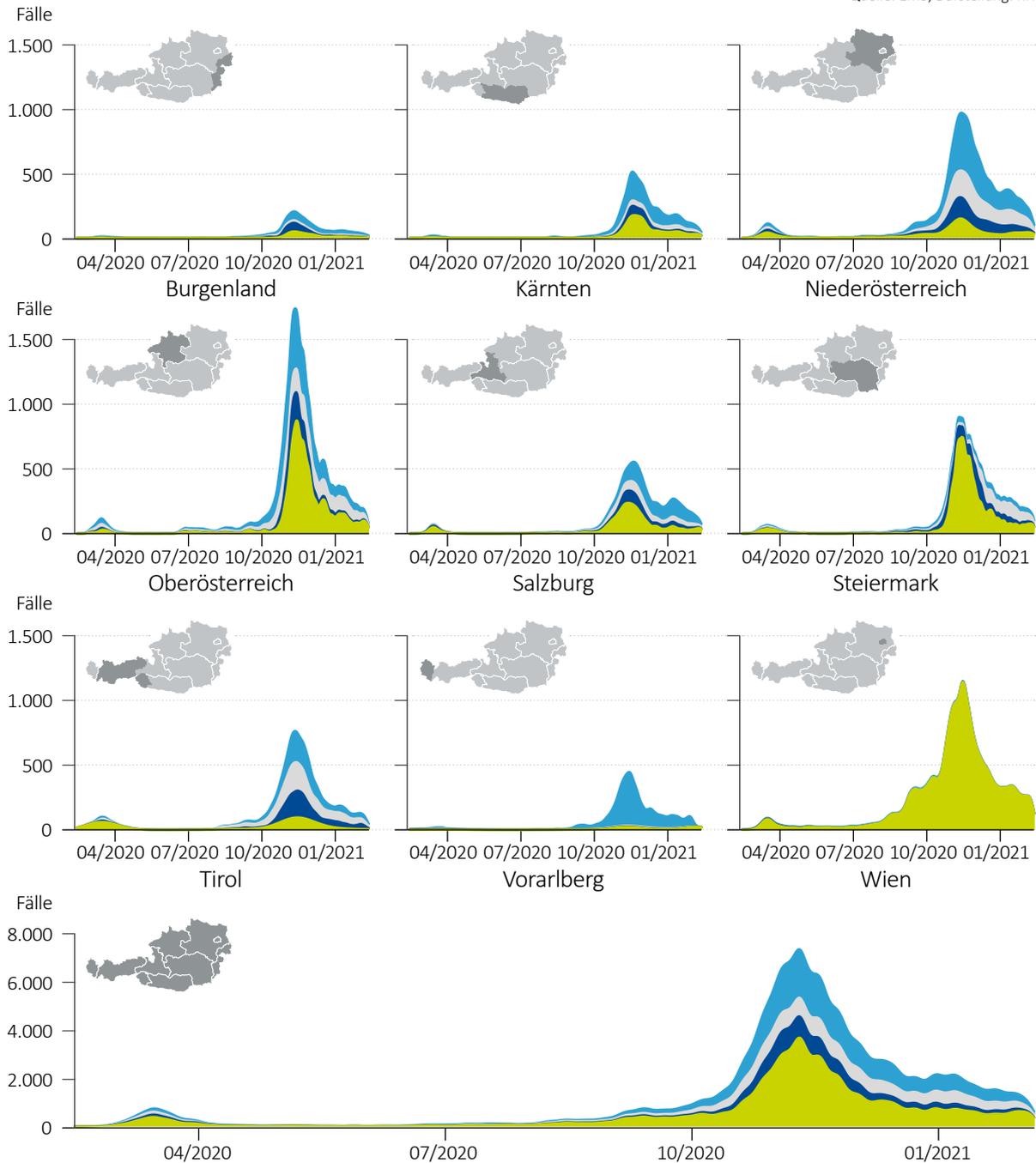
Österreich

- Absonderung vor Diagnose
- Diagnose und Absonderung am selben Tag
- Absonderung nach Diagnose
- kein Absonderungsdatum eingetragen

FALLGRUPPEN



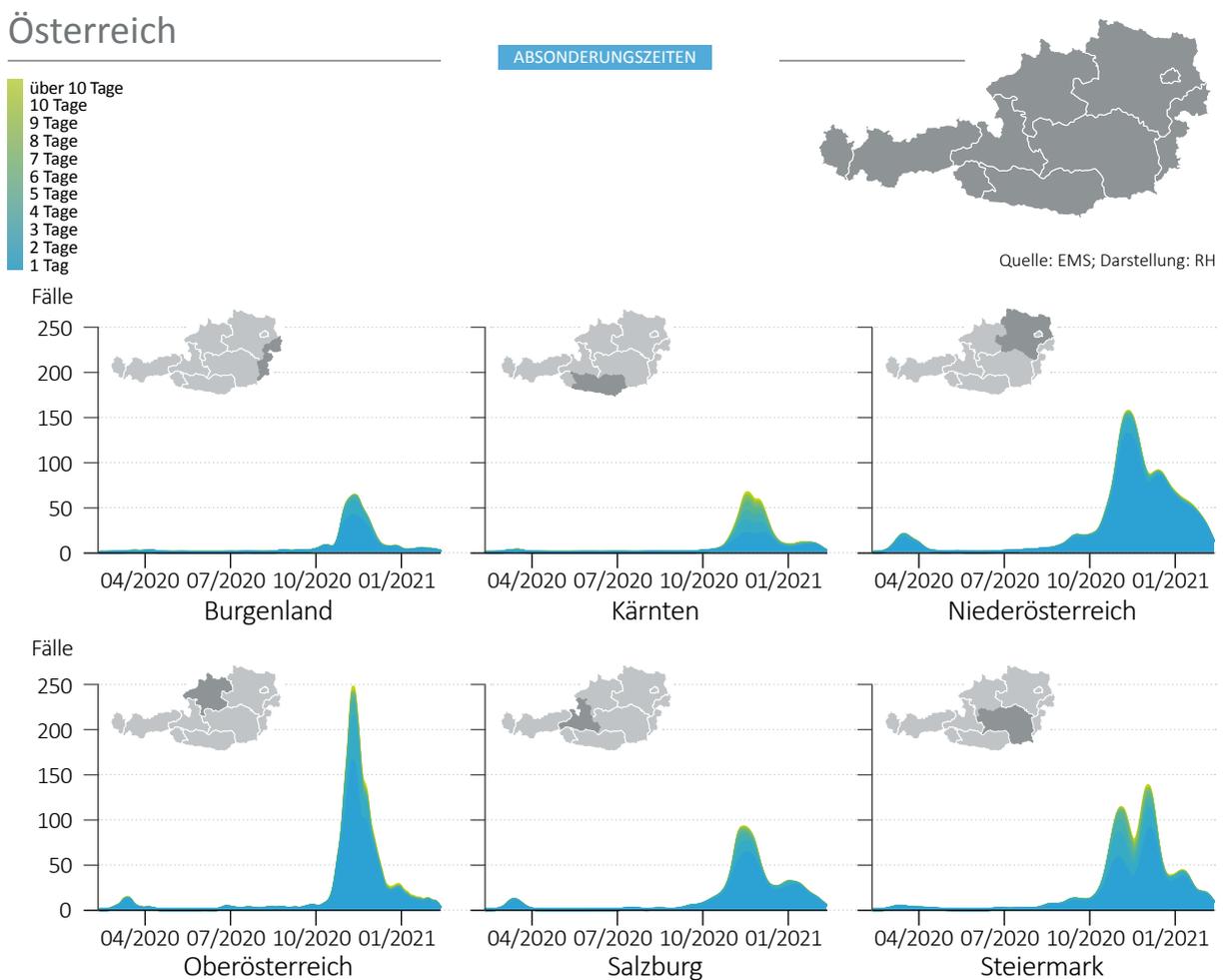
Quelle: EMS; Darstellung: RH

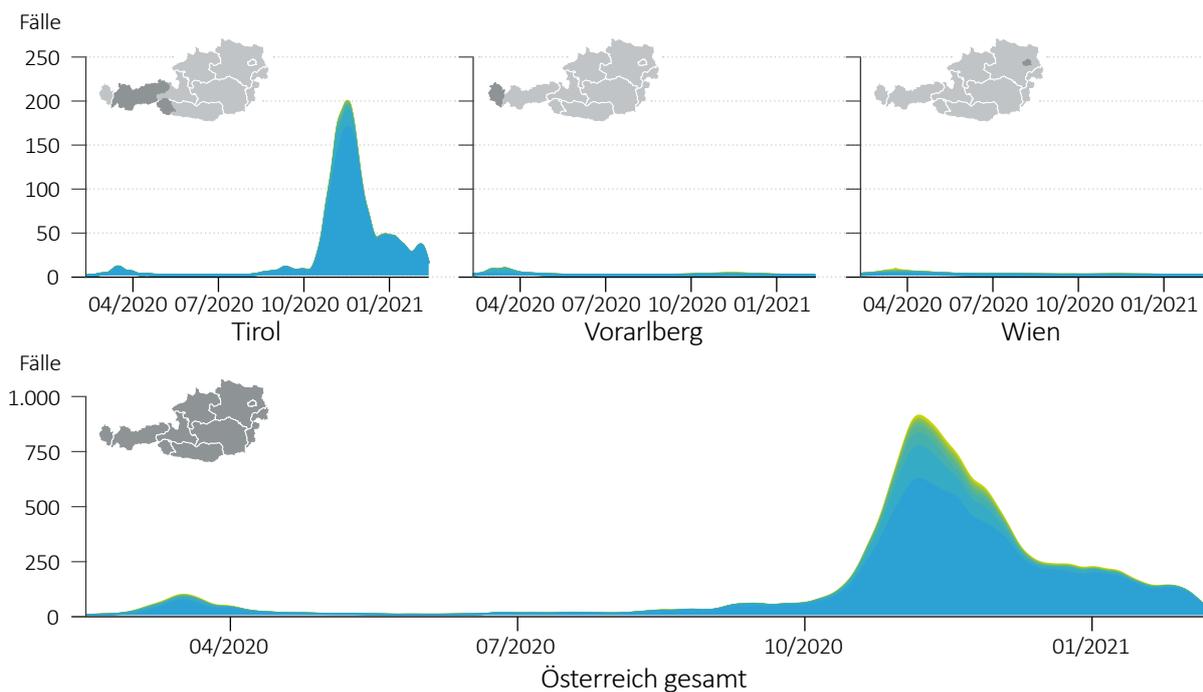


Bei einem erheblichen Anteil der Fälle war im EMS kein Absonderungsdatum ersichtlich. Wie unter **TZ 9** ausgeführt war daher die Datenlage nicht ausreichend, um aussagekräftige Feststellungen über die Dauer bis zur Absonderung zu machen. Dies erschwerte die Beurteilung, ob die Maßnahmen gegen die Ausbreitung effektiv waren und infizierte Personen zeitgerecht abgesondert wurden.

(2) Absonderungszeiten bei Absonderung nach Diagnose

Abbildung B: Verteilung des Zeitraums zwischen Diagnose und Absonderung (März 2020 bis Jänner 2021)





In jenen Fällen, bei denen ein Absonderungsdatum im EMS eingetragen war und die Absonderung nach der Diagnose erfolgte (das heißt, ohne die Fälle von Absonderung ohne Diagnose), war die Absonderung überwiegend zeitnah eingetragen. Aufgrund des relativ geringen Anteils dieser Fälle (siehe Abbildung A) ist die Relevanz dieser Auswertung allerdings beschränkt.

(3) Anzahl der Kontaktpersonen

Abbildung C: Anteil der Fälle mit Eintragungen im Feld Kontaktpersonen in %
(März 2020 bis Jänner 2021)

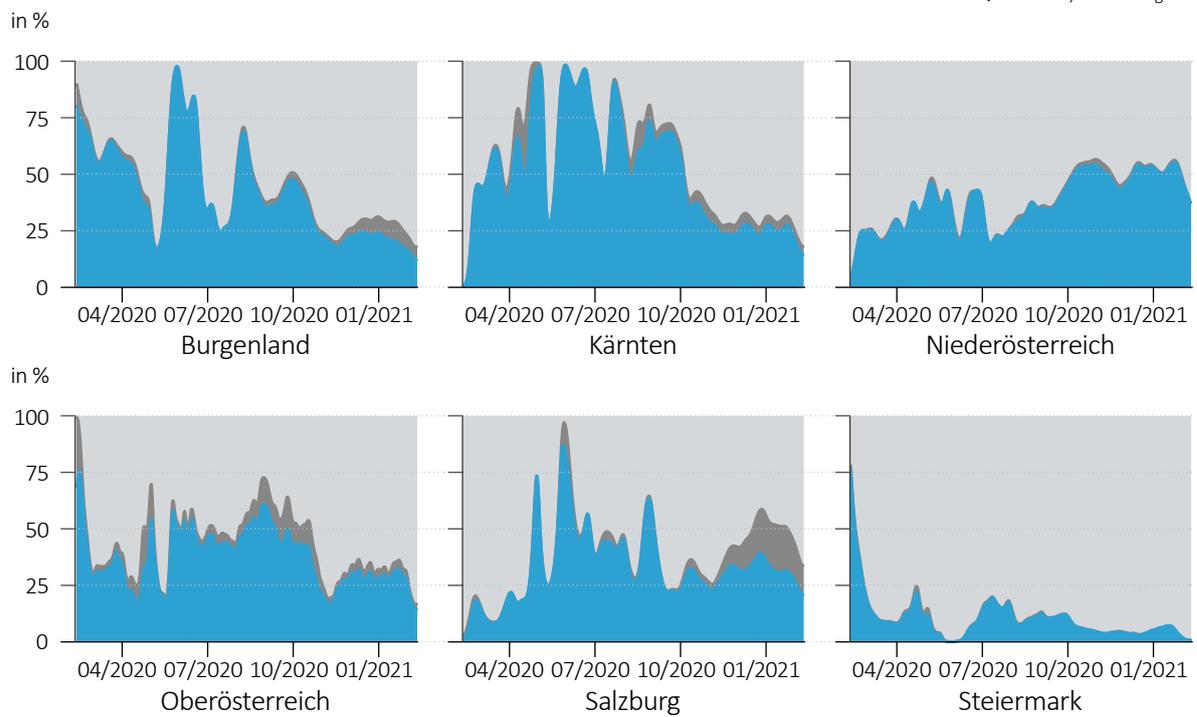
Österreich

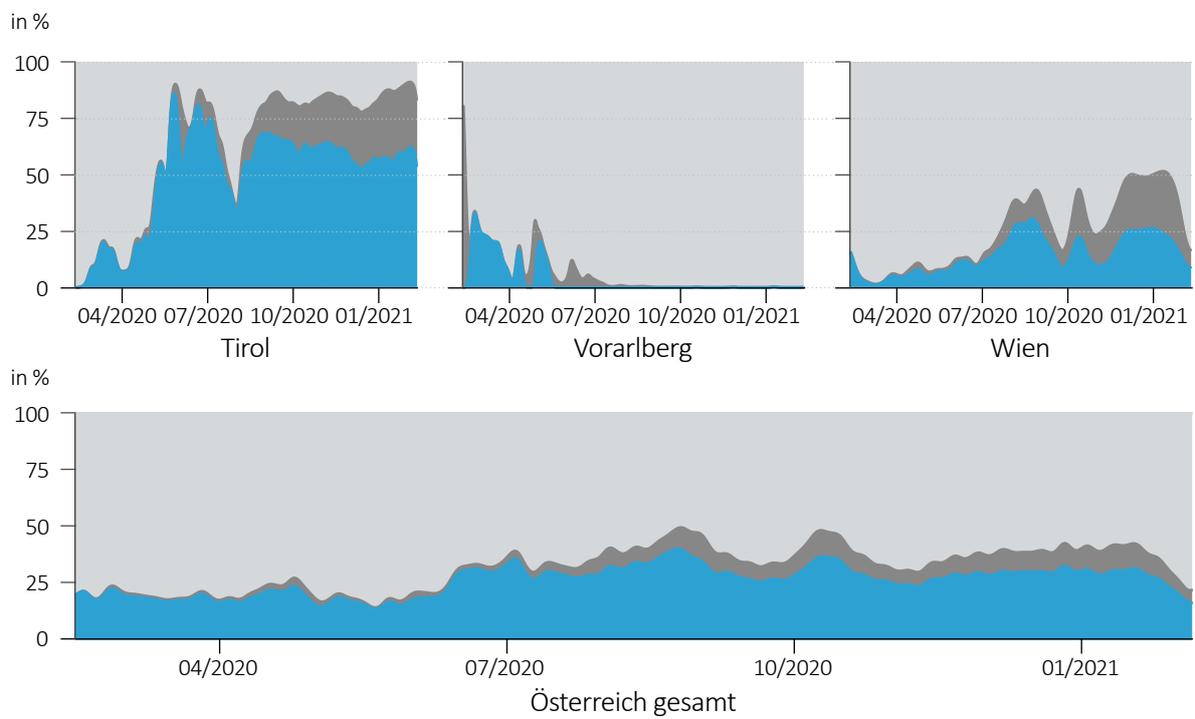
- kein werthaltiger Eintrag
- keine Kontaktpersonen gefunden
- Kontaktpersonen gefunden

KONTAKTPERSONEN



Quelle: EMS; Darstellung: RH





In der überwiegenden Anzahl der Fälle waren Kontaktpersonen bzw. deren Anzahl im EMS nicht eingetragen.¹²²

¹²² Gewertet werden alle eindeutigen numerischen Werte (das heißt mit einer Zahl pro Eintrag) in diesem Feld. Werte über 200 werden als unrichtig definiert (diese entstehen z.B. durch Erwähnung der Telefonnummer 1450 oder Verweis auf bestimmte Identifikationsnummern im EMS).

Tabelle A: Summe der eingetragenen Kontaktpersonen von Neuinfizierten
(März 2020 bis Jänner 2021)

	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Summe
	Anzahl Kontaktpersonen ¹									
3/2020	516	757	2.264	2.821	272	841	1.378	983	124	9.956
4/2020	221	186	2.036	630	88	236	527	124	143	4.191
5/2020	14	13	378	50	12	45	251	24	171	958
6/2020	35	93	342	871	74	0	114	0	390	1.919
7/2020	83	393	550	2.937	257	256	748	0	603	5.827
8/2020	248	611	1.213	2.392	465	284	1.997	0	2.740	9.950
9/2020	854	1.182	5.499	3.929	814	611	5.616	0	4.301	22.806
10/2020	3.170	2.803	24.959	12.782	4.713	837	19.354	6	7.094	75.718
11/2020	3.472	6.884	39.197	21.620	11.502	1.915	32.623	8	9.868	127.089
12/2020	1.796	4.333	20.253	10.259	6.319	870	9.026	0	8.119	60.975
1/2021	678	2.370	13.392	5.108	4.379	811	5.685	3	3.825	36.251
Summe	11.087	19.625	110.083	63.399	28.895	6.706	77.319	1.148	37.378	355.640

¹ In der Tabelle sind die Informationen aus dem EMS ausgewertet, eine etwaige Kontaktpersonennachverfolgung in Ländersystemen ist nicht erfasst.

Quelle: EMS; Auswertung: RH

In Österreich wurden insgesamt rd. 356.000 Kontaktpersonen im EMS eingetragen.
In einzelnen Ländern (z.B. Vorarlberg) sind Besonderheiten festzustellen.

Tabelle B: Mittelwert der Anzahl eingetragener Kontaktpersonen von Neuinfizierten (März 2020 bis Jänner 2021)

	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Summe
	Anzahl Kontaktpersonen je neuinfizierte Person									
3/2020	4,23	4,56	5,66	4,98	2,83	6,14	5,40	6,60	4,96	5,19
4/2020	2,76	3,44	7,68	2,79	2,15	3,52	3,08	4,43	2,04	4,18
5/2020	2,80	4,33	4,85	4,55	4,00	4,50	6,61	12,00	2,63	4,46
6/2020	3,89	5,81	7,28	8,71	4,35	-	5,18	-	5,13	6,69
7/2020	4,37	17,86	5,79	5,14	3,84	6,92	7,63	-	2,57	5,09
8/2020	5,39	4,89	5,37	4,10	4,08	6,17	4,42	-	2,50	3,70
9/2020	5,73	5,91	5,09	3,19	4,57	4,89	3,57	-	1,95	3,38
10/2020	5,40	3,36	4,73	2,69	3,11	2,44	2,76	1,50	1,39	2,98
11/2020	3,05	1,96	3,07	2,25	2,31	2,05	2,05	0,73	1,13	2,21
12/2020	3,38	2,16	2,98	2,17	1,74	2,11	1,64	0,00	1,31	2,05
1/2021	1,71	1,97	2,80	2,10	1,52	2,24	1,53	1,50	1,00	1,85
Summe	3,60	2,41	3,46	2,55	2,14	2,71	2,23	5,83	1,35	2,43

Quelle: EMS; Auswertung: RH

Die Mittelwerte waren sowohl zwischen den Ländern als auch zwischen den Monaten stark unterschiedlich: So lag z.B. in Oberösterreich die Zahl der eingetragenen Kontaktpersonen auf einer Bandbreite von 8,71 im Juni 2020 bis 2,10 im Jänner 2021. Im November 2020 waren Werte zwischen 3,07 in Niederösterreich und 1,13 in Wien zu verzeichnen (der Wert für Vorarlberg ist aufgrund der geringen Zahl der Eintragungen wenig aussagekräftig).

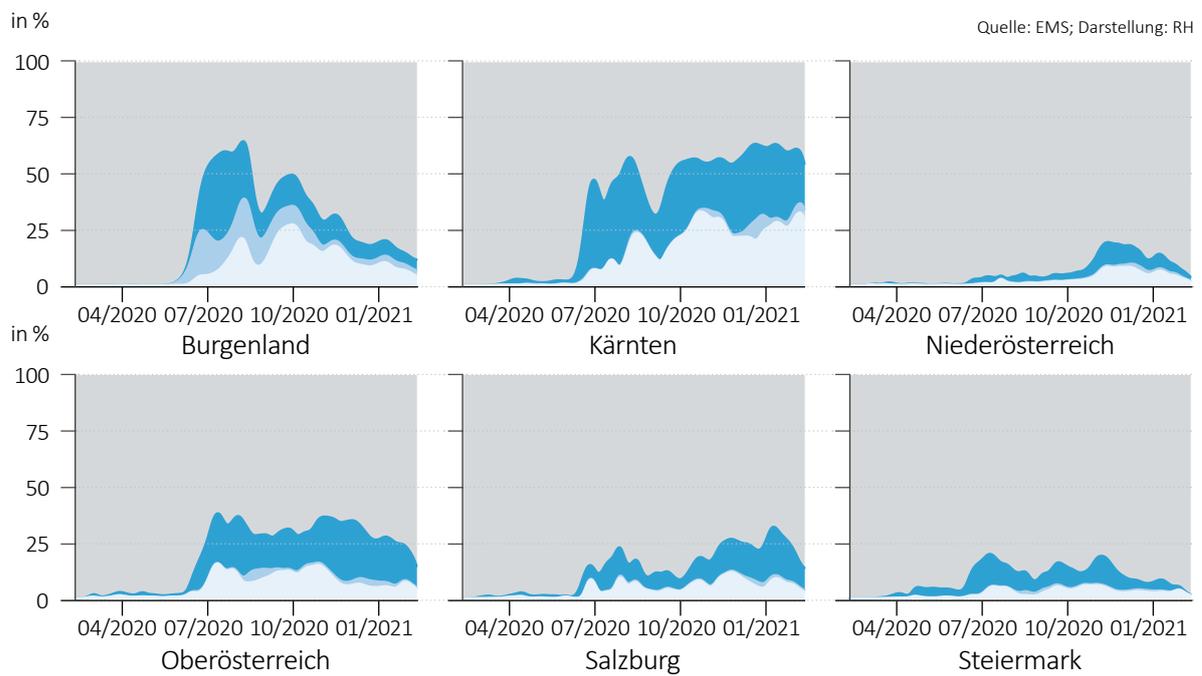
(4) Testgründe

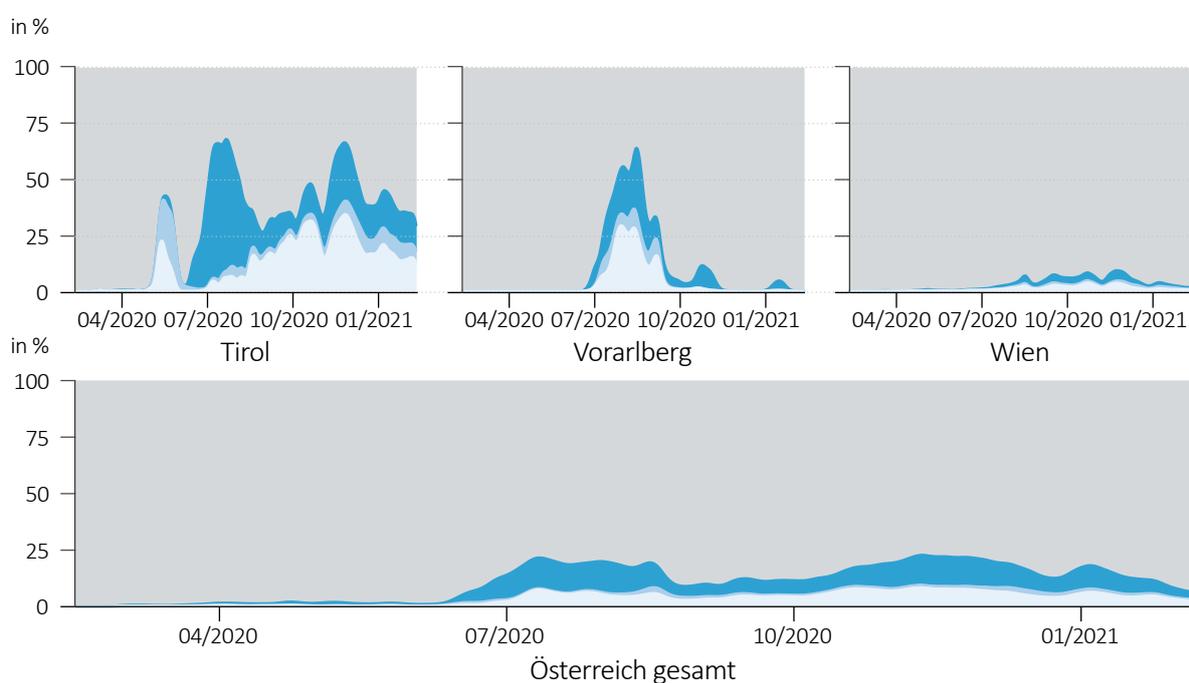
Abbildung D: Anteil eingetragener Testgründe an eingetragenen Personen (März 2020 bis Jänner 2021)

Österreich

- kein werthaltiger Eintrag
- Diagnose
- Screening-Projekt
- Umfeldscreening

TESTGRÜNDE





Als Testgründe fasst der RH folgende Kategorien zusammen:

- Diagnose: Test aufgrund von Symptomen,
- Screening-Projekt: Test im Zuge einer besonderen Screeningmaßnahme (z.B. in Altersheimen oder Krankenanstalten);
- Umfeldscreening: Test aufgrund eines Kontakts mit einer bzw. einem Infizierten.

In der überwiegenden Zahl der EMS-Eintragungen fehlten Testgründe.

Analyse der öffentlichen Repositories

(1) Die folgende Abbildung zeigt den Verlauf und die Spannweite (= Maximum und Minimum der Zahl der Erkrankten pro Tag) der Epidemiologischen Kurve in den Darstellungen der AGES und des Gesundheitsministeriums. Bis zum 6. Oktober 2020 führte das Gesundheitsministerium die Epidemiologische Kurve, danach die AGES, wobei das Gesundheitsministerium die nach seiner Logik ermittelten Werte als Datensatz weiterhin veröffentlichte.

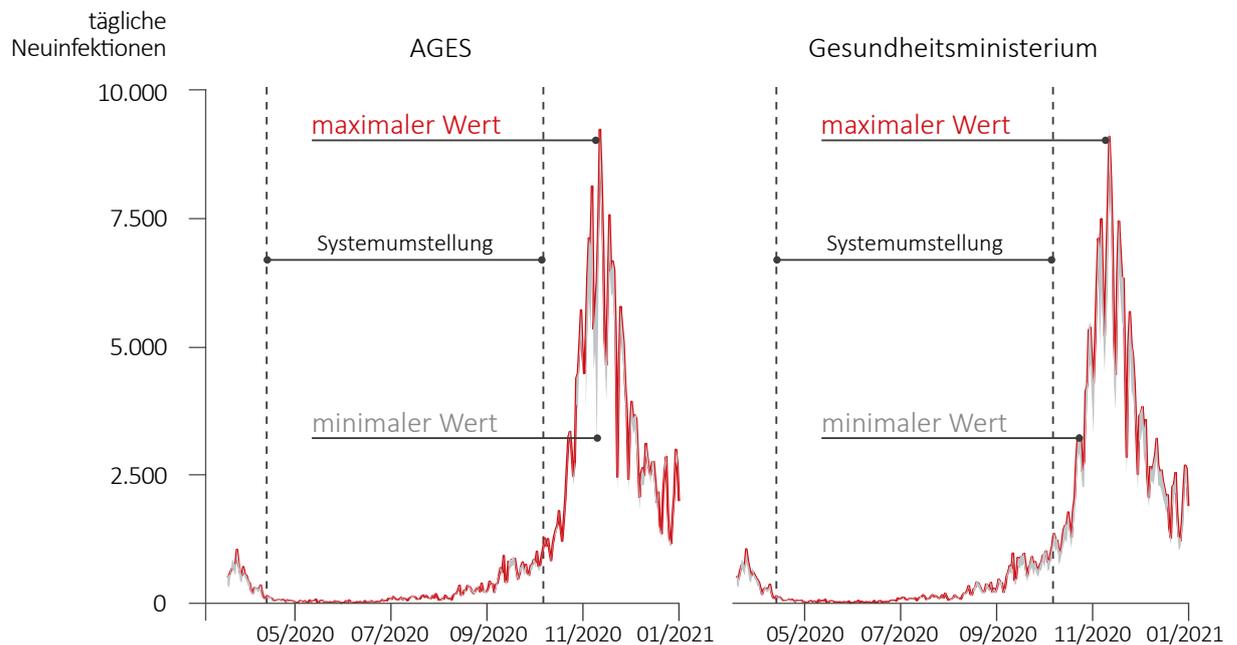
Abbildung E: Verlauf und Spannweite der Epidemiologischen Kurve (März 2020 bis Jänner 2021)

Österreich

EPIDEMIOLOGISCHE KURVE



Quellen: Repositories; Darstellung: RH



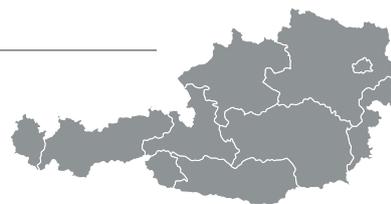
(2) Die folgende Abbildung zeigt die relative Spannweite, das heißt die maximale Abweichung vom aktuellsten Eintrag. Absolut gesehen lag für den 10. Oktober 2020 in der Logik des Gesundheitsministeriums der höchste je veröffentlichte Werte bei 1.070, der niedrigste bei 746 und der aktuelle Wert (Mai 2021) bei 1.010; in der Darstellung der AGES lag der höchste je veröffentlichte Wert bei 1.013, der niedrigste bei 953 und der aktuelle Wert (Mai 2021) bei 1.009.

Anzumerken ist, dass die AGES von 6. Oktober 2020 bis 2. November 2020 Daten für einen „Rumpftag“ vor 14:00 Uhr veröffentlichte. Für den Zeitraum vor dem 6. Oktober 2020 können die Werte insbesondere deshalb abweichen, weil die (im Sommer absolut gesehen relativ geringen) Werte durch unterschiedliche Zuordnungslogik zum jeweiligen Kalendertag abweichen können.

Abbildung F: Relative Spannweite der Epidemiologischen Kurve (März 2020 bis Jänner 2021)

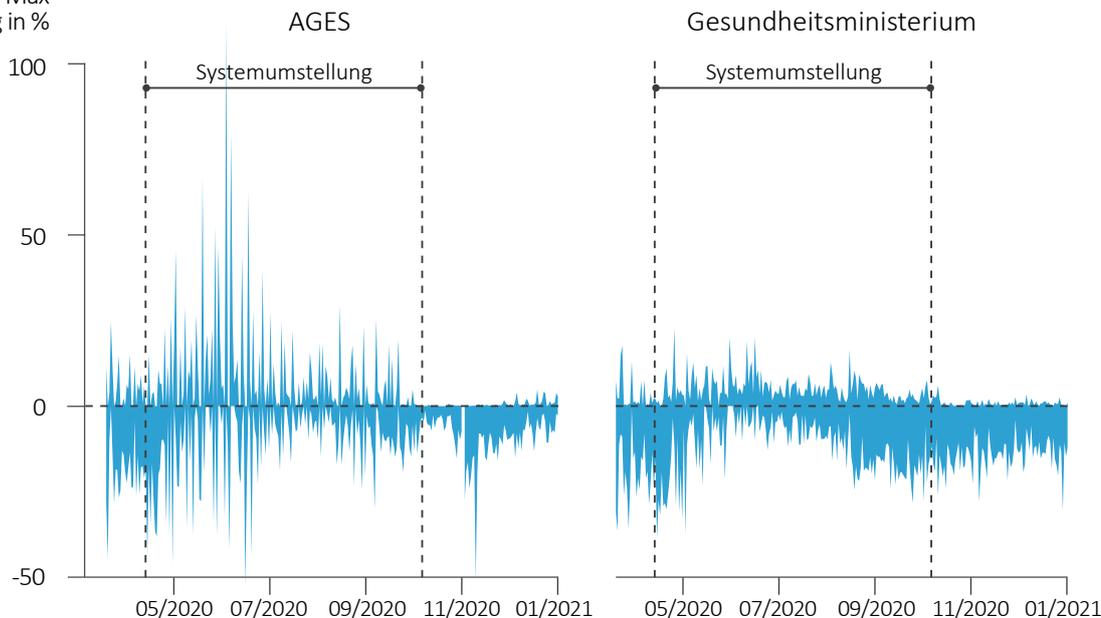
Österreich

RELATIVE SPANNWEITE DER
EPIDEMIOLOGISCHEN KURVE



Quellen: Repositories; Darstellung: RH

relatives Min–Max
pro Tag in %



(3) Die folgende Abbildung zeigt, an wie vielen Tagen sich für ein bestimmtes Datum die Anzahl der Neuinfizierten in den Darstellungen der AGES bzw. des Gesundheitsministeriums veränderte. Diese Änderungen kamen aufgrund von Nachmeldungen und Reduktionen zustande.

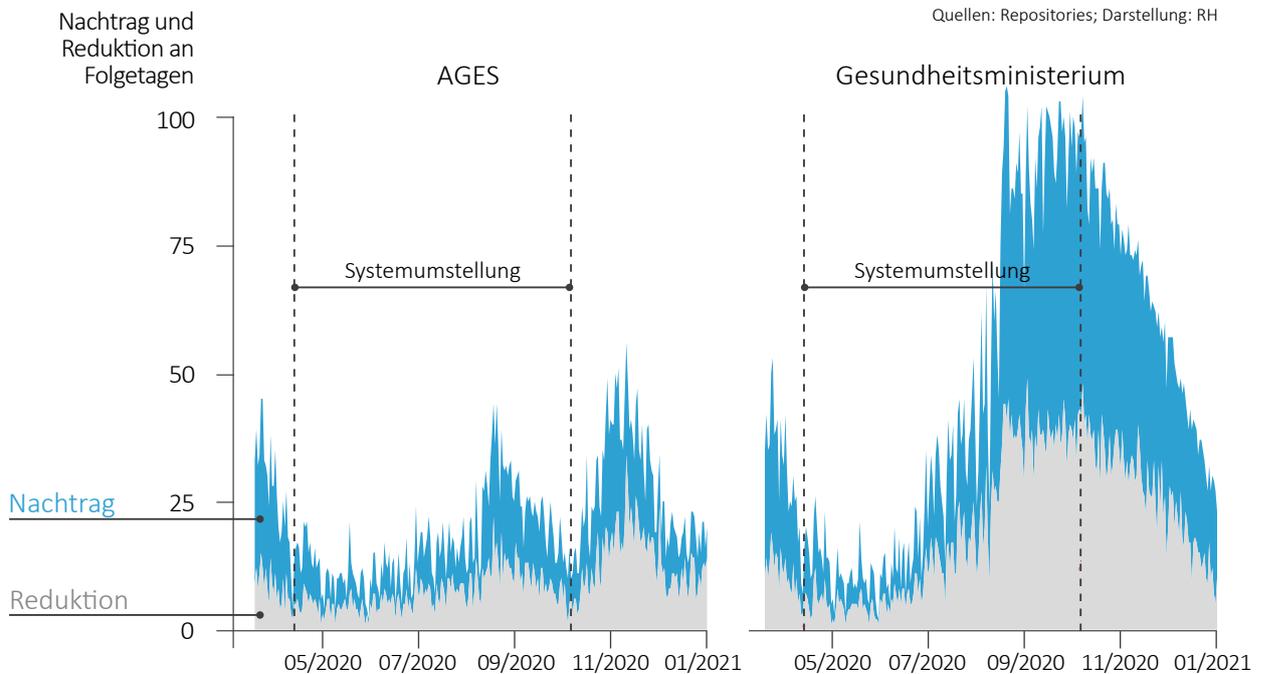
Abbildung G: Anzahl der Veränderungen des jeweiligen Tageswerts (März 2020 bis Jänner 2021)

Österreich

EPIDEMIOLOGISCHE KURVE – ANZAHL ÄNDERUNGEN



Quellen: Repositories; Darstellung: RH



Die Zuordnungslogik des Gesundheitsministeriums bewirkte häufigere Änderungen. Dagegen war, wie in der Abbildung F ersichtlich, die relative Spannweite bei der AGES größer. Dies könnte insbesondere mit dem Bezug zum Erkrankungs- bzw. Diagnosedatum (Gesundheitsministerium) statt dem Melde- bzw. Labordiagnosedatum (AGES) zusammenhängen.

R
—
H

