

R
H



**Rechnungshof
Österreich**

Unabhängig und objektiv für Sie.

Reihe BUND 2022/18

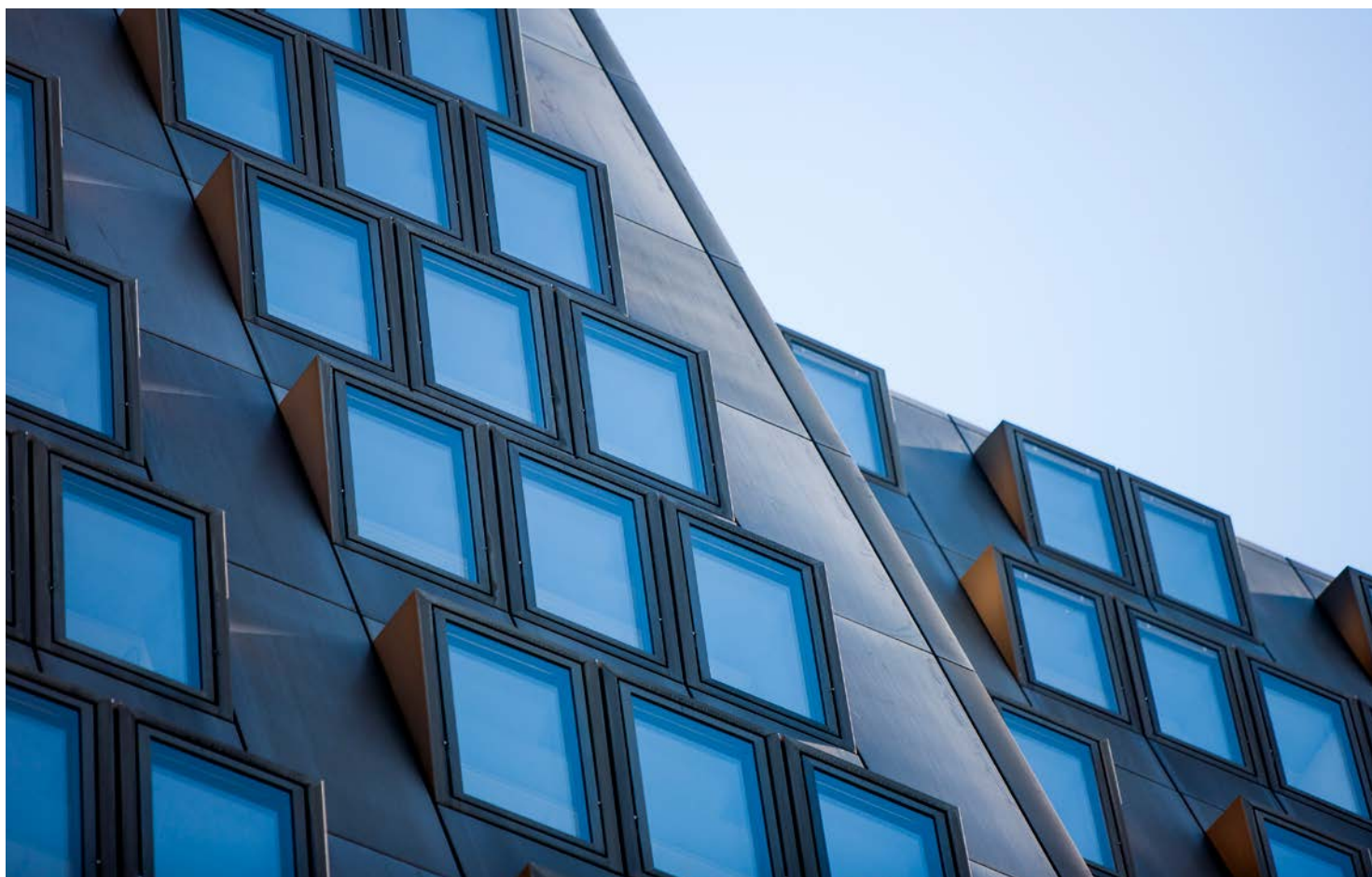
Reihe KÄRNTEN 2022/3

Reihe NIEDERÖSTERREICH 2022/2

Reihe WIEN 2022/2

Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie

Bericht des Rechnungshofes



Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz, den Landtagen der Länder Kärnten und Niederösterreich gemäß Art. 127 Abs. 6 Bundes-Verfassungsgesetz und dem Gemeinderat der Stadt Wien gemäß Art. 127 Abs. 6 in Verbindung mit Abs. 8 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung 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
1030 Wien, Dampfschiffstraße 2
www.rechnungshof.gv.at
Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich
Herausgegeben: Wien, im Juni 2022

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8946
E-Mail info@rechnungshof.gv.at
[facebook/RechnungshofAT](https://www.facebook.com/RechnungshofAT)
Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover: Rechnungshof/Achim Bieniek

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abkürzungsverzeichnis | 5 |
| Prüfungsziel | 7 |
| Kurzfassung | 8 |
| Zentrale Empfehlungen | 13 |
| Zahlen und Fakten zur Prüfung | 15 |
| Prüfungsablauf und –gegenstand | 17 |
| Grundlagen der Pandemieprävention und –bewältigung | 19 |
| Risiko übertragbarer Krankheiten | 19 |
| Internationale Gesundheitsvorschriften der WHO | 21 |
| Verfassungsrechtlicher Rahmen | 23 |
| Epidemiegesetz | 26 |
| Funktionalität behördlicher Strukturen | 33 |
| Öffentlicher Gesundheitsdienst | 33 |
| Struktur auf Bundesebene | 34 |
| Gesundheitsbehördliches Personal auf Landesebene | 42 |
| Pandemieplan | 45 |
| Aktualität des nationalen Pandemieplans | 45 |
| Regelungen zur Schutzimpfung | 48 |
| Pandemiepläne der Länder | 50 |
| Koordination und Kommunikation | 52 |
| Rolle des Krisenstabs im Gesundheitsministerium | 52 |
| Rolle des Staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagements (SKKM) | 55 |
| Einschätzung und Kommunikation der pandemischen Lage auf Ebene des Bundes | 57 |
| Krisenkoordination mit den Bezirksverwaltungsbehörden | 60 |
| Krisenstäbe und Krisenkommunikation in den Ländern | 62 |

| | |
|---|----|
| Vorgaben für die Kontaktverfolgung _____ | 66 |
| Begriff und Bedeutung _____ | 66 |
| Kontaktverfolgung und nationaler Pandemieplan _____ | 68 |
| Kontaktverfolgung und Epidemiologisches Meldesystem _____ | 69 |
| Kontaktverfolgung in der COVID-19-Pandemie _____ | 72 |
| | |
| Resümee (Lessons Learned) _____ | 79 |
| | |
| Schlussempfehlungen _____ | 86 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|------------|---|----|
| Tabelle 1: | Planstellen nach Untergliederungen laut den Personalplänen von 2016 bis 2020 _____ | 34 |
| Tabelle 2: | Personal ausgewählter Abteilungen der Jahre 2016 und 2019 (jeweils Stichtag 1. Juli) _____ | 39 |

Abbildungsverzeichnis

| | | | |
|--------------|---|-------|----|
| Abbildung 1: | Pandemiemanagement in mittelbarer Bundesverwaltung | ___ | 24 |
| Abbildung 2: | Entwicklung Schlüsselfunktionen Öffentliche Gesundheit im Gesundheitsministerium 2018 bis 2021 | _____ | 38 |
| Abbildung 3: | Aufbau des Krisenstabs im Gesundheitsministerium | _____ | 54 |
| Abbildung 4: | Die drei zentralen Ansätze des Pandemiemanagements und die Rolle der Kontaktverfolgung | _____ | 67 |
| Abbildung 5: | Ablauf der Kontaktverfolgung, vereinfachte Darstellung | ___ | 75 |
| Abbildung 6: | Verbesserungspotenzial für das Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden | _____ | 83 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|------------|--|
| Abs. | Absatz |
| AGES | Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH |
| Art. | Artikel |
| ASFINAG | Autobahnen- und Schnellstraßen-Finanzierungs-Aktiengesellschaft |
| BGBI. | Bundesgesetzblatt |
| B-VG | Bundes-Verfassungsgesetz |
| bzw. | beziehungsweise |
| COVID-19 | corona virus disease 2019 |
| EMS | Epidemiologisches Meldesystem |
| etc. | et cetera |
| EU | Europäische Union |
| EUR | Euro |
| exkl. | exklusive |
| f(f). | folgend(e) |
| GmbH | Gesellschaft mit beschränkter Haftung |
| GP | Gesetzgebungsperiode |
| i.d.(g.)F. | in der (geltenden) Fassung |
| IT | Informationstechnologie |
| NGO | Non Governmental Organization (Nichtregierungsorganisation) |
| Nr. | Nummer |
| PCR | polymerase chain reaction (Polymerase Kettenreaktion) |
| rd. | rund |
| RGBI. | Reichsgesetzblatt |
| RH | Rechnungshof |
| S. | Seite |
| SARS | Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom |
| SARS-CoV-2 | Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom Coronavirus 2 |
| SKKM | Staatliches Krisen- und Katastrophenschutzmanagement |

| | |
|------|---|
| TZ | Textzahl(en) |
| u.a. | unter anderem |
| USt | Umsatzsteuer |
| vgl. | vergleiche |
| WHO | World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation) |
| WV | Wiederverlautbarung |
| Z | Ziffer |
| z.B. | zum Beispiel |

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
- Land Kärnten
- Land Niederösterreich
- Stadt Wien

Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID–19–Pandemie

Prüfungsziel



Der RH überprüfte das Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID–19–Pandemie. Die Überprüfung umfasste das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**), die Länder Kärnten und Niederösterreich sowie die Stadt Wien. Prüfungsziel war es, zum einen die Funktionalität der gesundheitsbehördlichen Strukturen zu beurteilen und zum anderen, ob die für ein erfolgreiches operatives Zusammenwirken der Gesundheitsbehörden beim Pandemiemanagement erforderlichen Kriterien erfüllt waren, wie ein aktueller Pandemieplan, funktionierende Koordination und Kommunikation und klare Vollzugsvorgaben.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen das Krisenmanagement in der COVID–19–Pandemie im Jahr 2020; punktuell wird auch auf Entwicklungen im Jahr 2021 eingegangen. Soweit neben den im Jahr 2020 gesetzten Maßnahmen auch die zu Pandemiebeginn bestehenden Rahmenbedingungen (z.B. die vorhandenen gesundheitsbehördlichen Strukturen oder der nationale Pandemieplan) relevant waren, bezog der RH auch diese in die Überprüfung mit ein.

Kurzfassung

Pandemievorsorge – Ausgangslage beim Ausbruch der COVID-19-Pandemie

Maßnahmen auf Bundesebene

Der Staat, der den allgemeinen Schutz der Gesundheit sowie des Lebens von Menschen zu gewährleisten hat, sorgte nicht ausreichend für den Fall einer Pandemie vor. Dadurch bestanden bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie im März 2020 folgende Defizite:

- Der Bund hatte die im Pandemiefall notwendigen organisatorischen Strukturen und personellen Grundvoraussetzungen nicht sichergestellt. Ein Risikobericht vom Juni 2019 stufte die Personalausstattung in den Fachabteilungen des Bereichs Öffentliche Gesundheit für den Fall einer Seuche im Humanbereich als hohes Risiko ein. (TZ 9, TZ 10)
- Der nationale Pandemieplan als Grundlage für das behördliche Handeln in der Krise war veraltet und für die Corona-Pandemie nicht geeignet. Er stammte noch aus dem Jahr 2006, war deshalb nicht an das aktuelle Pandemiephasenschema der WHO angepasst und hatte nur die Grippe zum Gegenstand. Das Szenario eines durch bisher unbekannte Erreger hervorgerufenen Krankheitsausbruchs und die damit verbundenen Herausforderungen blieben dadurch unberücksichtigt. Bereits eine Evaluierung aus dem Jahr 2012 stellte einen dringenden Aktualisierungsbedarf fest. Der interne Risikobericht vom Juni 2019 attestierte wegen der fehlenden Aktualisierung („mangelhaftes Krisenmanagement“) sogar ein hohes Risiko. (TZ 12)
- Hinzu kam, dass das für die Bekämpfung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten bundesweit geltende Epidemiegesetz, das in seiner Grundform aus dem Jahr 1913 stammte, bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie nicht mehr zeitgemäß war. Auf die Prävention der Übertragung von Infektionskrankheiten – z.B. durch Impfungen – zielten nur wenige Regelungen ab. Expertinnen und Experten hatten daher mehrfach eine Modernisierung des Gesetzes gefordert. Im Gesundheitsministerium lag sogar seit Jänner 2019 ein Entwurf für eine Neufassung vor, dennoch kam es zu keiner Umsetzung. (TZ 5)
- Im Laufe der COVID-19-Pandemie initiierte das Gesundheitsministerium mehrere Novellen des Epidemiegesetzes, mit denen bereits einzelne Punkte dieses Gesetzesentwurfs umgesetzt wurden; die geforderte umfassende Modernisierung konnte damit aber nicht verwirklicht werden. (TZ 5, TZ 6, TZ 7)
- Auch Internationale Gesundheitsvorschriften der WHO aus dem Jahr 2007 wurden nicht umgesetzt. Österreich wäre z.B. verpflichtet gewesen, bis längstens Juni 2012 Maßnahmen gegen die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten zu treffen. (TZ 3)

Maßnahmen auf Landesebene

Eine Erhebung im Jahr 2019 durch den RH hatte gezeigt, dass auch in den Ländern die personellen Grundvoraussetzungen nicht vollumfänglich sichergestellt waren, weil es nicht gelang, offene Planstellen im amtsärztlichen Dienst zu besetzen. Allerdings machten die Länder von der im Epidemiegesetz vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch, indem sie nach Ausbruch der COVID-19-Pandemie vorübergehend zusätzlich ausgebildete Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin als sogenannte Epidemieärztinnen und –ärzte – etwa zur Unterstützung bei der Kontaktpersonennachverfolgung – einsetzten. (TZ 11)

Die drei überprüften Länder verfügten über eigene Pandemiepläne. Während die Pandemiepläne der Länder Kärnten und Niederösterreich noch den veralteten Stand des Jahres 2006 des nationalen Pandemieplans widerspiegeln, hatte Wien in Eigeninitiative seinen Pandemieplan mit Stand Jänner 2020 an die aktuellen Standards der WHO angepasst. Kärnten hatte zusätzlich zum Pandemieplan einen Rahmenplan Infektionsschutz erstellt, der auch andere hochinfektiöse Erreger thematisierte. (TZ 14)

Pandemiemanagement – Krisenmanagement in der COVID-19-Pandemie

Verantwortlichkeiten

Für das Krisenmanagement der Gesundheitsbehörden im Pandemiefall ist das Gesundheitsministerium zuständig. Strategische Entscheidungen – wie Teststrategie, Impfstrategie, Beschaffung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern – und die Entwicklung geeigneter gesundheitsbehördlicher Maßnahmen zur Bewältigung der Pandemie – wie Schutzimpfungen, Testungen oder Verkehrsbeschränkungen – obliegen daher der zuständigen Gesundheitsministerin bzw. dem zuständigen Gesundheitsminister. Als oberstes Organ hat sie bzw. er das Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden zu leiten, zu steuern und bundesweit zu koordinieren. Die von ihr bzw. ihm als notwendig erachteten Schritte sind von den Landeshauptleuten und Bezirksverwaltungsbehörden umzusetzen (mittelbare Bundesverwaltung). (TZ 4)

Zusammenarbeit Bund und Länder

Zwischen Bund und Ländern blieb im laufenden Krisenmanagement in der Praxis oftmals unklar, wer wofür verantwortlich war, wer in der Praxis welche Entscheidungen zu treffen und wer diese umzusetzen hatte, weshalb es auch zu Doppelgleisigkeiten kam. So führten die Länder neben dem Epidemiologischen Meldesystem (**EMS**) des Bundes eigene IT-Anwendungen zur Infektionserfassung ein. Aus den von ihnen erhobenen Zahlen wurden im Krisenstab des Innenministeriums pandemische Lagebilder erstellt, obwohl es dafür den Krisenstab des rechtlich zuständigen Gesundheitsministers gab. Die Unklarheiten führten auch zu einem erhöhten Abstimmungsbedarf und damit zu einem zögerlichen und wenig wirksamen Vorgehen, obwohl ein erfolgreiches Pandemiemanagement schnelle und rechtzeitige Maßnahmen erfordert.

- Dies lag zum einen daran, dass weder im Epidemiegesetz noch im Pandemieplan ein konkreter operativer Krisenmechanismus festgelegt war, anhand dessen sich die Gesundheitsbehörden bei einem österreichweiten Krankheitsausbruch abzustimmen und beispielsweise in der Krisenkommunikation nach außen aufzutreten hatten. (TZ 7, TZ 12)
- Zum anderen hatte der Gesundheitsminister die ihm zur Verfügung stehenden Instrumente wie Erlässe, Verordnungen und Weisungen nicht ausreichend dafür genutzt, diesen Umstand zu kompensieren und eine österreichweit einheitliche Vorgehensweise festzulegen. So fehlten etwa wirksame Vorgaben für eine bundesweit funktionierende Kontaktverfolgung, weshalb beispielsweise ein Monitoring der Absonderungsmaßnahmen im Rahmen des EMS unterblieb. Dadurch bestand keine Transparenz über die bundesweite Einhaltung der Vorgaben zu Umfang und Zeitnähe der Kontaktverfolgung. (TZ 26)
- Auch fehlten Vorgaben des Gesundheitsministers für österreichweit einheitliche Standards bei der Verteilung der Impfstoffe und Durchführung der COVID-19-Schutzimpfungen. Für den Fall einer Grippe-Pandemie hatte der Gesetzgeber die Krankenversicherungsträger im Sinne eines institutionenübergreifenden Krisenmanagements mit der zentralen Abwicklung der Schutzimpfungen betraut. Eine gesetzliche Klarstellung, wie bei einer Pandemie vorzugehen war, die durch einen anderen Krankheitserreger ausgelöst wird, erfolgte auch nach Ausbruch der COVID-19-Pandemie nicht. Der Gesundheitsminister überließ dies den Ländern, die ihre eigenen Konzepte für die länderinterne Impfstoffverteilung und zur Durchführung der Impfungen entwickelten. (TZ 13)
- Die gesetzliche Möglichkeit der Landesbehörden, subsidiär zu den Verordnungen des Gesundheitsministers zusätzliche regionale bzw. lokale Maßnahmen gegen COVID-19 zu erlassen, ermöglichte zwar ein an die Infektionslage angepasstes regionales Vorgehen, barg aber auch die Gefahr einer nicht eindeutigen Verantwortung von Bundes- und Landesebene beim Pandemiemanagement. (TZ 7)

- Verbesserungspotenzial bestand auch in der Kommunikation und Koordination mit den Bezirksverwaltungsbehörden (79 Bezirkshauptmannschaften und Magistrate in 15 Statutarstädten). Die Bundesregierung sorgte nicht für ausreichende Vorlaufzeiten vor Inkrafttreten der zahlreichen – aufgrund der COVID-19-Pandemie erforderlichen – neuen Regelungen. (TZ 19)
- Darüber hinaus besetzte das Gesundheitsministerium zentrale Schlüsselpositionen wie jene für die „Generaldirektion für öffentliche Gesundheit“, die bereits seit 2019 vakant waren, auch nach Ausbruch der COVID-19-Pandemie erst Ende 2020. In Kombination mit der mangelhaften Personalausstattung in den Fachabteilungen des Bereichs Öffentliche Gesundheit führte dies zu einer Einschränkung der Handlungsfähigkeit des Gesundheitsministeriums. Dies wog umso schwerer, als dem Gesundheitsminister die Steuerung der gesundheitsbehördlichen Maßnahmen des Pandemiemanagements oblag. (TZ 9, TZ 10)

Im Ergebnis wurden Entscheidungen häufig verzögert getroffen. So wurden zum einen härtere Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung notwendig und zum anderen erforderten die zu spät gefällten Entscheidungen eine längere Dauer der Maßnahmen, um die erforderliche Schutzwirkung zu entfalten. Dies zeigte sich anhand der mit Anfang Oktober 2020 beginnenden zweiten Infektionswelle, auf die der Gesundheitsminister erst am 22. Oktober 2020 mit einer einfachen Verschärfung der Abstands- und Versammlungsbeschränkungen per Verordnung reagierte. Darauf folgte Anfang November 2020 ein „Lockdown light“, der wegen weiter steigender Infektionszahlen und der damit einhergehenden Belastung der Intensivstationen ab dem 17. November 2020 zu einem „harten“ Lockdown verschärft wurde und am 7. Dezember 2020 endete. Da auch mit dieser Maßnahme nicht die erforderliche Wirkung erzielt wurde, folgte am 26. Dezember 2020 der dritte „harte“ Lockdown, der erst am 8. Februar 2021 beendet wurde. Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen liefen aber weiter. Die Einschränkungen bestanden regional unterschiedlich bis einschließlich 19. Mai 2021. (TZ 7)

Koordination auf Bundesebene

Zu unkoordiniertem Handeln kam es nicht nur zwischen Bund und Ländern, sondern auch auf Bundesebene selbst – zwischen dem Gesundheitsministerium und dem Innenministerium. Obwohl für das Pandemiemanagement ausschließlich der Gesundheitsminister und sein Krisenstab zuständig waren, erhob auch das Innenministerium gemeinsam mit den Ländern im Rahmen des Staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagements (**SKKM**) – einem informellen Koordinationsinstrument ohne Verfahrensregeln – täglich die Zahlen zur pandemischen Lage. Die vom Innenministerium veröffentlichten Kennzahlen wichen von jenen des Gesundheitsministeriums ab. Diese mangelhafte Konsistenz der Daten erschwerte nicht nur evidenzbasiertes Handeln auf Seiten der Behörden, sondern wirkte sich auch ungünstig auf deren

Glaubwürdigkeit und damit auf die Akzeptanz und Wirksamkeit der Maßnahmen des Pandemiemanagements aus. ([TZ 15](#), [TZ 16](#), [TZ 17](#), [TZ 18](#))

Bisherige Entwicklung

Zusammenfassend hielt der RH fest, dass die Herausforderungen des Krisenmanagements in der COVID-19-Pandemie bislang ungelöst waren. Die seit Ausbruch der Pandemie gemachten Erfahrungen wurden zu wenig genutzt, um das Krisenmanagement im Sinne von Lessons Learned weiterzuentwickeln. Als Ausgangspunkt dafür hätten beispielsweise die Empfehlungen der unabhängigen Expertenkommission zum Management der COVID-19-Pandemie in Tirol dienen können. Erkenntnisse aus den ersten drei „harten“ Lockdowns einschließlich weiterer Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen hätten die Gelegenheit geboten, Schlüsse zu ziehen, wann welche Maßnahmen als Reaktion auf das sich entwickelnde Infektionsgeschehen zu treffen sind.

Der RH verwies auf die zur Zeit der Veröffentlichung dieses Berichts fortdauernde COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen nach wie vor ungelösten Herausforderungen (z.B. Modernisierung Epidemiegesetz, Aktualisierung nationaler Pandemieplan). Er hielt fest, dass es für eine tatsächliche Verbesserung des Pandemiemanagements zielführend wäre, sich – neben der ministeriumsinternen Analyse bisher gemachter Erfahrungen und Mängel – mit den Empfehlungen des vorliegenden Berichts, die gerade angesichts der andauernden Pandemie und der ungelösten Herausforderungen zukunftsgerichtet formuliert sind, aktiv auseinanderzusetzen.

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

- Der Schutz der öffentlichen Gesundheit wäre bundesweit einheitlich zu gewährleisten. Der Gesundheitsminister hätte hierzu seine Rolle als oberstes Organ aktiv wahrzunehmen und die für das Pandemiemanagement notwendigen Maßnahmen der Gesundheitsbehörden in den Ländern (wie etwa Schutzimpfungen, Testungen oder Verkehrsbeschränkungen) stärker zu leiten, zu steuern und zu koordinieren. Bei mangelnder Wirksamkeit der Maßnahmen sollte der Gesundheitsminister eingreifen und gegensteuern. (TZ 7)
- Darüber hinaus wäre innerhalb der Bundesregierung koordinierend zu wirken und dafür zu sorgen, dass abgestimmt und nach einheitlichen Vorgaben vorgegangen wird, z.B. bei den pandemiebedingten und damit gesundheitsbezogenen Massentestungen, die von dem für Bildung zuständigen Bundesministerium durchgeführt werden. (TZ 7)
- Auf Basis der im Jahr 2019 vorliegenden Arbeiten sowie im Lichte der Erfahrungen und Erkenntnisse aus der laufenden COVID-19-Pandemie wäre ein Entwurf für ein modernisiertes Epidemiegesetz vorzubereiten und im Wege des Ministerrats dem Nationalrat vorzulegen. (TZ 5)
- Bei der Erarbeitung eines Entwurfs für ein modernisiertes Epidemiegesetz wäre darauf zu achten, dass
 - die Zusammenarbeit der Behörden untereinander,
 - die Zusammenarbeit zwischen ihnen und anderen relevanten Einrichtungen, wie etwa der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES), sowie
 - die Vorgehensweise bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten – aufgrund bekannter wie auch unbekannter Erreger – oder bei anderen besonderen Gefährdungssituationen

im Vergleich zum Stand vor Beginn der COVID-19-Pandemie deutlich detaillierter geregelt werden. Im Ergebnis sollte ein rechtlicher Rahmen für einen Krisenmechanismus mit klaren Abläufen und Verantwortlichkeiten sowohl für die erforderlichen Maßnahmen als auch für deren Kommunikation nach außen geschaffen werden. (TZ 5)

- Gemeinsam mit den Ländern wäre für das laufende Pandemiemanagement sowie künftige Pandemien anhand der bisherigen Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie ein neuer allgemeiner nationaler Pandemieplan für Ausbrüche von Infektionskrankheiten aufgrund bekannter wie auch unbekannter hochansteckender Erreger zu entwickeln. Dieser Plan sollte den Krisenmechanismus, der im Zuge der vom RH ebenfalls empfohlenen Modernisierung des Epidemiegesetzes vorzugeben wäre, operationalisieren. Damit sollten im Fall einer neuen Pandemie die wechselseitige Information und Zusammenarbeit aller wesentlichen Akteure (Gesundheitsbehörden, Krankenversicherungsträger und Krankenanstalten) und damit auch die bestmögliche Ressourcennutzung zu deren Bewältigung gewährleistet werden. Der Pandemieplan wäre regelmäßig zu aktualisieren; dabei wären die jeweils geltenden Standards der WHO zu berücksichtigen. (TZ 12)
- Im Zuge der Entwicklung eines neuen nationalen Pandemieplans wäre auch ein Krisenkommunikationsplan zu erarbeiten. Dabei wären im Sinne eines besseren Zusammenspiels der Bundes-, Landes- und Bezirksebene auf Grundlage der Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie klare Verantwortlichkeiten festzulegen, um künftig eine klare Kommunikationslinie anhand von nachvollziehbaren Grundlagen sicherzustellen, die von allen Beteiligten mitgetragen wird. (TZ 18)
- Im künftigen nationalen Pandemieplan wäre auch die Rolle des Staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagements (SKKM) des Innenministeriums einzugrenzen; dies im Sinne eines besseren Zusammenspiels der Behörden auf Bundes-, Landes- und Bezirksebene ohne Doppelgleisigkeiten sowie entsprechend der zentralen rechtlichen Zuständigkeit des Gesundheitsministers und seines Krisenstabs. Dabei wäre auf den Erfahrungen bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie und den vom Nationalrat in seiner EntschlieÙung vom Oktober 2020 geforderten rechtlichen Rahmenbedingungen aufzubauen. (TZ 17)

Zahlen und Fakten zur Prüfung

| Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie | |
|--|--|
| Rechtsgrundlagen | |
| Bund | internationale Abkommen |
| <ul style="list-style-type: none"> • Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), BGBl. 1/1930 i.d.g.F. • Epidemiegesetz 1950 (EpiG), BGBl. 186/1950 i.d.g.F. • Bundesgesetz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmegesetz), BGBl. I 12/2020 i.d.g.F. | <ul style="list-style-type: none"> • International Health Regulations – Internationale Gesundheitsvorschriften, WHO (2005) • Kundmachung des Bundeskanzlers betreffend Annahme Internationaler Gesundheitsvorschriften (2005), BGBl. III 98/2008 i.d.F. BGBl. III 182/2016 |
| Pandemiepläne/Grundlagendokumente | |
| Bund | Länder |
| <ul style="list-style-type: none"> • Influenza Pandemieplan – Strategie für Österreich, 3. Auflage November 2006, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen • Die COVID-19-Pandemie in Österreich – Bestandsaufnahme und Handlungsrahmen, 2021, herausgegeben vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz | <ul style="list-style-type: none"> • Influenza Pandemieplan Kärnten, 1. Auflage Mai 2006 • Influenza Pandemieplan Strategie für Niederösterreich, 1. Auflage Dezember 2006 • Pandemieplanung für Wien, 2. Auflage Jänner 2020 |

| Planstellen des Gesundheitsministeriums laut den Personalplänen 2016 bis 2020 | | | | | | | |
|---|--------------------|------------------|--------------|--------------|--------------|---------------------------|--------------|
| Untergliederung | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Veränderung 2016 bis 2020 | |
| | Anzahl Planstellen | | | | | | in % |
| 24 – Gesundheit | 380 | 431 ¹ | – | – | – | -380 | -100,0 |
| 21 – Soziales und Konsumentenschutz | 1.142 | 1.140 | 1.486 | 1.452 | 1.257 | +115 | +10,1 |
| Summe | 1.522 | 1.571 | 1.486 | 1.452 | 1.257 | -265 | -17,4 |

WHO = World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Quelle: Gesundheitsministerium

¹ Von Juli 2016 bis Jänner 2018 war auch der Aufgabenbereich Frauen und Gleichstellung in der Untergliederung 24 (in dieser Zeit als „Gesundheit und Frauen“ bezeichnet) angesiedelt.



Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte von Juni 2020 bis Februar 2021 das Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie. Zum Pandemiemanagement waren Behörden auf Bundes-, Landes- und Bezirksebene berufen: Der zuständige Gesundheitsministerin bzw. dem zuständigen Gesundheitsminister obliegen als oberstem Organ die Leitung und Steuerung des Pandemiemanagements. Operativ zuständig sind die Bezirksverwaltungsbehörden in mittelbarer Bundesverwaltung. Die Landeshauptleute sind der Gesundheitsministerin bzw. dem Gesundheitsminister – geleitet durch deren bzw. dessen Verordnungen und Weisungen – für die ordnungsgemäße Vollziehung durch die Bezirksverwaltungsbehörden verantwortlich.

Die Überprüfung des RH umfasste das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**¹), die Länder Kärnten und Niederösterreich sowie die Stadt Wien². Ergänzende Erhebungen führte der RH im Bundesministerium für Inneres (in der Folge: **Innenministerium**) durch.

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung des Pandemiemanagements der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie. Zu diesem Zweck überprüfte der RH:

- die Funktionalität der gesundheitsbehördlichen Strukturen insbesondere auf Bundesebene (**TZ 9 ff.**),
- das Vorliegen eines aktuellen Pandemieplans (**TZ 12**) als gemeinsame Grundlage für das gesundheitsbehördliche Krisenmanagement,
- die Koordination zwischen den einzelnen Gesundheitsbehörden und ihre Kommunikation nach außen (**TZ 15 ff.**) sowie
- die bundesweite Abstimmung der Vollziehung des Epidemiegesetzes³ durch Vorgaben des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsminister**) am Beispiel der Kontaktverfolgung (**TZ 22 ff.**).

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen das Krisenmanagement in der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020; punktuell wird auch auf Entwicklungen im Jahr 2021 eingegangen. Soweit neben den im Jahr 2020 gesetzten Maßnahmen auch die zu Pandemiebeginn bestehenden Rahmenbedingungen (z.B. die vorhande-

¹ Der RH verwendet die Bezeichnung Gesundheitsministerium auch für die vor dem 28. Jänner 2020 für Gesundheit zuständigen Ressorts, etwa für das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (1. Juli 2016 bis 7. Jänner 2018) und für das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020).

² Die Stadt Wien nimmt in Österreich insofern eine Sonderstellung ein, als sie sowohl Gemeinde als auch Bundesland ist. Der RH verwendet im Bericht durchgehend die Bezeichnung „Stadt Wien“ auch dann, wenn es um die Rolle des Bundeslandes Wien im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung geht.

³ Epidemiegesetz 1950, BGBl. 186/1950 (WV) i.d.g.F.

nen gesundheitsbehördlichen Strukturen oder der nationale Pandemieplan) relevant waren, bezog der RH auch diese in die Überprüfung mit ein.

(2) Zeitgleich zur vorliegenden Gebarungsüberprüfung führte der RH u.a. beim Gesundheitsministerium, bei den Ländern Oberösterreich und Salzburg, bei der Österreichischen Gesundheitskasse sowie dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eine Gebarungsüberprüfung zur Nutzung von Gesundheitsdaten für die Bewältigung der COVID-19-Pandemie durch (siehe RH-Bericht „Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie“ (u.a. Reihe Bund 2021/43)).

(3) Die Würdigungen im vorliegenden Bericht einschließlich der daraus abgeleiteten Empfehlungen zielen darauf ab, Lehren für ein effizienteres und wirksameres Pandemiemanagement zu ziehen (Lessons Learned). Dies betraf kurzfristige Maßnahmen für die noch aktuelle Krisenbewältigung (Ausschöpfung der rechtlichen Instrumente, Verbesserung der wechselseitigen Information und des Zusammenspiels der Gesundheitsbehörden bis auf die Bezirksebene, Verbesserung der Krisenkommunikation), darüber hinaus aber auch strukturelle Verbesserungspotenziale, um in Zukunft auf vergleichbare Situationen entsprechend vorbereitet zu sein und bundesweit einheitlich reagieren zu können (modernisiertes Epidemiegesetz, umfassender Pandemieplan samt regelmäßiger Evaluierung, personelle und organisatorische Strukturen der Gesundheitsbehörden).

(4) Zu dem im Dezember 2021 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Gesundheitsministerium, die Länder Kärnten und Niederösterreich sowie die Stadt Wien Ende März 2022 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerung an das Gesundheitsministerium im Mai 2022; gegenüber Kärnten, Niederösterreich und Wien gab er keine Gegenäußerungen ab.

Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, die Schlussempfehlungen 1 bis 11, 13 bis 19 sowie 21 und 22 zur Kenntnis zu nehmen, ohne darauf näher einzugehen.

Dazu verwies der RH zunächst auf die andauernde COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen nach wie vor ungelösten Herausforderungen (TZ 27). Er hielt darüber hinaus dem Gesundheitsministerium entgegen, dass es für eine tatsächliche Verbesserung des Pandemiemanagements zielführend war, sich – neben der ministeriumsinternen Analyse bisher gemachter Erfahrungen und Mängel – mit den Empfehlungen des vorliegenden Berichts, die gerade angesichts der andauernden Pandemie und der ungelösten Herausforderungen zukunftsgerichtet formuliert waren, aktiv auseinanderzusetzen.

Grundlagen der Pandemieprävention und –bewältigung

Risiko übertragbarer Krankheiten

- 2.1 (1) Das von übertragbaren Krankheiten ausgehende Risiko stieg aufgrund der fortschreitenden Globalisierung in den letzten Jahrzehnten an. Die Weltgesundheitsorganisation (**WHO**) hatte aus diesem Grund im Jahr 2005 ihre Internationalen Gesundheitsvorschriften mit dem Ziel novelliert⁴, gemeinsam mit den Vertragsstaaten die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten⁵ zu verhindern und zu bekämpfen sowie ein System zur Überwachung von Notfällen internationaler Tragweite zu schaffen.

Laut WHO ging von bestimmten Krankheitserregern eine besondere Gefahr für die öffentliche Gesundheit aus, weshalb diese priorisiert erforscht werden sollten. Dazu gehörten ab 2015 auch SARS–Coronaviren. Ebenso berücksichtigte die WHO das Szenario eines unbekanntem Erregers.

Im September 2019 beurteilte das Global Preparedness Monitoring Board⁶ der WHO die Vorbereitung auf eine Pandemie auf internationaler Ebene als unzureichend. Auch das Bundesministerium für Landesverteidigung (in der Folge: **Verteidigungsministerium**) und das Gesundheitsministerium hatten 2019 Mängel bei der Pandemievorsorge erkannt, etwa:

- eine fehlende stetige Evaluierung und Aktualisierung der Pandemiepläne,
- fehlendes Personal auf Bundes– und Landesebene (mittelbare Bundesverwaltung) sowie
- fehlende regelmäßige Übungen des Zusammenwirkens aller Beteiligten.

Aufgrund der zunehmenden Eintrittswahrscheinlichkeit einer Pandemie stuften im Jahr 2019 sowohl das Verteidigungsministerium in seiner Sicherheitspolitischen

⁴ Revision der Internationalen Gesundheitsvorschriften 1969. Diese hatten sich lediglich auf die drei quarantänepflichtigen Krankheiten Cholera, Pest und Gelbfieber bezogen und hatten keine internationalen Standards für nationale Überwachungssysteme zum Zwecke des Gesundheitsschutzes (Surveillance–Systeme) und für eine internationale Zusammenarbeit vorgesehen.

⁵ Das räumlich und zeitlich begrenzte, vermehrte Auftreten von Erkrankungsfällen mit einheitlicher Ursache wird als Epidemie bezeichnet. Eine Pandemie ist eine neu, aber zeitlich begrenzt in Erscheinung tretende, weltweite starke Ausbreitung einer Infektionskrankheit mit hohen Erkrankungszahlen und in der Regel auch mit schweren Krankheitsverläufen (siehe Fachwörterbuch Robert Koch Institut).

⁶ Das ist ein von der WHO und der Weltbank einberufenes internationales unabhängiges 15–köpfiges Gremium unter der Führung der WHO–Generaldirektorin und des Generalsekretärs der Internationalen Föderation der Rotkreuz– und Rothalbmondgesellschaften mit dem Ziel, die Vorbereitung auf Gesundheitsgefährdungen zu prüfen und auf bestehende Lücken aufmerksam zu machen.

Jahresvorschau 2020 als auch das Gesundheitsministerium in einem internen Risikobericht das mit den Mängeln der Pandemievorsorge verbundene Risiko als hoch ein.

(2) Im Dezember 2019 berichteten Medien erstmals über die Häufung von Lungenerkrankungen unklaren Ursprungs in China. Am 7. Jänner 2020 konnte das verantwortliche Virus erstmals isoliert werden und erhielt den Namen „Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom Coronavirus 2“ (SARS-CoV-2) und die Erkrankung den Namen COVID-19 (englische Abkürzung für „Coronavirus-Krankheit-2019“). Bis Ende Jänner 2020 meldete China rd. 8.000 labordiagnostisch bestätigte Fälle von COVID-19. Weitere 18 Länder berichteten über das Auftreten der Erkrankung.

Am 30. Jänner 2020 erklärte der Direktor der WHO den Ausbruch von COVID-19 zu einer gesundheitlichen Notlage internationaler Tragweite⁷ und löste damit die formal höchste Alarmstufe der WHO aus. So sollte sichergestellt werden, dass die rd. 200 Vertragsstaaten der Internationalen Gesundheitsvorschriften, darunter auch Österreich, ihre Bereitschaftsplanung forcieren. Insbesondere sollten sich alle Länder darauf vorbereiten, das Virus durch Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen, aktive Überwachung (Surveillance), Quarantäne, Fallmanagement sowie Rückverfolgung von Kontakten an seiner Ausbreitung zu hindern.⁸ Am 25. Februar 2020 registrierten die Gesundheitsbehörden die ersten beiden Fälle von COVID-19 in Österreich. Am 11. März 2020 erklärte die WHO den Ausbruch von COVID-19 zur Pandemie.

- 2.2 Der RH verwies auf den globalen Ausbruch von COVID-19 Anfang des Jahres 2020, wobei die Eintrittswahrscheinlichkeit einer durch übertragbare Erkrankungen hervorgerufenen Pandemie in den letzten Jahrzehnten zugenommen hatte. Der RH hielt kritisch fest, dass sowohl die WHO als auch das Gesundheitsministerium und das Verteidigungsministerium im Jahr 2019 – somit noch knapp vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie – Mängel in der Pandemievorsorge festgestellt hatten. Das mit diesen Mängeln – fehlende Aktualisierung der Pandemiepläne, fehlendes Personal auf Bundes- und Landesebene und fehlende regelmäßige Übungen des Zusammenwirkens aller Beteiligten – verbundene Risiko stufen sie als hoch ein.

⁷ Nach Art. 12 der Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO; dies war die sechste derartige Erklärung einer Notlage internationaler Tragweite seit Inkrafttreten der aktuellen Internationalen Gesundheitsvorschriften.

⁸ Die Staaten sollten auch zu einem vollständigen Austausch von Daten mit der WHO bereit sein und gezielt darauf hinarbeiten, durch ressortübergreifende Kommunikation und Kooperation zu den internationalen Gegenmaßnahmen beizutragen.

Internationale Gesundheitsvorschriften der WHO

3.1 (1) Die Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO verfolgten den Zweck, die grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten zu verhindern und zu bekämpfen sowie entsprechende Gesundheitsschutzmaßnahmen einzuleiten. Sie verpflichteten die Vertragsstaaten insbesondere dazu, Kernkapazitäten auf allen gesundheitsbehördlichen Ebenen einzurichten bzw. aufrechtzuerhalten, um umgehend und wirksam auf Gefahren für die öffentliche Gesundheit reagieren zu können. Gesundheitsbehördliche Kernkapazitäten waren erforderlich, um folgende Mindestanforderungen erfüllen zu können:

- Krankheitsausbrüche zu erkennen und zu bewerten,
- unverzüglich Bekämpfungsmaßnahmen durchzuführen und
- die WHO über Ereignisse zu benachrichtigen, die eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite im Hoheitsgebiet darstellen können.

Jeder Vertragsstaat war daher z.B. verpflichtet, bestimmte Grenzübergangsstellen („points of entry“; vor allem Flughäfen und Seehäfen, allenfalls auch Landübergänge) zu benennen und an diesen die geforderten Kapazitäten vorzuhalten, um bei unerwarteten gesundheitlichen Notlagen u.a. bei Reisenden medizinische Untersuchungen durchführen zu können. Für die Kommunikation mit der WHO war eine nationale Anlaufstelle zu benennen.

Die aktuell gültigen Internationalen Gesundheitsvorschriften traten im Juni 2007 in Kraft und wurden im Jahr 2008⁹ in die österreichische Rechtsordnung integriert. Für die Umsetzung der Maßnahmen hatte Österreich bis längstens Juni 2012 Zeit.¹⁰

(2) Eine österreichweite Bestandsaufnahme der auf den verschiedenen gesundheitsbehördlichen Ebenen (Bund, Land, Bezirk) vorgehaltenen Kernkapazitäten lag im Gesundheitsministerium zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht vor. Zum Beispiel fehlten Daten zum amtsärztlichen Dienst (TZ 11).

Die Benennung des Gesundheitsministeriums als nationale Anlaufstelle für die Kommunikation mit der WHO sowie die Festlegung der damit verbundenen Informationsverpflichtungen im nationalen Recht (Epidemiegesetz) erfolgten im März 2020. Im Vergleich dazu hatte Deutschland die nationale Anlaufstelle im Jahr 2007 gesetzlich verankert.

⁹ BGBl. III 98/2008

¹⁰ Anlage 1 Abs. 2, Art. 5 und 13; nach Bewertung der vorhandenen Kapazitäten konnten die Vertragsstaaten bei berechtigtem Bedarf eine Verlängerung der Fristen beantragen.

Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung hatte Österreich weder Grenzübergangsstellen benannt noch die Vorgaben für die Bereithaltung von Kapazitäten in das nationale Recht integriert.¹¹

(3) Ein interner Risikobericht des Gesundheitsministeriums vom Juni 2019 stuft das mit einer Human- oder Tierseuche verbundene Risiko als hoch ein, dies zum einen wegen der Eintrittswahrscheinlichkeit, zum anderen wegen Mängeln im Krisenmanagement. Der Bericht forderte zur Behebung dieser Mängel u.a. die Modernisierung des Epidemiegesetzes und die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO. Das Gesundheitsministerium nahm zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an zwei EU-Projekten teil, die in Zusammenhang mit der Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO standen.¹²

- 3.2 Der RH hielt fest, dass die Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO für Österreich bindend waren. Er kritisierte, dass z.B. die Benennung der nationalen Anlaufstelle in Österreich erst nach Ausbruch der Pandemie im Jahr 2020 erfolgte. Im Vergleich dazu hatte Deutschland die nationale Anlaufstelle bereits im Jahr 2007 gesetzlich verankert. Auch andere Verpflichtungen waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung – trotz abgelaufener Umsetzungsfristen – noch nicht im nationalen Recht verankert, etwa die Benennung jener Grenzübergangsstellen, an denen bei unerwarteten gesundheitlichen Notlagen u.a. bei Reisenden medizinische Untersuchungen durchgeführt werden sollten.

Zwar lag seit Jänner 2019 ein Entwurf zur Modernisierung des Epidemiegesetzes vor, mit dem diese Verpflichtungen umgesetzt werden sollten (TZ 4). Seither war jedoch eine entsprechende Regierungsvorlage durch das Gesundheitsministerium unterblieben; dies, obwohl ein interner Bericht des Gesundheitsministeriums vom Juni 2019 auf das mit einer Humanseuche verbundene hohe Risiko und die ausstehende Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO hingewiesen hatte. Der RH kritisierte, dass damit dem auch international vorgesehenen hohen Stellenwert von Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in der Arbeit der Bundesregierung nicht ausreichend Rechnung getragen wurde.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, im Rahmen der Bundesregierung für die Erfüllung der Verpflichtungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO und für die zeitnahe Einbringung entsprechender Gesetzesentwürfe zu sorgen.

¹¹ Deutschland benannte mehrere Flughäfen und Häfen im Jahr 2013 durch das Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und zur Änderung weiterer Gesetze.

¹² Die Projekte waren European Joint Actions (Gemeinsame Maßnahmen) aus dem Third Health Programme (2014–2020) mit einer Dauer von jeweils 36 Monaten, kofinanziert durch die Europäische Kommission.

Verfassungsrechtlicher Rahmen

4.1 (1) Sowohl die gesundheitsbehördliche Pandemievorsorge als auch das Pandemiemanagement im Bereich Gesundheit waren in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache (Art. 10 Abs. 1 Z 12 Bundes-Verfassungsgesetz (**B-VG**)). Auf dieser kompetenzrechtlichen Grundlage hatte der Bund das Epidemiegesetz und im März 2020 das COVID-19-Maßnahmengesetz¹³ erlassen. Auf diesen beiden Gesetzen basierte eine Reihe von Verordnungen.

(2) Für die Vollziehung dieser Rechtsnormen und damit für das Krisenmanagement der Gesundheitsbehörden im Pandemiefall war das Gesundheitsministerium zuständig. Gesundheitsbehördliche Maßnahmen des Pandemiemanagements hatten in mittelbarer Bundesverwaltung gemäß Art. 102 B-VG durch die zuständige Gesundheitsministerin bzw. den zuständigen Gesundheitsminister¹⁴ im Zusammenwirken mit den Landeshauptleuten und Bezirksverwaltungsbehörden zu erfolgen.



¹³ Bundesgesetz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmengesetz), BGBl. I 12/2020 i.d.g.F.; das Außerkrafttreten des Gesetzes war mit 30. Juni 2022 bzw. spätestens 31. Dezember 2022 normiert (Stand Mai 2022).

¹⁴ abgesehen von wenigen Ausnahmen

Die folgende Abbildung zeigt das System der mittelbaren Bundesverwaltung:

Abbildung 1: Pandemiemanagement in mittelbarer Bundesverwaltung

Bund

Bundesbehörde  als Bundesbehörde tätige Landesbehörden 

MITTLBARE BUNDESVERWALTUNG



Quelle: B-VG; Darstellung: RH

Ebene Bund



Gesundheitsministerin/
Gesundheitsminister

Ebene Land

erteilt
Weisung



Landeshauptfrau/
Landeshauptmann

leitet die
Weisung weiter und/oder erteilt eigene Weisung



für Gesundheit zuständiges Mitglied der Landesregierung
im Namen der Landeshauptfrau/des
Landeshauptmannes

Ebene Bezirk



Bezirksverwaltungs-
behörden

(a) Strategische Entscheidungen (wie Teststrategie, Impfstrategie, Beschaffung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern) und die Entwicklung geeigneter gesundheitsbehördlicher Maßnahmen (wie Schutzimpfungen, Testungen oder Verkehrsbeschränkungen) zur Bewältigung der Pandemie oblagen der Gesundheitsministerin bzw. dem Gesundheitsminister. Die operative Umsetzung durch die Landeshauptleute und Bezirksverwaltungsbehörden hatte sie bzw. er als oberstes Organ, das dem Nationalrat und dem Bundesrat rechtlich und politisch verantwortlich war, in inhaltlichen Belangen¹⁵ – insbesondere durch Verordnungen und durch Weisungen – zu leiten und zu steuern.

(b) Die für die Durchführung der gesundheitsbehördlichen Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in der Regel¹⁶ zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden sind

- die Bezirkshauptmannschaften,
- die Bürgermeister der Städte mit eigenem Statut (wobei diese den Landeshauptleuten nur funktional, nicht aber organisatorisch unterstellt sind) und
- der Magistrat der Stadt Wien, der in Wien die Aufgaben der Bezirksverwaltungsbehörde in Angelegenheiten der mittelbaren Bundesverwaltung erfüllt.

(c) Die Landeshauptleute sind der Gesundheitsministerin bzw. dem Gesundheitsminister für die ordnungsgemäße Vollziehung durch die Bezirksverwaltungsbehörden verantwortlich. Die für das Gesundheitswesen zuständigen Mitglieder der Landesregierungen (Landesräte) führen für die Landeshauptleute in deren Namen und ihnen weisungsgebunden die Angelegenheiten der mittelbaren Bundesverwaltung¹⁷.

4.2 Pandemievorsorge und Pandemiemanagement sind „Angelegenheiten des Gesundheitswesens“ und daher gemäß der österreichischen Bundesverfassung in Gesetzgebung – siehe Epidemiegesetz und COVID-19-Maßnahmegesetz – und Vollziehung Bundessache. Für das Krisenmanagement der Gesundheitsbehörden im Pandemiefall ist allein das Gesundheitsministerium zuständig. Somit obliegen der Gesundheitsministerin bzw. dem Gesundheitsminister die strategischen Entscheidungen (wie Teststrategie, Impfstrategie, Beschaffung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern) und die Entwicklung geeigneter gesundheitsbehördlicher Maßnah-

¹⁵ nicht in organisatorischen Belangen, wie Aufbauorganisation, Ablauforganisation, Dienstrecht, Disziplinarrecht

¹⁶ Auch dem Gesundheitsminister und den Landeshauptleuten kamen einige Aufgaben bzw. Verordnungsermächtigungen zu, verstärkt seit den Gesetzesänderungen im Zuge der COVID-19-Pandemie.

¹⁷ In allen Ländern außer Wien sahen die Landesverfassungen für die Landesregierungen ein Ministerialsystem vor, das wiederum Bedingung für die Übertragungsmöglichkeit der Aufgaben durch die Geschäftsordnungen der Landesregierungen gemäß Art. 103 Abs. 2 B-VG war. In Wien übten die mittelbare Bundesverwaltung der Bürgermeister als Landeshauptmann und der ihm unterstellte Magistrat als Bezirksverwaltungsbehörde aus (Art. 109 B-VG). Aus der Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien ergab sich, dass die dem Landeshauptmann zukommenden Angelegenheiten der mittelbaren Bundesverwaltung von den Magistratsabteilungen unter Leitung und Verantwortung des zuständigen amtsführenden Stadtrats zu besorgen waren.

men (wie Schutzimpfungen, Testungen oder Verkehrsbeschränkungen) zur Bewältigung der Pandemie. Als oberstes Organ hat sie bzw. er das Krisenmanagement der Gesundheitsbehörden zu leiten, zu steuern und bundesweit zu koordinieren. Die von ihr bzw. ihm als notwendig erachteten Schritte sind von den Bezirksverwaltungsbehörden umzusetzen (mittelbare Bundesverwaltung). Für eine ordnungsgemäße Vollziehung durch die Bezirksverwaltungsbehörden sind wiederum die Landeshauptleute verantwortlich. In der Praxis nehmen die für das Gesundheitswesen zuständigen Mitglieder der Landesregierungen diese Aufgabe im Namen der Landeshauptleute wahr.

Vor diesem Hintergrund hielt der RH fest, dass die Gesundheitsbehörden auf Bundes-, Landes- und Bezirksebene durch Aufsicht, Leitung und Weisung komplex miteinander verbunden waren. Wie der RH anhand einzelner Beispiele aufzeigte, hatte diese Komplexität in der COVID-19-Pandemie zur Folge, dass mitunter unklar blieb, wer wofür verantwortlich war, wer welche Entscheidungen zu treffen und wer diese umzusetzen hatte. Diese Umstände führten in der Praxis zu zögerlichem Vorgehen, mangelnder Abstimmung sowie mangelnder Klarheit beim Krisenmanagement der Gesundheitsbehörden (TZ 17 ff.).

Epidemiegesetz

Aktualität des Epidemiegesetzes

- 5.1 (1) Zweck des Epidemiegesetzes ist vor allem die Bekämpfung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten.¹⁸ Dafür legte das Gesetz eine Pflicht zur Anzeige bestimmter übertragbarer Krankheiten sowie Maßnahmen zur Verhinderung von deren Weiterverbreitung fest, z.B. die Absonderung von Personen, Verkehrsbeschränkungen oder Betriebs- und Schulschließungen. Auf die Prävention übertragbarer Krankheiten zielten wenige Regelungen ab. Risikokommunikation¹⁹ und Aufklärungsmaßnahmen sowie der nationale Impfplan waren beispielsweise nicht Inhalt des Epidemiegesetzes.

(2) Das Epidemiegesetz wurde 1913 erlassen (als „Gesetz betreffend die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten“), im Jahr 1950 als Epidemiegesetz wiederverlautbart und seitdem mehrmals novelliert. Mehrfach hatten Expertinnen und Experten innerhalb und außerhalb der Verwaltung eine umfassende Neugestaltung des Gesetzes einschließlich einer sprachlichen Modernisierung gefordert.

¹⁸ Der Gesetzestext enthielt keine expliziten Angaben zu Ziel und Zweck des Gesetzes und keine Begriffsdefinitionen.

¹⁹ Sie soll Gefahren aufzeigen und den angemessenen Umgang mit den Gefahren unterstützen.

Der vom Gesundheitsministerium im Jahr 2018 erarbeitete Entwurf für die Neugestaltung des Epidemiegesetzes sah mit Stand Jänner 2019 u.a. folgende Neuerungen vor:

- Begriffsdefinitionen und Angabe des Gesetzeszwecks,
- detailliertere Regelungen zu den Aufgaben der Bezirksverwaltungsbehörden, der Landeshauptleute und des Gesundheitsministers, zur Kooperation der Gesundheitsbehörden und zum Informationsaustausch zwischen ihnen und anderen Einrichtungen (z.B. den für das Veterinärwesen oder für Lebensmittel zuständigen Behörden),
- Bestimmungen zur Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (TZ 3),
- Bestimmungen zum Nationalen Impfgremium und Nationalen Impfplan,
- Bestimmungen für die Arbeit und Überwachung von Labors.

Die Dringlichkeit des Vorhabens untermauerte auch der interne Risikobericht des Gesundheitsministeriums vom Juni 2019 (siehe TZ 3), der die ausstehende Modernisierung des Epidemiegesetzes als hohes Risiko einstufte. Dennoch war eine Regierungsvorlage unterblieben.

(3) Die Novellen des Epidemiegesetzes während der COVID-19-Pandemie betrafen punktuelle Änderungen.²⁰ Beispielsweise reagierte das Gesundheitsministerium auf eine Kritik, die infolge der Vorfälle um die unkontrollierte Abreise von Touristinnen und Touristen aus Ischgl (März 2020) aufgekommen war. Zuvor konnte die Bezirksverwaltungsbehörde nur Beschränkungen für „Bewohner“ von Epidemiegebieten oder für den „Verkehr mit den Bewohnern solcher Gebiete von außen“ verfügen. Wie die unabhängige Expertenkommission zum Management der COVID-19-Pandemie in Tirol in ihrem Bericht ausführte, wurde die Norm „damit dem oftmals grenzüberschreitenden Tourismus der modernen Zeit in keiner Weise gerecht.“²¹ Daher schuf der Gesetzgeber im Februar 2021 die Möglichkeit für die Bezirksverwaltungsbehörde, Verkehrsbeschränkungen auch für die in Epidemiegebieten aufhaltigen Personen zu verfügen.

5.2 Der RH wies darauf hin, dass das bundesweit geltende Epidemiegesetz in seiner Grundform aus dem Jahr 1913 stammte und zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in mehrfacher Hinsicht nicht zeitgemäß war:

- Es enthielt beispielsweise keine Begriffsdefinitionen;
- auf die Prävention der Übertragung von Infektionskrankheiten – z.B. durch Impfungen – zielten nur wenige Regelungen ab;
- die Regelungen zur Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften waren unvollständig.

²⁰ Einige der punktuellen Gesetzesänderungen bezogen sich ausschließlich auf SARS-CoV-2 bzw. COVID-19 und waren befristet erlassen.

²¹ „Bericht der unabhängigen Expertenkommission zum Management der COVID-19-Pandemie in Tirol“, S. 41

Obwohl von Expertenebene mehrfach eine Neufassung und Modernisierung des Gesetzes gefordert wurde und im Gesundheitsministerium seit Jänner 2019 ein Entwurf dazu vorlag, war eine entsprechende Regierungsvorlage unterblieben. Der RH verwies darauf, dass die Bundesregierung im Rahmen der Novellen während der COVID-19-Pandemie einzelne Punkte dieses Gesetzesentwurfs (z.B. Regelungen zur nationalen Anlaufstelle nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO; TZ 3) dem Parlament vorlegte. Er hielt aber kritisch fest, dass viele Punkte des Entwurfs nicht umgesetzt wurden und daher die gebotene umfassende Modernisierung des Epidemiegesetzes ausständig war. Der RH betonte dazu, dass ein interner Risikobericht des Gesundheitsministeriums das Ausbleiben einer umfassenden Epidemiegesetz-Novelle als hohes Risiko wertete.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, einen Entwurf für ein modernisiertes Epidemiegesetz vorzubereiten und im Wege des Ministerrats dem Nationalrat vorzulegen; dies auf Basis der im Jahr 2019 schon vorliegenden Arbeiten und im Lichte der Erfahrungen und Erkenntnisse aus der laufenden COVID-19-Pandemie. Bei diesem Gesetzesentwurf wäre darauf zu achten, dass

- die Zusammenarbeit der Behörden untereinander,
- die Zusammenarbeit zwischen ihnen und anderen relevanten Einrichtungen, wie etwa der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES) sowie
- die Vorgehensweise bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten – aufgrund bekannter wie auch unbekannter Erreger – oder bei anderen besonderen Gefährdungssituationen

im Vergleich zum Stand vor Beginn der COVID-19-Pandemie deutlich detaillierter geregelt werden. Im Ergebnis sollte ein rechtlicher Rahmen für einen Krisenmechanismus mit klaren Abläufen und Verantwortlichkeiten sowohl für die erforderlichen Maßnahmen als auch für deren Kommunikation nach außen geschaffen werden.

Umsetzung in der Praxis

- 6.1 (1) Das Epidemiegesetz ordnete die Umsetzung der Aufgaben zur Bekämpfung der Weiterverbreitung von übertragbaren Krankheiten in der Regel den Bezirksverwaltungsbehörden als den regional verankerten Behörden zu.

Unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben sowie der einschlägigen Verordnungen und Weisungen arbeiteten und entschieden die Bezirksverwaltungsbehörden eigenständig.

Es war Aufgabe der Bezirksverwaltungsbehörden,

- die Meldungen über Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle anzeigepflichtiger Krankheiten entgegenzunehmen,
- über jeden Verdacht bzw. jede Erkrankung unverzüglich die zur Feststellung der Krankheit und der Infektionsquelle erforderlichen Erhebungen und Untersuchungen einzuleiten (durch die ihnen zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte²²),
- die Absonderung Kranker anzuordnen und
- gegebenenfalls weitere Maßnahmen zu ergreifen, z.B. Verkehrsbeschränkungen, Schließung von Betrieben, Kindergärten und Schulen.

(2) Eine vom Land Tirol eingesetzte unabhängige Expertenkommission hatte bei der Untersuchung des Managements der COVID-19-Pandemie rund um die Ereignisse in Ischgl im März 2020 erhebliche Versäumnisse auch auf Ebene der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden festgestellt, z.B. verzögerte behördliche Schließung von Gastronomie- oder Seilbahnbetrieben bzw. verzögerte Anordnung von Quarantäne.

- 6.2 Der RH erachtete die Betrauung der Bezirksverwaltungsbehörden mit der Durchführung konkreter Maßnahmen als zweckmäßig für ein rasches, zielorientiertes und den Bedürfnissen vor Ort angepasstes Handeln. Er hielt aber fest, dass das Pandemiemanagement insgesamt ein operatives Zusammenwirken aller Ebenen, also der Bundes-, Landes- und Bezirksebene, erforderte. Er verwies in diesem Zusammenhang einerseits auf die vom Land Tirol eingesetzte unabhängige Expertenkommission, die rund um die Ereignisse in Ischgl im März 2020 erhebliche Versäumnisse auch auf Ebene der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden festgestellt hatte. Andererseits verwies der RH auf seine Feststellungen zu den fehlenden Regelungen für die Ausgestaltung der zwischenbehördlichen Koordination im Epidemiegesetz (TZ 7) und zu den Mängeln bei der Koordination mit den Bezirksverwaltungsbehörden (TZ 19).

²² Der Begriff Amtsarzt kam im Epidemiegesetz nicht vor.

- 7.1 (1) Gemäß Epidemiegesetz in seiner Fassung vor Beginn der COVID-19-Pandemie war das Gesundheitsministerium im Fall von Krankheitsausbrüchen von den Landeshauptleuten unverzüglich zu verständigen.²³

Darüber hinaus legte es für den Gesundheitsminister folgende Aufgaben fest:

- Er hatte ein elektronisches Register der anzeigepflichtigen Krankheiten und ein Statistik-Register zu betreiben.²⁴
- Er war ermächtigt bzw. verpflichtet, diverse Verordnungen zu erlassen, z.B. zur Anzeigepflicht weiterer Krankheiten²⁵ oder zur Möglichkeit von elektronischen Meldungen durch Ärztinnen und Ärzte sowie durch Krankenanstalten²⁶.

Dass der Gesundheitsminister bei bundesländerübergreifenden Vorfällen die Koordination innehatte, war im Epidemiegesetz vor der COVID-19-Pandemie nicht explizit festgehalten. Vielmehr hatten diesfalls die Landeshauptleute „zusammenzuarbeiten und ihre Tätigkeiten zu koordinieren“.

(2) Im Frühjahr 2020, zu Beginn der COVID-19-Pandemie, wurde die Zuständigkeit zur Erlassung von Verordnungen gemäß Epidemiegesetz angepasst: Für Verordnungen im Anwendungsbereich mehrerer Bezirke eines Landes waren die Landeshauptleute zuständig, für Verordnungen mit dem gesamten Bundesgebiet als Anwendungsbereich der Gesundheitsminister.²⁷ Seit September 2020 waren Verordnungen betreffend COVID-19 grundsätzlich vom Gesundheitsminister zu erlassen²⁸; subsidiär und für die Festlegung zusätzlicher Maßnahmen waren die Landeshauptleute bzw. die Bezirksverwaltungsbehörden zuständig. Die Verordnungen durften entsprechend der epidemiologischen Situation regional differenzieren und konnten z.B. zusätzliche, auch verschärfende Maßnahmen zu Verordnungen des Gesundheitsministers vorsehen.

(3) Diese Rechtsgrundlagen stellten die Basis für das Handeln der Gesundheitsbehörden dar, als sich Anfang Oktober 2020 durch einen Anstieg der Infektionszahlen eine zweite Infektionswelle anbahnte.²⁹

²³ § 43 Abs. 6

²⁴ §§ 4 und 4a

²⁵ § 1 Abs. 2, z.B. die anlässlich des Auftretens von SARS-CoV-2 erlassene Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2020 vom 26. Jänner 2020

²⁶ § 4 Abs. 17; Verordnung des Bundesministers für Gesundheit betreffend elektronische Meldungen von Ärztinnen/Ärzten und Krankenanstalten in das Register anzeigepflichtiger Krankheiten vom 8. Juli 2013

²⁷ § 43 Abs. 4a Epidemiegesetz

²⁸ § 43a Epidemiegesetz

²⁹ Die AGES hatte am 6. Oktober 2020 das erste Mal eine Überschreitung des Höchstwerts der täglich bestätigten Neuinfektionen aus der ersten Infektionswelle im Frühjahr gemeldet; am 15. Oktober hatte die Corona-Kommission erstmals in vier Bezirken Österreichs (Wels, Hallein, Innsbruck Land, Innsbruck Stadt) ein sehr hohes Infektionsrisiko festgestellt und die Corona-Ampel auf rot geschaltet.

Der Gesundheitsminister reagierte auf das sich sukzessive verschärfende Pandemiegeschehen mit folgenden in Verordnungen angeordneten schrittweisen Maßnahmen:

- 22. Oktober 2020: bundesweite Verschärfung der Abstands- und Versammlungsbeschränkungen,
- von 3. November 2020 bis 16. November 2020: Lockdown „light“: geöffneter Handel, Ausgangsbeschränkungen von 20:00 Uhr bis 06:00 Uhr,
- von 17. November bis 7. Dezember 2020: „harter“ Lockdown: geschlossener Handel, Ausgangsbeschränkungen von 00:00 Uhr bis 24:00 Uhr,
- von 26. Dezember 2020 bis 8. Februar 2021: dritter „harter“ Lockdown; Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen liefen auch nach dem 8. Februar weiter, die Einschränkungen bestanden aber regional unterschiedlich bis einschließlich 19. Mai 2021.

(4) Auch nach einem Jahr Pandemieerfahrung zeigten sich am folgenden Beispiel die Probleme der Zusammenarbeit der verschiedenen Zuständigkeitsebenen: Im Zusammenhang mit dem gehäuften Auftreten der damals neuen Beta-Virusvariante Anfang Februar 2021 in einigen Gebieten Tirols vertraten der Landeshauptmann von Tirol und der Gesundheitsminister verschiedene Ansichten über die Notwendigkeit von Verkehrsbeschränkungen, um die Ausbreitung einzudämmen. Diese Uneinigkeit führte dazu, dass sich die notwendigen Schutzmaßnahmen verzögerten. Obwohl in Tirol bereits am 8. Februar mehrere Hundert teils bestätigte und teils unbestätigte Verdachtsfälle mit der neuen Virusvariante registriert wurden, war für das Betreten oder Verlassen der betroffenen Gebiete erst mit Inkrafttreten einer eigenen Verordnung des Gesundheitsministers am 12. Februar 2021 ein negativer Antigen-Test oder PCR-Test erforderlich, der nicht älter als 48 Stunden sein durfte.

- 7.2 (1) Der Gesundheitsminister ist dafür verantwortlich, den Schutz der öffentlichen Gesundheit durch gesundheitsbehördliche Maßnahmen zu gewährleisten und hat vor diesem Hintergrund als oberstes zuständiges Organ das Vorgehen der Gesundheitsbehörden bundesweit zu koordinieren und abzustimmen. Der RH hielt fest, dass vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie im Epidemiegesetz Regelungen dazu fehlten, wie diese Koordination auf Bundes-, Landes- und Bezirksebene im Sinne eines operativen Krisenmechanismus konkret ausgestaltet sein sollte, um sich insbesondere bei einem bundesweiten Krankheitsausbruch abzustimmen und diesen zu bewältigen.

Der RH wiederholte seine Empfehlung aus [TZ 5](#) an das Gesundheitsministerium, einen Entwurf für ein modernisiertes Epidemiegesetz vorzubereiten, mit dem ein rechtlicher Rahmen für einen Krisenmechanismus mit klaren Abläufen und Verantwortlichkeiten sowohl für die erforderlichen Maßnahmen als auch für deren Kommunikation nach außen geschaffen werden soll.

Er wiederholte auch seine Empfehlung aus [TZ 3](#) an das Gesundheitsministerium, künftig im Rahmen der Bundesregierung für die zeitnahe Einbringung entsprechender Gesetzesentwürfe zu sorgen.

(2) Dass Landeshauptleute bzw. Bezirksverwaltungsbehörden (ab September 2020) ermächtigt waren, subsidiär zu den Verordnungen des Gesundheitsministers zusätzliche regionale bzw. lokale Maßnahmen gegen COVID-19 zu erlassen, ermöglichte zwar ein an die Infektionslage angepasstes regionales Vorgehen. Es barg aber auch die Gefahr einer nicht eindeutigen Verantwortung von Bundes- und Landesebene beim Pandemiemanagement.

Dies zeigte sich am zögerlichen und insofern wenig wirksamen Vorgehen im Herbst 2020, als sich die zweite Infektionswelle ankündigte. Obwohl schnelle und rechtzeitige Maßnahmen für ein erfolgreiches Pandemiemanagement wesentlich waren, verhängte der Gesundheitsminister erst Ende Oktober 2020 bundesweite Maßnahmen, die darüber hinaus zu Beginn nur sehr milde waren. Dies führte nach Ansicht des RH dazu, dass die Maßnahmen immer wieder verschärft werden mussten und insgesamt deutlich länger andauerten, um die erforderliche Wirkung zu entfalten.

Auch noch im Februar 2021 war das Pandemiemanagement von Zögerlichkeit geprägt: Wegen Uneinigkeit mit dem Land Tirol über Maßnahmen zur Eindämmung der Beta-Virusvariante in betroffenen Gebieten in Tirol trat die Verordnung des Gesundheitsministers erst in Kraft, als in diesen Gebieten bereits mehrere Hundert teils bestätigte und teils unbestätigte Verdachtsfälle mit der neuen Virusvariante aufgetreten waren.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, den Schutz der öffentlichen Gesundheit bundesweit einheitlich zu gewährleisten. Der Gesundheitsminister hätte hierzu seine Rolle als oberstes Organ aktiv wahrzunehmen und die für das Pandemiemanagement notwendigen Maßnahmen der Gesundheitsbehörden in den Ländern (wie etwa Schutzimpfungen, Testungen oder Verkehrsbeschränkungen) stärker zu leiten, zu steuern und zu koordinieren. Bei mangelnder Wirksamkeit der Maßnahmen sollte der Gesundheitsminister eingreifen und gegensteuern.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium weiters, innerhalb der Bundesregierung koordinierend zu wirken und dafür zu sorgen, dass abgestimmt und nach einheitlichen Vorgaben vorgegangen wird, z.B. bei den pandemiebedingten und damit gesundheitsbezogenen Massentestungen, die von dem für Bildung zuständigen Bundesministerium durchgeführt werden.

Funktionalität behördlicher Strukturen

Öffentlicher Gesundheitsdienst

- 8 Die Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO verpflichteten die Vertragsstaaten zur Einrichtung und Aufrechterhaltung von Kernkapazitäten auf allen gesundheitsbehördlichen Ebenen (TZ 3). Die vorhandenen Strukturen und Mittel sollten ausreichen, um umgehend und wirksam auf Gefahren für die öffentliche Gesundheit – etwa durch übertragbare Krankheiten – reagieren zu können. Dieser Schutz der Gesundheit der Gesamtbevölkerung war in Österreich Ziel des sogenannten Öffentlichen Gesundheitsdienstes³⁰, der in die Zuständigkeit des Gesundheitsministers fiel und mit der Hilfe der Gesundheitsbehörden auf Landes- und Bezirksebene in mittelbarer Bundesverwaltung vollzogen wurde (TZ 4).

Vor diesem Hintergrund war es für das Pandemiemanagement neben der internationalen Abstimmung wesentlich, sowohl auf Bundes- als auch auf Landes- und Bezirksebene über funktionierende gesundheitsbehördliche Strukturen zu verfügen. Der RH überprüfte daher, welche Strukturen für Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten im Gesundheitsministerium vorhanden waren. Da im Gesundheitsministerium eine österreichweite Bestandsaufnahme der für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in den Ländern vorgehaltenen Personalressourcen fehlte (TZ 3), überprüfte er auch die Ausgangslage der Länder vor Ausbruch der Pandemie hinsichtlich ihrer amtsärztlichen Kapazitäten³¹.

³⁰ Zur Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hatte das Gesundheitsministerium im Jahr 2005 gemeinsam mit den Ländern einen Reformprozess eingeleitet. Ergebnis war das im Jahr 2010 vom damaligen Gesundheitsministerium mit Empfehlungscharakter veröffentlichte „Handbuch für den öffentlichen Gesundheitsdienst“, das 2013 durch die „Nationale Strategie öffentliche Gesundheit“ ergänzt wurde. Diese Publikationen beinhalteten einen vielfältigen Aufgabenkatalog für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

³¹ Diese waren auch Gegenstand des RH-Berichts „Öffentlicher Gesundheitsdienst in ausgewählten Bezirksverwaltungsbehörden in Oberösterreich und Salzburg“ (Reihe Bund 2018/59).

Struktur auf Bundesebene

- 9.1 (1) Die Agenden Gesundheit und Soziales waren bis Ende 2017 zwei getrennten Ministerien zugeteilt, bevor sie im Zuge der Bundesministeriengesetz-Novelle 2017³² im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (ab 2020: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) zusammengeführt wurden.

Im Jahr 2020 standen für die im Gesundheitsministerium gebündelten Gesundheits- und Sozialagenden laut Personalplan³³ 1.257 Planstellen zur Verfügung, das waren 265 oder rd. 17 % weniger als im Jahr 2016:

Tabelle 1: Planstellen nach Untergliederungen laut den Personalplänen von 2016 bis 2020

| Untergliederung | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Veränderung 2016 bis 2020 | | |
|--|--------------|------------------|--------------|--------------|--------------|------------------------------|--------------|------|
| Planstellen | | | | | | | | in % |
| 24 – Gesundheit | 380 | 431 ¹ | – | – | – | -380 | -100,0 | |
| 21 – Soziales und Konsumentenschutz | 1.142 | 1.140 | 1.486 | 1.452 | 1.257 | +115 | +10,1 | |
| Summe | 1.522 | 1.571 | 1.486 | 1.452 | 1.257 | -265 | -17,4 | |

¹ Im Jahr 2017 erhöhte sich im Bereich Gesundheit (Untergliederung 24) die Anzahl der Planstellen wegen der Übernahme der Angelegenheiten Frauen und Gleichstellung aus dem Bundesministerium für Bildung auf 431, der Ist-Personalstand auf rd. 401 Bedienstete.

Quellen: Personalpläne 2016 bis 2020

Bei Zusammenführung in einem Ministerium im Jänner 2018 gab dieses Bundesministerium 55 Planstellen aus dem Bereich Gesundheit an das Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport ab. Dieser Abgang wurde bis zur Zeit der Gebärungsüberprüfung nicht ausgeglichen. In den Personalplänen fehlten seither eigene Planstellenwerte für den Bereich Gesundheit (Untergliederung 24).

(2) Der ressortinterne Risikobericht des Gesundheitsministeriums vom Juni 2019 wies unter dem Stichwort „Mangelhaftes Krisenmanagement“ darauf hin, dass die fehlenden Personalressourcen bei Seuchen im Humanbereich ein hohes Risiko darstellten. Bei fortgesetzter Nicht-Nachbesetzung der pensionsbedingt frei werdenden Planstellen sei die Wahrnehmung der Aufgaben im Krisenfall nicht mehr gewährleistet.

³² BGBl. I 164/2017

³³ Der Personalplan ist verbindlicher Bestandteil des Bundesfinanzgesetzes. Für jede beim Bund beschäftigte Person müssen einerseits das erforderliche Budget und andererseits die entsprechende Planstelle im Personalplan vorgesehen sein. Der Personalplan ist damit die gesetzliche Rahmenvorgabe, die angibt, in welcher Anzahl und in welchen Qualitäten Personalkapazitäten innerhalb eines Finanzjahres maximal zur Verfügung stehen.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie zeichnete sich ein solcher Krisenfall im März 2020 ab. Eine Aufstockung erfolgte nicht schon im Personalplan 2020, sondern im Personalplan 2021.

- 9.2 Der RH wies darauf hin, dass es in den Ressortbereichen Gesundheit und Soziales von 2016 bis 2020 zu einem Rückgang der Planstellen insgesamt um 17,4 % gekommen war. Bei der Zusammenlegung der Agenden Gesundheit und Soziales in einem Ressort im Jänner 2018 wurden vom Bereich Gesundheit 55 Planstellen abgezogen, ohne dass dieser Abgang bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ausgeglichen wurde. Der RH hielt kritisch fest, dass trotz des absehbaren Mehrbedarfs an Personalressourcen dieser auch nach Ausbruch der Pandemie im Jahr 2020 nicht abgedeckt wurde. Der Rückgang und die unterbliebene Aufstockung von Planstellen beeinflussten die personelle Ausstattung für das Pandemiemanagement und waren angesichts der Aufgaben im Gesundheitsbereich nicht nachvollziehbar. Ein diesbezügliches Defizit sah insbesondere auch der ressortinterne Bericht vom Juni 2019, der den Personalstand des Gesundheitsministeriums im Bereich der Öffentlichen Gesundheit für den Fall einer Seuche im Humanbereich als hohes Risiko einstufte.

Zur Gewährleistung der adäquaten Personalausstattung verwies der RH auf seine Empfehlung in der folgenden TZ. Er wies darüber hinaus darauf hin, dass im Rahmen der Bundesregierung der Gesundheitsminister als oberstes Organ für das Pandemiemanagement zuständig war, hinsichtlich der dafür auf Bundesebene erforderlichen Personalressourcen und Budgetmittel aber das Einvernehmen mit anderen Mitgliedern der Bundesregierung – dem Bundesminister für Finanzen und dem Bundesminister für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport – herzustellen war.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, in der Bundesregierung auf die Entwicklung eines Konzepts hinzuwirken, damit entsprechend qualifiziertes Personal innerhalb des öffentlichen Dienstes im Krisenfall zeitnah verfügbar ist. Darin wäre die Unterstützung der Behörden vorzusehen, wenn deren Arbeitsvolumen krisenbedingt so stark ansteigt, dass die ordnungsgemäße Bewältigung der Aufgaben in der erforderlichen Zeit und Qualität gefährdet ist.

- 9.3 Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, mit der Zusammenführung der Bereiche in der Zentraleitung des Ministeriums und damit der Untergliederung 21 auf einen effizienteren Vollzug gezielt zu haben. Seit 2020 habe es sich um adäquate Aufstockung der Personalressourcen bemüht; die bislang erhaltenen zusätzlichen Planstellen seien jedoch nach wie vor in keiner Weise ausreichend.
- 9.4 Der RH hielt fest, dass seit der Zusammenführung der Bereiche Gesundheit und Soziales in der Untergliederung 21 die Zuteilung der Personalressourcen auf die verschiedenen Bereiche im Personalplan nicht mehr ersichtlich war. Seiner Ansicht nach sollte ein Mehr an Flexibilität im Vollzug aber nicht zu einem Weniger an Transparenz im Bundesfinanzgesetz führen. Hinsichtlich der laut Gesundheitsministerium

nach wie vor in keiner Weise ausreichenden Planstellen verwies der RH auf seine Empfehlungen in TZ 10.

10.1 (1) Die Agenden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, darunter die Prävention und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, waren im Gesundheitsministerium auf mehrere Schlüsselfunktionen und Abteilungen verteilt:

- Generaldirektorin für öffentliche Gesundheit; ihr oblagen die Leitung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und damit die höchste Entscheidungsbefugnis auf Beamtenebene; zudem war sie wichtige Ansprechperson für die Landessanitätsdirektorinnen und -direktoren und hatte Sitz und Stimme im Obersten Sanitätsrat;
- Oberster Sanitätsrat mit eigener Geschäftsstelle im Gesundheitsministerium³⁴; er beriet den Gesundheitsminister in allen grundsätzlichen medizinischen Belangen der öffentlichen Gesundheit;
- drei medizinisch-fachliche Abteilungen und die Rechtsabteilung:
 - Abteilung Öffentlicher Gesundheitsdienst, Antibiotikaresistenz, Krankenhaushygiene, Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen (in der Folge: **Abteilung Öffentlicher Gesundheitsdienst**),
 - Abteilung Übertragbare Erkrankungen, Krisenmanagement, Seuchenbekämpfung (in der Folge: **Abteilung Übertragbare Erkrankungen**),
 - **Abteilung Impfwesen**,
 - Abteilung Rechtsangelegenheiten Arzneimittel, Apotheken, Krankenanstalten, übertragbare Krankheiten (in der Folge: **Abteilung Rechtsangelegenheiten**).

(a) Die Funktion Generaldirektion für öffentliche Gesundheit (Chief Medical Officer, CMO) oblag bis zur Organisationsänderung vom September 2018 der Sektionsleitung Öffentliche Gesundheit, danach einer Abteilungsleitung. Ab dem Ruhestand dieser Abteilungsleitung Ende 2019 bis Dezember 2020, und damit in der ersten Phase der COVID-19-Pandemie, war die Funktion nicht besetzt. Seit Dezember 2020 lagen die Funktionen Sektionsleitung sowie Generaldirektion für öffentliche Gesundheit wieder in einer Hand.

(b) Die dreijährige Funktionsperiode der Mitglieder des Obersten Sanitätsrats (31 Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft, Wissenschaft und Österreichischen Apothekerkammer) lief Ende 2019 aus; die Neubestellung erfolgte im März 2021 – somit nach dem dritten harten Lockdown.

(c) Die drei medizinisch-fachlichen Abteilungen waren bis September 2018 Teil der Sektion Öffentliche Gesundheit. Nach der Zusammenführung von Gesundheits- und Sozialagenden im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsu-

³⁴ Bundesgesetz über den Obersten Sanitätsrat (OSR-Gesetz), BGBl. I 70/2011 i.d.g.F.; bis 2011 war das Gesetz betreffend die Organisation des öffentlichen Sanitätsdienstes, RGBl. 68/1870, die gesetzliche Grundlage des 1870 gegründeten Gremiums.

mentenschutz (TZ 9) wurden sie auf zwei Sektionen verteilt. Die nach Ausbruch der Pandemie erlassene neue Geschäftseinteilung ab 12. Oktober 2020 machte die Trennung wieder rückgängig (nunmehr: Sektion Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssystem).

(2) Seit 2018 verfügte das Gesundheitsministerium³⁵ über eine Generalsekretärin. Diese stellte die ministeriumsinterne administrative Spitze dar, verfügte aber nicht über die für die Funktion der Generaldirektion für öffentliche Gesundheit erforderliche medizinisch-fachliche Expertise.

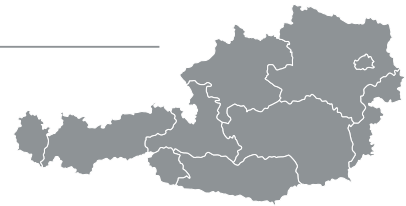
³⁵ auf Grundlage des Budgetbegleitgesetzes 2018–2019, BGBl. I 30/2018, kundgemacht am 16. Mai 2018, rückwirkend in Kraft getreten am 8. Jänner 2018

(3) Die Entwicklung der Schlüsselfunktionen im Öffentlichen Gesundheitsdienst des Gesundheitsministeriums von 2018 bis Anfang 2021 zeigt zusammenfassend folgende Abbildung:

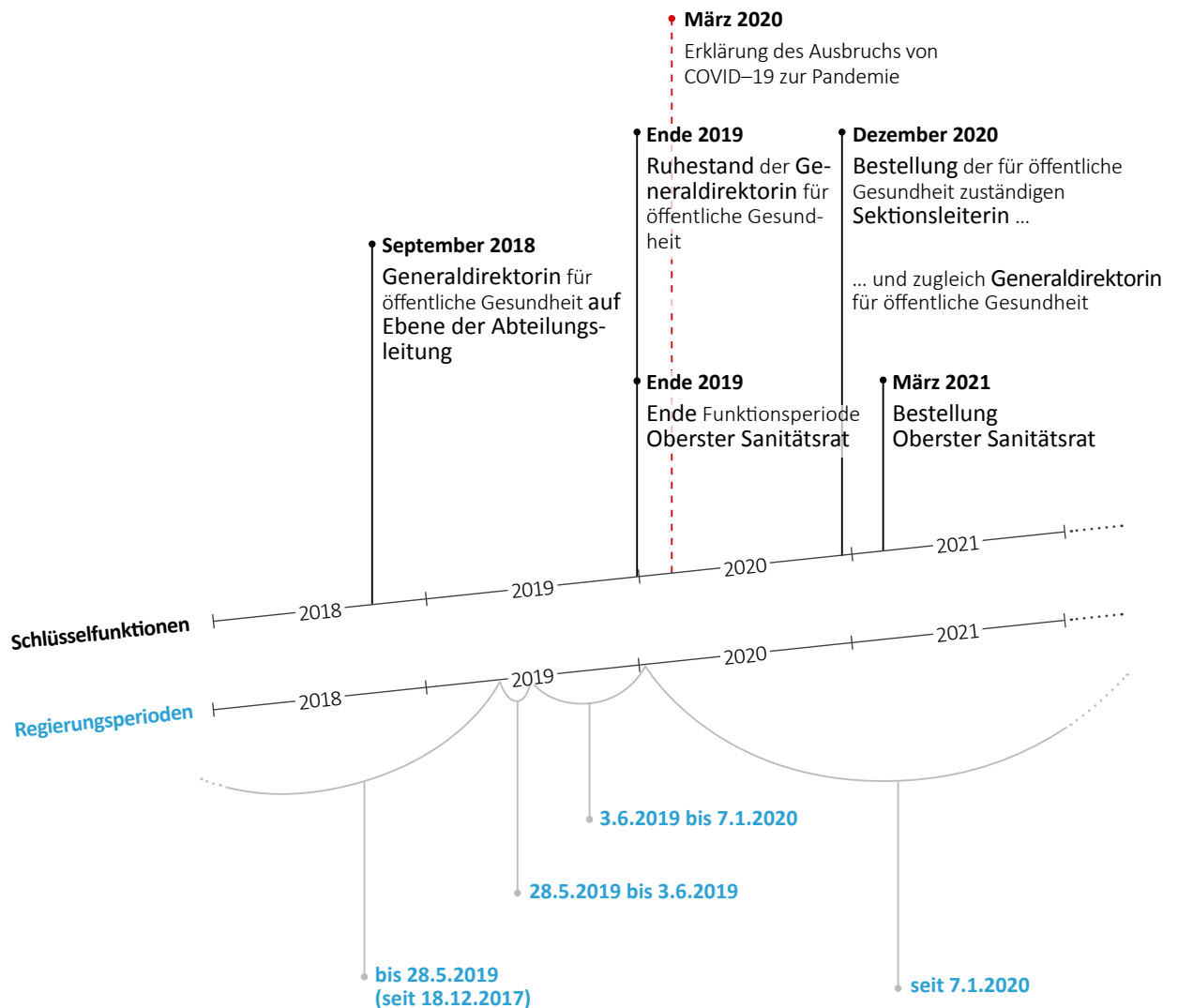
Abbildung 2: Entwicklung Schlüsselfunktionen Öffentliche Gesundheit im Gesundheitsministerium 2018 bis 2021

Bund

SCHLÜSSELFUNKTIONEN



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH



(4) In den Jahren bis zum Ausbruch der Pandemie reduzierten sich nicht nur die Planstellen im Bereich Gesundheit (TZ 9), sondern es verringerte sich auch die Anzahl des tatsächlich verfügbaren Personals in drei der vier zuständigen Abteilungen:

Tabelle 2: Personal ausgewählter Abteilungen der Jahre 2016 und 2019 (jeweils Stichtag 1. Juli)

| Abteilungen | Personal ¹ | | | | | | Veränderung 2016 bis 2019 |
|--|-----------------------|-------------------------|--------|-----------|-------------------------|--------|------------------------------|
| | 2016 | | | 2019 | | | |
| | verfügbar | langfristig abwesend | gesamt | verfügbar | langfristig abwesend | gesamt | Personal verfügbar |
| | in Köpfen | | | | | | |
| Öffentlicher Gesundheits- dienst | 7 | 0 | 7 | 6 | 0 | 6 | -1 |
| Übertragbare Erkrankungen | 7 | 2 | 9 | 7 | 2 | 9 | - |
| Impfwesen | 7 | 0 | 7 | 6 | 1 | 7 | -1 |
| Rechtsange- legenheiten | 9 | 0 | 9 | 7 | 1 | 8 | -2 |

¹ Der RH brachte bei der Ermittlung des verfügbaren Personals Langzeitabwesenheiten (z.B. aus Gründen von Mutterschutz, Karenz, Präsenzdienst, Dienstzuteilungen, Entsendungen) sowie Verwaltungspraktika in Abzug.

Quellen: Geschäftseinteilungen Gesundheitsministerium

(5) Während der Pandemie kam es zu einem starken Anstieg der Überstunden: Im Jahr 2020 fielen zwischen 11-mal bis 46-mal so viele Überstunden an wie im Jahr 2019. Dies war ein Indikator für das durch das Pandemiemanagement zusätzlich gestiegene Arbeitsvolumen.

Die Überstundenleistungen waren z.B. auf die Ausarbeitung von Verordnungen zurückzuführen. Im Jahr 2020 wurden über 100 Verordnungen erlassen – etwa zu Verboten, Beschränkungen und Lockerungen oder zur Einreise nach Österreich.

(6) Auf das gestiegene Arbeitsvolumen reagierte das Gesundheitsministerium mit folgenden Maßnahmen:

- Einstellungen über Verwaltungspraktika mit Sonderverträgen³⁶,
- Abschluss von befristeten Überlassungsverträgen für die Tätigkeit im Krisenstab insbesondere mit der Gesundheit Österreich GmbH oder der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (**AGES**)³⁷ sowie

³⁶ Die Sonderverträge schloss das Gesundheitsministerium deshalb ab, weil bei einem regulären Verwaltungspraktikum maximal 1.000 EUR Aufwandsentschädigung gezahlt werden konnten und für dieses Geld Akademiker mit der erforderlichen Ausbildung nicht zu rekrutieren waren.

³⁷ Die Beschäftigung von Personal aufgrund von Verwaltungspraktika und Überlassungsverträgen war unabhängig von den Vorgaben des Personalplans möglich, weil die hierfür entstehenden Kosten budgetär als Sachaufwand zu behandeln waren.

- interne Umschichtungen.

Für die Abteilung Rechtsangelegenheiten zog das Gesundheitsministerium eine Planstelle aus dem Präsidium ab und schichtete zwei weitere Planstellen aus dem Generalsekretariat um, die aber erst Ende 2020 dauerhaft besetzt werden konnten. Eine Entlastung durch eine vorübergehende Zuteilung juristischer Fachkräfte aus anderen Bundesministerien oder sonstigen Bundesdienststellen³⁸ innerhalb der Bundesregierung erfolgte nicht.

- 10.2 Der RH kritisierte, dass die im Pandemiefall notwendigen organisatorischen Strukturen nicht sichergestellt waren. In für die öffentliche Gesundheit wesentlichen Schlüsselfunktionen gab es ab einer internen Umorganisation im Jahr 2018 keine Kontinuität mehr, weil die bis dahin zweckmäßige Struktur verändert und bestimmte Positionen für einen längeren Zeitraum nicht nachbesetzt wurden. Der RH kritisierte, dass die vakanten Sektionsleitungen bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie und in der Folge nicht besetzt wurden. Die seit 2018 im Gesundheitsministerium als administrative Spitze eingerichtete Funktion der Generalsekretärin konnte die medizinisch-fachliche Expertise nicht leisten. Weiters kritisierte der RH, dass das Gesundheitsministerium keinen neuen Obersten Sanitätsrat bestellte, als dessen Funktionsperiode Ende 2019 auslief.

Der RH hielt kritisch fest, dass die ersten personellen und organisatorischen Schritte – Besetzung der Generaldirektion für öffentliche Gesundheit und Neubestellung des Obersten Sanitätsrats – zu der aus seiner Sicht dringend erforderlichen Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Gesundheitsministerium erst neun Monate bzw. ein Jahr nach Beginn der COVID-19-Pandemie und damit sehr spät gesetzt wurden.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Kontinuität in für die öffentliche Gesundheit wesentlichen Schlüsselfunktionen auf Bundesebene zu gewährleisten und Ausschreibungen bzw. Nachbesetzungen sowie Nominierungen zeitnah vorzunehmen.

Der RH verwies auf die von 2016 bis 2019 gesunkenen Personalstände in drei der vier für das Pandemiemanagement zuständigen Abteilungen. Er sah diese Entwicklung insbesondere aufgrund der Feststellung des Gesundheitsministeriums in seinem Bericht vom Juni 2019, dass die fehlenden Personalressourcen bei Seuchen ein Risiko darstellten, kritisch.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium daher, den Personalbedarf der für das Pandemiemanagement medizinisch-fachlich zuständigen Abteilungen mit den

³⁸ vgl. § 39 Beamten-Dienstrechtsgesetz

laufenden Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie mit dem Ziel neu zu bewerten, eine angemessene Personalausstattung zeitnah zu gewährleisten. Für eine effiziente Aufgabenwahrnehmung insbesondere auch in künftigen Krisensituationen wäre ein nachhaltiges Personalmanagement (Personalrekrutierung, –entwicklung und –bindung) zu implementieren, um mittel- bis langfristig das erforderliche Know-how aufbauen und erhalten zu können.

Aufgrund der nicht sichergestellten personellen Grundvoraussetzungen beurteilte der RH die Funktionalität der gesundheitsbehördlichen Strukturen auf Bundesebene in den ersten Monaten der COVID-19-Pandemie als eingeschränkt.

Der RH hielt zudem kritisch fest, dass innerhalb der Bundesregierung für das fehlende Personal keine Lösung gefunden wurde, etwa eine vorübergehende Zuteilung juristischer Fachkräfte aus anderen Bundesdienststellen. Eine ausreichende Personalflexibilität im Bundesdienst war für eine effektive Bewältigung von Krisenfällen seiner Ansicht nach wesentlich.

10.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei der vom RH festgestellte Sachverhalt auch im Jahr 2022 aufrecht. Da die vorhandenen Personalressourcen nach wie vor nicht mit den Anforderungen in Einklang stünden, seien sowohl die bis 30. Juni 2022 befristeten COVID-19-Sonderverträge als auch Personalleihen (insbesondere von Seiten der AGES bzw. der Gesundheit Österreich GmbH) unverzichtbar, um zusätzliche Personalkapazitäten aufzustocken. Sie kämen nicht nur für den Krisenstab, sondern verstärkt auch für die Logistik, die IT, aber auch für das medizinische Fachpersonal zur Anwendung. Da Personalleihen keine mittelfristige Lösung darstellten, werde bei den Verhandlungen zum Bundesfinanzgesetz 2023 erneut ein Vorstoß unternommen, weitere Planstellen für die Fachbereiche zu bekommen.

10.4 Der RH verwies gegenüber dem Gesundheitsministerium darauf, dass das Bundesfinanzgesetz (Personalplan) – obwohl es sich dabei grundsätzlich um ein einjähriges Planungsinstrument handelt – auch unterjährig geändert werden kann, wenn ein (unvorhergesehener) überplanmäßiger Personalbedarf in einem Ministerium entsteht. Alternativ dazu gibt es auch die Möglichkeit, die Ermächtigungen des Bundeskanzleramts und des Bundesministeriums für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport für eine Überschreitung des Personalplans 2022 um bis zu 50 bzw. um bis zu 40 Planstellen in Anspruch zu nehmen und ressortübergreifend durch das Gesundheitsministerium zu binden bzw. zu nutzen (vgl. § 6 Abs. 9 der Regelungen für die Planstellenbewirtschaftung gemäß § 44 Bundeshaushaltsgesetz 2013).

Insofern konnte der RH nicht nachvollziehen, warum die Bundesregierung die ihr zur Verfügung stehenden Instrumente nicht nutzte, um auf eine Ausnahmesituation wie die COVID-19-Pandemie mit entsprechender Flexibilität bei der Planstellenbewirtschaftung zu reagieren.

Gesundheitsbehördliches Personal auf Landesebene

- 11.1 (1) Da die Aufgaben des Gesundheitsministers gemäß Epidemiegesetz auf regionaler Ebene die in mittelbarer Bundesverwaltung tätigen Bezirksverwaltungsbehörden wahrnahmen, waren die Amtsärztinnen und Amtsärzte bei der Pandemievorsorge und –bewältigung von zentraler Bedeutung.

Spezifische Daten über die Anzahl der Planstellen und der tatsächlich beschäftigten Personen im amtsärztlichen Dienst, über Änderungen der Personalstände oder die Altersstruktur der beschäftigten Personen lagen im Gesundheitsministerium nicht vor. Sie wurden auch im Zuge der COVID-19-Pandemie nicht systematisch erhoben. Nach einem bedingt erfolgreichen Versuch einer Erhebung im November 2020 kündigte das Gesundheitsministerium an, die Daten in Zukunft regelmäßig online-basiert zu ermitteln.

(2) Eine Erhebung im Jahr 2019 durch den RH hatte gezeigt, dass in einigen Ländern nicht alle Planstellen besetzt waren. Beispielsweise hatte Wien im Jahr 2019 um 25 % weniger Amtsärztinnen und Amtsärzte (Vollzeitäquivalente), als Planstellen vorgesehen waren. Auch das Land Oberösterreich hatte mitgeteilt³⁹, dass es schwierig sei, rechtzeitig und ausreichend Amtsärztinnen und Amtsärzte zu gewinnen. Eine bundesweit einheitliche zeitgemäße Ausbildung für Amtsärztinnen und Amtsärzte fehlte.

(3) Gemäß § 27 Epidemiegesetz konnten – zur Unterstützung des amtsärztlichen Personals etwa bei der Kontaktpersonennachverfolgung, der Beauftragung von Probenahmen oder den mündlich erteilten Absonderungsbescheiden – vorübergehend zusätzlich ausgebildete Ärztinnen und Ärzte der Allgemeinmedizin als sogenannte Epidemieärztinnen und –ärzte eingesetzt werden. Davon machten die Länder nach Ausbruch der COVID-19-Pandemie Gebrauch. So waren z.B. in Kärnten Anfang 2021 neben rd. 19 Amtsärztinnen und Amtsärzten 40 Epidemieärztinnen und –ärzte bestellt.

- 11.2 Der RH kritisierte, dass das Gesundheitsministerium keinen Überblick über die Anzahl des in den Ländern tätigen amtsärztlichen Personals hatte. Damit fehlte nicht nur eine wichtige Grundlage für die in den Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO vorgesehene Bewertung der vorhandenen gesundheitsbehördlichen Kernkapazitäten (TZ 3), es fehlten auch wesentliche Informationen für die Steuerung des Pandemiemanagements. Eine Erhebung des RH hatte bereits vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie Handlungsbedarf aufgezeigt.

³⁹ siehe dazu RH-Bericht „Öffentlicher Gesundheitsdienst in ausgewählten Bezirksverwaltungsbehörden in Oberösterreich und Salzburg“ (Reihe Bund 2018/59)

Nach Ansicht des RH erforderten die systematische Erhebung und Bewertung vorhandener gesundheitsbehördlicher Ressourcen auf Landesebene ein Zusammenwirken von Bund und Ländern. Der Gesundheitsminister hatte aufgrund seiner Zuständigkeit als oberstes Organ das Zusammenwirken einzufordern, zu koordinieren und zu steuern.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, den Ländern Kärnten und Niederösterreich sowie der Stadt Wien, die vorhandenen gesundheitsbehördlichen Kernkapazitäten (TZ 3) – wie von den Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO vorgesehen – zu prüfen. Mithilfe von Daten zu den geplanten und tatsächlich vorhandenen amtsärztlichen Personalressourcen wären das Ausmaß des Mangels sowie die davon besonders betroffenen Bezirke zu bestimmen. In der Folge wären passende Maßnahmen zu entwickeln, um den amtsärztlichen Dienst zu attraktivieren, beispielsweise durch neue zeitgemäße Ausbildungsgrundlagen, die auch Erkenntnisse aus der COVID-19-Pandemie berücksichtigen.

Positiv hob der RH hervor, dass die Länder von der im Epidemiegesetz vorgesehenen Möglichkeit Gebrauch machten, bei Bedarf zur Unterstützung des amtsärztlichen Personals vorübergehend Epidemieärztinnen und –ärzte zu bestellen. Seiner Ansicht nach bot diese Regelung für die Verwaltung jene Flexibilität, die das Pandemiemanagement erforderte.

Vor dem Hintergrund der Schwierigkeiten, amtsärztliche Planstellen zu besetzen, empfahl der RH den Ländern Kärnten und Niederösterreich sowie der Stadt Wien, einen Teil der im Zuge der COVID-19-Pandemie bestellten Epidemieärztinnen und –ärzte dauerhaft für den amtsärztlichen Dienst zu gewinnen.

11.3 (1) Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, eine Neugestaltung der in mittelbarer Bundesverwaltung von den Ländern wahrzunehmenden Agenden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Sinne einer österreichweit einheitlichen Grundlage anzustreben; für damit zusammenhängende rechtliche Fragestellungen stehe das Gesundheitsministerium auch schon im Austausch mit dem Verfassungsdienst des Bundeskanzleramts.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Kärnten werde die Besetzung vakanter Stellen ohne gewichtige Attraktivierung des amtsärztlichen Berufsbildes – z.B. durch die Schaffung eines Facharztes für öffentliche Gesundheit – weiterhin nicht möglich sein. Das Land selbst habe deshalb bereits Attraktivierungsmaßnahmen getroffen, wie eine Entlohnung, die der Besoldung der Fachärztinnen und Fachärzte im Landesdienst entspricht, und die Möglichkeit der Teilzeitbeschäftigung sowie der Aufnahme von Nebenbeschäftigungen. Ob das Aufgabenspektrum einer Amtsärztin bzw. eines Amtsarztes für Epidemieärztinnen und –ärzte ansprechend sei, hänge maßgeblich von deren persönlichen Fähigkeiten und Vorstellungen ab.

(3) Das Land Niederösterreich teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die COVID-19-Pandemie die Umsetzung einer neuen einheitlichen amtsärztlichen Ausbildung – bei deren Ausarbeitung gerade Wien und Niederösterreich federführend seien – mehrmals unterbrochen habe. Ein Großteil der niederösterreichischen Epidemieärztinnen und –ärzte übe diese Tätigkeit nebenberuflich aus, weshalb es schwierig sei, sie dauerhaft für den amtsärztlichen Dienst zu gewinnen.

(4) Laut Stellungnahme der Stadt Wien mache sie die Epidemieärztinnen und –ärzte auf offene Amtsarzt-Stellen aufmerksam. Zu einem großen Teil bestünden jedoch bereits andere Dienstverhältnisse oder andere lukrativere Angebote. Zur Unterstützung der Gesundheitsbehörde habe die Stadt daher zusätzliches Personal mit unterschiedlichem fachlichem Hintergrund aufgenommen. Darunter seien u.a. auch Studierende der Medizin, um das Berufsbild der Amtsärztin bzw. des Amtsarztes bei den Studierenden besser bekannt zu machen. Ein neuer Lehrgang zur Ausbildung für Amtsärztinnen und Amtsärzte habe – basierend auf einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern für eine einheitliche Ausbildung (Online-Physikatskurs) – im Dezember 2021 begonnen.

- 11.4 Zur Stellungnahme des Gesundheitsministeriums verwies der RH darauf, dass der von Bund und Ländern gemeinsam gestartete Prozess zur Neugestaltung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bereits seit dem Jahr 2005 läuft. Dass die Ziele – klar definierte und zeitgemäße Aufgaben sowie eine österreichweit einheitliche Ausbildung – trotz eines seit Ende 2010 vorliegenden neuen Ausbildungskonzepts und einer nationalen Strategie zur Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nach wie vor offen waren, stellte für den RH ein langjähriges Versäumnis dar. Für den RH war es deshalb nicht nachvollziehbar, dass 17 Jahre nach Start des Reformprozesses damit zusammenhängende rechtliche Fragestellungen noch immer unklar waren.

Pandemieplan

Aktualität des nationalen Pandemieplans

12.1 (1) Ein Pandemieplan dient der gezielten Vorbereitung der zuständigen Gesundheitsbehörden auf den Pandemiefall und soll mit einem vorab festgelegten, regelmäßig aktualisierten Rahmen für das gemeinsame Vorgehen eine rasche und wirksame Reaktion ermöglichen, sobald der für die Pandemie verantwortliche Krankheitserreger auftritt.

(2) Zum Zeitpunkt des Ausbruchs der COVID-19-Pandemie war kein aktueller nationaler Pandemieplan vorhanden. Der letzte offizielle und veröffentlichte „Influenza Pandemieplan – Strategie für Österreich“ (in der Folge: **nationaler Pandemieplan**) stammte aus dem Jahr 2006. Damit fehlte auch eine entsprechende Grundlage für aktuelle Pandemiepläne der Länder. Vor diesem Hintergrund hatte die mit einem Bericht über das COVID-19-Management in Tirol im Mai 2020 beauftragte unabhängige Expertenkommission dem Land Tirol empfohlen, gegenüber dem Bund nachdrücklich auf die rasche Veröffentlichung eines den aktuellen Erfordernissen angepassten Pandemieplans zu drängen.

(3) In Anlehnung an die aus dem Jahr 1999 stammende und im Jahr 2005 angepasste Pandemieplanung der WHO, die das Risiko für eine Pandemie anhand von sechs klar voneinander abgegrenzten Phasen beurteilte, legte der nationale Pandemieplan je nach Phase Zuständigkeiten der Gesundheitsbehörden und von ihnen zu treffende Maßnahmen fest. Die WHO hatte ihre Planung seither zweimal (2009 und 2013) aktualisiert, u.a. um auf die Erfahrungen aus der Grippe-Pandemie 2009 des Virus-Subtyps A H1N1 (umgangssprachlich häufig als „Schweinegrippe“ bezeichnet) zu reagieren. Ab 2013 änderte die WHO ihre Vorgehensweise, indem sie bei der Risikoeinschätzung von einem fließenden Übergang zwischen vier zyklischen Pandemiephasen ausging.

(4) Das Gesundheitsministerium hatte nach der im Jahr 2009 aufgetretenen Grippe-Pandemie bei der Gesundheit Österreich GmbH eine Evaluierung der österreichischen Maßnahmen des Pandemiemanagements beauftragt. Laut dem 2012 veröffentlichten Evaluierungsbericht sei der nationale Pandemieplan in einigen Punkten dringend anzupassen und zu aktualisieren. Der Bericht empfahl daher u.a., den nationalen Pandemieplan künftig regelmäßig und in kürzeren Zeitintervallen zu überarbeiten.

Nach Fertigstellung des Evaluierungsberichts beauftragte das Gesundheitsministerium die Gesundheit Österreich GmbH noch im selben Jahr damit, die Überarbeitung des Grippe-Pandemiemanagements prozessbezogen zu begleiten. Nach einer fachlichen Aktualisierung des nationalen Pandemieplans im Jahr 2013 folgte im

Jahr 2014 eine inhaltliche Neuausrichtung weg vom ausschließlichen Fokus auf eine Grippe-Pandemie hin zu einer allgemeineren Vorbereitung auf die von hoch ansteckenden Krankheitserregern ausgehende Bedrohung (Generic Preparedness). Im September 2014 verschob die Gesundheit Österreich GmbH Ressourcen für dieses Projekt zum Projekt „Begleitung Ebola-Krisenmanagement“. Auch das Gesundheitsministerium reihte die Arbeiten am nationalen Pandemieplan nach hinten und nahm sie erst im Jahr 2017 wieder auf.

Der interne Risikobericht des Gesundheitsministeriums vom Juni 2019 wies unter dem Stichwort „Mangelhaftes Krisenmanagement im Humanbereich“ u.a. darauf hin, dass die ausstehende Aktualisierung nationaler Bereitschaftspläne ein hohes Risiko darstellte.

Der im August 2019 vorliegende Entwurf einer umfassenden Überarbeitung des nationalen Pandemieplans fokussierte jedoch – wie der Plan aus 2006 – ausschließlich auf eine durch Grippeviren hervorgerufene Pandemie. Er basierte damit auf Annahmen, die auf SARS-CoV-2 nicht zuträfen, z.B. die Annahme, für einen Impfstoff oder ein Arzneimittel auf bereits bestehenden Virusvarianten aufbauen zu können. Für den Zeitraum, in dem noch keine Impfstoffe zur Verfügung standen, fehlten daher im Entwurf Maßnahmen, etwa die Identifikation und Absonderung potenzieller Virusüberträger; eine individuelle Labordiagnostik zur Identifikation war laut Entwurf ausdrücklich nicht erforderlich.

(5) Die Ressortleitungen gaben den Entwurf in der Folge nicht frei und veröffentlichten ihn nicht. Bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie war daher nach wie vor der nationale Pandemieplan aus 2006 in Kraft.

Weil der nationale Pandemieplan – wegen des Fokus auf Grippeviren – Besonderheiten von SARS-CoV-2 nicht berücksichtigte, beauftragte das Gesundheitsministerium Ende Juni 2020 das Projekt „Nationaler Krisenplan SARS-CoV-2“. Es sollte der Vorbereitung auf die erwartete zweite COVID-19-Welle im Herbst 2020 dienen. Mitte August 2020 unterzeichneten das Gesundheitsministerium und die Gesundheit Österreich GmbH einen Projektauftrag, Anfang Oktober 2020 sollte das Ergebnis abgenommen und genehmigt werden.

Das in der Folge von Expertinnen und Experten erarbeitete Dokument „Die COVID-19-Pandemie in Österreich – Bestandsaufnahme und Handlungsrahmen“ (in der Folge: **Handlungsrahmen**) fasste die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der COVID-19-Pandemie zusammen und sollte für alle betroffenen Bereiche der Gesundheitsverwaltung als strategischer Handlungsrahmen in der Pandemie dienen. Anfang März 2021 hatte die Gesundheit Österreich GmbH Rückmeldungen der Länder eingearbeitet und den Handlungsrahmen dem Gesundheitsministerium zur Frei-

gabe und Veröffentlichung vorgelegt. Am 30. April 2021 veröffentlichte das Gesundheitsministerium den Handlungsrahmen auf seiner Website.⁴⁰

12.2 (1) Der RH hielt kritisch fest, dass das Gesundheitsministerium den nationalen Pandemieplan zumindest 14 Jahre lang nicht angepasst hatte. Dies obwohl

- die WHO ihre aus 2005 stammende Pandemieplanung seither zweimal aktualisiert und ihre Vorgehensweise bei der Risikoeinschätzung grundlegend geändert hatte und
- eine vom Gesundheitsministerium beauftragte Evaluierung aus dem Jahr 2012 sowohl einen dringenden Bedarf für eine Überarbeitung des nationalen Pandemieplans erkannt als auch künftig kürzere Aktualisierungsintervalle empfohlen hatte.

Der RH wies kritisch darauf hin, dass die bereits erarbeiteten Entwürfe zur Aktualisierung des nationalen Pandemieplans nicht zur Veröffentlichung freigegeben wurden.

(2) Nach Ansicht des RH fehlte daher in Österreich eine wesentliche Voraussetzung für das abgestimmte operative Zusammenwirken der Gesundheitsbehörden auf nationaler und internationaler Ebene im Krisenfall. Denn der bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie gültige nationale Pandemieplan war nicht an den geltenden Standards der WHO ausgerichtet und berücksichtigte nicht das Szenario eines durch bisher unbekannte Erreger hervorgerufenen Krankheitsausbruchs und die damit verbundenen Herausforderungen. Der RH anerkannte zwar, dass das Gesundheitsministerium die Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie in einem nationalen strategischen Handlungsrahmen zusammenfasste. Er hielt aber kritisch fest, dass das Gesundheitsministerium diesen Handlungsrahmen erst am 30. April 2021 veröffentlichte, wohingegen der Projektauftrag die Veröffentlichung für Anfang Oktober 2020 vorsah. Der RH hielt auch fest, dass der nationale strategische Handlungsrahmen zwar Grundlage für die Vorgehensweise in der COVID-19-Pandemie war, aber einen umfassenden nationalen Plan zum Umgang mit durch andere Erreger ausgelösten Pandemien nicht ersetzen konnte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern für das laufende Pandemiemanagement sowie künftige Pandemien anhand der bisherigen Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie einen neuen allgemeinen nationalen Pandemieplan für Ausbrüche von Infektionskrankheiten aufgrund bekannter wie auch unbekannter hochansteckender Erreger zu entwickeln. Dieser Plan sollte den Krisenmechanismus, der im Zuge der ebenfalls vom RH empfohlenen Modernisierung des Epidemiegesetzes vorzugeben wäre, operationalisieren. Damit sollten im Fall einer neuen Pandemie die wechselseitige Information und Zusammenarbeit

⁴⁰ <https://www.sozialministerium.at/Services/News-und-Events/COVID-19-Pandemie.-Bestandsaufnahme,-Handlungsrahmen.html> (abgerufen am 13. Mai 2022)

aller wesentlichen Akteure (Gesundheitsbehörden, Krankenversicherungsträger und Krankenanstalten) und damit auch die bestmögliche Ressourcennutzung zu deren Bewältigung gewährleistet werden.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium weiters, den Pandemieplan regelmäßig zu aktualisieren und dabei die jeweils geltenden Standards der WHO zu berücksichtigen.

Regelungen zur Schutzimpfung

13.1 (1) Der nationale Pandemieplan ging davon aus, dass die Bezirksverwaltungsbehörden gemäß Epidemiegesetz für die Durchführung von Schutzimpfungen im Pandemiefall zuständig waren. Er berücksichtigte damit nicht, dass diese Zuständigkeit mit der 67. Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes im Jahr 2007 den Krankenversicherungsträgern übertragen worden war und seitdem als Krankenbehandlung galt.⁴¹ Laut Evaluierungsbericht der Gesundheit Österreich GmbH aus 2012 führte dies insbesondere zu Pandemiebeginn (Grippe-Pandemie 2009) zu langwierigen Abstimmungsprozessen zwischen den Akteuren sowie etwa dazu, dass die Länder die Durchführung der Impfung unterschiedlich organisierten. Deshalb empfahl der Evaluierungsbericht, die Zuständigkeiten für die Durchführung und Kostentragung der Impfung insbesondere durch eine fundierte Überarbeitung des Pandemieplans und eine Abstimmung des Epidemiegesetzes mit dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz klar zu regeln.

(2) Die Überarbeitung des nationalen Pandemieplans unterblieb. Das Gesundheitsministerium hielt auch noch 2021 im Handlungsrahmen fest: „[D]ie Entscheidung über die Strategie der Ausrollung der Impfungen und über ihre Umsetzung [liegt] bei den Ländern.“

(3) Der Gesetzgeber hingegen hatte für den Fall, dass die WHO eine weltweite Pandemie erklärte, eine zentrale Abwicklung der Pandemieimpfungen durch die Krankenversicherungsträger angeordnet. Da dies dem Gesetzeswortlaut nach aber nur auf eine Grippe-Pandemie bezogen war, bedurfte es im Fall einer Pandemie aufgrund eines anderen Erregers einer Klarstellung. Das Gesundheitsministerium hatte keine Anträge für diesbezügliche Gesetzesänderungen vorgelegt.

Dadurch wiederholten sich Anfang 2021 die im Evaluierungsbericht 2012 beschriebenen Umstände aus 2009: Es gab bei der Impfung keine österreichweit einheitliche Vorgehensweise, sondern jedes Land entwickelte ein eigenes Konzept für die länderweise Impfstoffverteilung sowie für die Durchführung der Impfungen. Der Gesund-

⁴¹ Sozialrechts-Änderungsgesetz 2007, BGBl. I 31/2007; der diesbezügliche Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales (110 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXIII. GP) erläutert, dass die Kosten des Pandemieimpfstoffes von den Krankenversicherungsträgern wie bei einem Heilmittel übernommen werden sollten.

heitsminister hatte die ihm zur Verfügung stehenden Instrumente – Erlässe, Verordnungen, Weisungen – nicht genutzt, um Standards vorzugeben, sondern ließ den Ländern freie Hand.

- 13.2 Der RH kritisierte, dass das Gesundheitsministerium den Empfehlungen aus der Evaluierung der Grippe-Pandemie 2009 nicht gefolgt war. Es hatte weder den nationalen Pandemieplan noch das Epidemiegesetz daran angepasst, dass bei einer Grippe-Epidemie die Krankenversicherungsträger mit der zentralen Abwicklung der Impfungen betraut waren. Ebenso wenig hatte es auf eine Klarstellung der Vorgehensweise hingewirkt für den Fall, dass eine Pandemie durch einen anderen Erreger als das Grippevirus ausgelöst wurde. In der Folge war in der COVID-19-Pandemie ein institutionenübergreifendes Krisenmanagement, das diese Rolle der Krankenversicherungsträger und die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen berücksichtigte, unterblieben.

Der RH kritisierte, dass dadurch – wie schon 2009 – auch in der COVID-19-Pandemie Handlungsspielraum dafür verblieb, dass jedes Land bei der Verteilung und Durchführung der Impfungen sein eigenes Konzept verfolgte. Er kritisierte, dass der Gesundheitsminister Vorgaben für eine einheitliche Vorgangsweise unterließ, obwohl ihm dafür die rechtlichen Instrumente zur Verfügung standen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, Gesetzesentwürfe auszuarbeiten, um eine klare gesetzliche Regelung zur Zuständigkeit für die Durchführung und Kostentragung von Schutzimpfungen in einer Pandemie, unabhängig vom auslösenden Erreger, zu schaffen. Dabei wäre eine zentrale Rolle der Krankenversicherungsträger – wie für den Fall einer Grippe-Pandemie bereits vorgesehen – anzustreben, um auch die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen im Sinne eines institutionenübergreifenden Krisenmanagements nutzen zu können.

- 13.3 Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, die Empfehlung zur Kenntnis zu nehmen. Im Fall einer gesetzlichen Regelung seien – wie auch vom RH ausgeführt – Überlegungen sowohl zur Durchführung als auch zur Kostentragung anzustellen.

Pandemiepläne der Länder

- 14.1 (1) In Österreich bildete der nationale Pandemieplan auch die Grundlage für die Pandemiepläne der Länder, deren Landeshauptleute und Bezirksverwaltungsbehörden in mittelbarer Bundesverwaltung konkrete Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu treffen hatten. Daher sollte es sich – so der nationale Pandemieplan – bei den Plänen der Länder bereits um Umsetzungskonzepte mit konkreten Maßnahmen handeln, z.B. zum Ablauf von Impfungen oder zur Versorgung in Krankenhäusern.

Die Pandemiepläne der drei überprüften Länder hielten fest, dass die Betreuung der Erkrankten grundsätzlich zu Hause erfolgen und eine Aufnahme in eine Krankenanstalt nur nach vorheriger ärztlicher Abklärung erfolgen sollte. Der Wiener Pandemieplan definierte spezielle Krankenanstalten als primäre Anlaufstellen zur Behandlung von bestätigten Erkrankten unter Quarantänebedingungen während einer Pandemie. In Niederösterreich waren – aufgrund der geografischen und strukturellen Gegebenheiten („Flächenbundesland“) – alle Krankenanstalten einzubeziehen, ebenso in Kärnten, wobei hier zusätzlich je Krankenanstalt mindestens eine Ambulanz, möglichst in separaten Gebäudeabschnitten, speziell für den Pandemiefall auszustatten und als zentraler Anlaufpunkt zu nutzen war.

In den drei überprüften Ländern gaben die Pandemiepläne vor, dass die Landesgesundheitsbehörden in der pandemischen Phase die Abgabe von Medikamenten sowie die Impfungen zu planen und durchzuführen hatten.

- (2) Die Pandemiepläne der Länder Kärnten und Niederösterreich spiegelten – wie der nationale Pandemieplan – noch den Stand des Jahres 2006 wider und waren nach den nicht mehr aktuellen sechs Pandemiephasen aufgebaut.

Das Land Kärnten hatte zusätzlich zum Influenza Pandemieplan einen Rahmenplan Infektionsschutz erstellt, der auch andere hochinfektiöse Erreger – wie u.a. das Schwere Akute Respiratorische Syndrom (**SARS**) – thematisierte und Informationen über Ausbrüche, Infektionsweg, Inkubationsdauer, Symptomatik, Meldepflicht und Aufgaben des amtsärztlichen Personals enthielt. Der Rahmenplan Infektionsschutz stammte aus dem Jahr 2006, wurde aber 2017 in Anlehnung an den Steirischen Seuchenplan überarbeitet und sollte als Nachschlagewerk für öffentliche Dienststellen, Krankenanstalten und Einsatzorganisationen dienen. Dementsprechend legte er erste Maßnahmen für die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt, für Verlegung und Krankentransport, für Schutz und Desinfektion fest und definierte die Krisenkommunikation. Weiters thematisierte er den Umgang mit Kontaktpersonen und enthielt Formulare und Checklisten zur Kontaktpersonenerfassung.

Wien legte dem RH einen Pandemieplan mit Stand Jänner 2020 vor, der die Erfahrungen aus der Grippe-Pandemie im Jahr 2009 beinhaltete und damit auch an die

aktuellen Vorgaben der WHO angepasst war. Zusätzlich hielt er fest, dass Bausteine dieses Plans auch bei neu auftretenden Erregern, z.B. SARS-CoV-2, herangezogen werden können.

14.2 (1) Der RH anerkannte, dass Kärnten, Niederösterreich und Wien in ihren Pandemieplänen Umsetzungskonzepte mit konkreten Maßnahmen festgelegt hatten, wie es im nationalen Pandemieplan vorgesehen war. Zum Teil wählten die Länder dabei unterschiedliche Herangehensweisen, die in mancher Hinsicht auf die Unterschiede zwischen Wien als Großstadt und Niederösterreich sowie Kärnten als „Flächenbundesländer“ zurückzuführen waren.

(2) Von den drei überprüften Ländern legte nur Wien einen Pandemieplan vor, der bereits an die aktuellen Standards der WHO angepasst war. Diese Eigeninitiative beurteilte der RH positiv.

Er hob auch hervor, dass das Land Kärnten zusätzlich zum Pandemieplan einen Rahmenplan Infektionsschutz erstellt, 2017 aktualisiert und darin geregelt hatte, wie beim Auftreten von anderen hochinfektösen Erregern, die keine Grippeviren waren, vorzugehen war.

Der RH empfahl den Ländern Kärnten und Niederösterreich sowie der Stadt Wien, ihre Pandemiepläne anhand der Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie in Abstimmung mit dem gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium zu entwickelnden nationalen Pandemieplan zu aktualisieren. In Zukunft wären die Pläne regelmäßig anzupassen. Jedenfalls wäre sicherzustellen, dass die Pläne die jeweils geltenden Standards der WHO berücksichtigen.

14.3 (1) Das Land Kärnten teilte in seiner Stellungnahme mit, die Empfehlung des RH zu unterstützen, einen gemeinsamen nationalen, den Standards der WHO entsprechenden Pandemieplan von Bund und Ländern zu entwickeln und die Pandemiepläne der Länder darauf aufbauend zu aktualisieren.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich habe die Landessanitätsdirektion das Gesundheitsministerium regelmäßig aufgefordert, den nationalen Pandemieplan zu aktualisieren, um danach auch einen neuen Landespandeemieplan erstellen zu können. Die Landessanitätsdirektion sei auch an der Arbeit zur inhaltlichen Neuausrichtung des Pandemieplans im Sinne einer allgemeineren Vorbereitung auf Bedrohungen durch hochansteckende Krankheitserreger beteiligt gewesen; diese habe aber bisher nicht das erhoffte Ergebnis gebracht.

(3) Die Stadt Wien teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass eine laufende Überarbeitung des Landespandeemieplans in Abstimmung mit dem Bund vorgesehen sei.

Koordination und Kommunikation

Rolle des Krisenstabs im Gesundheitsministerium

- 15.1 (1) Basierend auf der Zuständigkeit des Gesundheitsministers ordnete der nationale Pandemieplan zentrale Aufgaben des gesundheitsbehördlichen Pandemiemanagements dem Krisenstab im Gesundheitsministerium zu, etwa die Einschätzung der pandemischen Lage, die Koordinierung von Maßnahmen mit Ländern und die Kommunikation nach außen, also die Information der Bevölkerung bzw. der Medien. Der – nicht veröffentlichte – Aktualisierungsentwurf des nationalen Pandemieplans aus 2019 hielt an dieser zentralen Rolle des Krisenstabs fest.

Der nationale Pandemieplan sah einen im Kern wie folgt besetzten Krisenstab vor:

- Vertreterinnen und Vertreter der Generaldirektion für öffentliche Gesundheit inklusive Juristinnen und Juristen,
- Vertreterinnen und Vertreter der Nationalen Referenzzentrale für Influenza (Institut für medizinische Mikrobiologie und Hygiene Wien, AGES, Institut für Virologie der Medizinischen Universität Wien),
- Expertinnen und Experten (z.B. Epidemiologie, Virologie, Vakzinologie),
- Veterinärmedizinerinnen und Veterinärmediziner sowie
- Pressebeauftragte.

Für einen erweiterten Krisenstab waren auch Vertreterinnen und Vertreter des Bundesheeres, der Polizei, der Krankentransporte, der Pflegedienste, der Krankenversicherungen, der Apothekerkammer und von Nichtregierungsorganisationen (**NGOs**) beizuziehen.

(2) Die Nominierung der Krisenstab-Mitglieder sollte stattfinden, bevor neue Viren-Subtypen bei Menschen auftraten. Der Krisenstab sollte eingerichtet und mit der Einschätzung der Lage befasst werden, sobald begrenzte Mensch-zu-Mensch-Übertragungen eines neuen Virus-Subtyps dokumentiert waren (sogenannte Phase 4). In der Pandemie 2009 richtete das Gesundheitsministerium am 28. April 2009, zwei Tage, nachdem die WHO die Phase 4 erklärt hatte, den Krisenstab ein.

Bei COVID-19, die die WHO am 30. Jänner 2020 zu einer gesundheitlichen Notlage internationaler Tragweite erklärte, benötigte das Gesundheitsministerium eine längere Vorlaufzeit, weil organisatorische Vorkehrungen, z.B. die Nominierung von Krisenstab-Mitgliedern, unterblieben waren. Auch die Vakanz der Generaldirektion für öffentliche Gesundheit bis Dezember 2020 verzögerte die Operationalisierung eines Krisenstabs.

Mit 28. Februar 2020 richtete der Gesundheitsminister per Weisung einen Krisenstab ein. Bei der Etablierung und Heranziehung des Krisenstabs beriet das Österreichische Rote Kreuz den Minister auf Grundlage einer, auch andere Leistungen umfassenden, Kooperationsvereinbarung. Die Vereinbarung wurde am 17. März 2020 mit einem maximalen Auftragswert von 468.600 EUR (exkl. USt) geschlossen, sie endete – nach dreimaliger Verlängerung – mit Ende Juni 2021. Diese Kooperationsvereinbarung wird derzeit im Rahmen einer gesonderten Gebarungüberprüfung des RH beurteilt.

(3) Der Krisenstab stand unter der Führung einer Einsatzleitung. Unterhalb der Einsatzleitung war zur Vernetzung der sieben Stabteams ein Leiter der Stabsarbeit mit angelagerter Meldesammelstelle tätig, den auch das Österreichische Rote Kreuz unterstützte. Die sieben Stabteams des Krisenstabs hatten u.a. folgende Aufgaben:

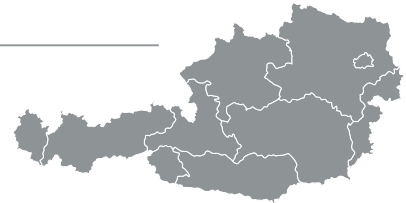
- Feststellung und Darstellung der aktuellen pandemischen Lage,
- Definition der erforderlichen Maßnahmen,
- Versorgung und Ermittlung von Kapazitäten in den Krankenanstalten und im niedergelassenen Bereich,
- Medienarbeit, Information der Öffentlichkeit, externe Kommunikation durch Hotlines (1450, AGES etc.) und Datenmanagement,
- rechtliche Fachexpertise, Erstellung von Rechtstexten.

Die folgende Abbildung zeigt die Struktur des Krisenstabs:

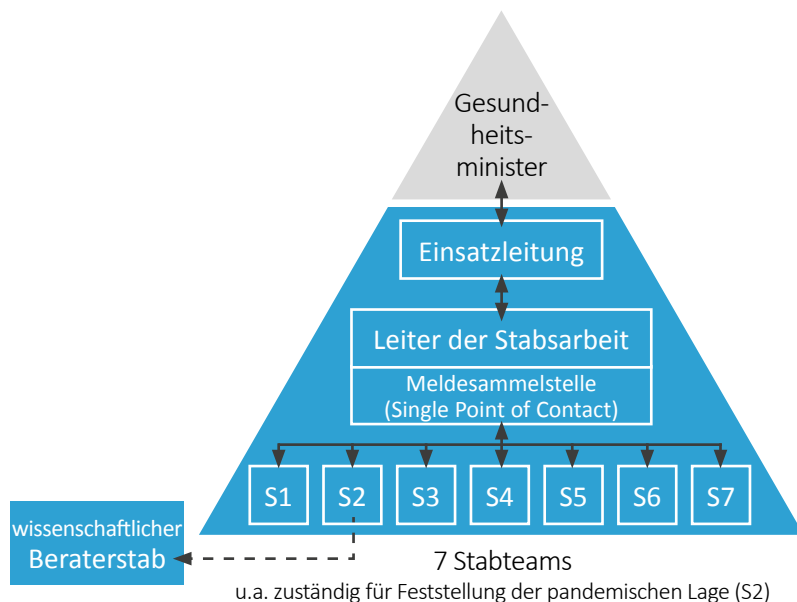
Abbildung 3: Aufbau des Krisenstabs im Gesundheitsministerium

Bund

KRISENSTAB GESUNDHEITSMINISTERIUM



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH



Der Krisenstab sollte laut Weisung des Gesundheitsministers weitere Expertinnen und Experten heranziehen können. Dazu wurde der wissenschaftliche Beraterstab eingerichtet mit der Aufgabe, die Lage rund um COVID-19 wissenschaftlich-fachlich und medizinisch-strategisch einzuschätzen.

(4) Der Gesundheitsminister richtete in der Sektion Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssystem mit November 2020 eine eigene Abteilung „Krisenstab Gesundheitswesen“ ein. Im Sinne einer institutionellen Stärkung der Pandemieprävention sollte die neue Abteilung u.a. folgende Aufgaben übernehmen:

- Leitung der Stabsarbeit und Unterstützung der Führung in Krisen im Gesundheitswesen,
- gemeinsame Organisation regelmäßiger Übungen,
- laufende Bereitstellung von Werkzeugen zur Unterstützung im Krisenfall,
- Kontakt zu Journal- und Permanenzdiensten (z.B. AGES).

- 15.2 Der RH hielt kritisch fest, dass es trotz der zentralen Rolle des Krisenstabs im Gesundheitsministerium bei Ausbruch von COVID-19 an organisatorischen Vorkehrungen für dessen Einrichtung gemangelt hatte. Dadurch war ein Krisenstab erst einen Monat, nachdem die WHO COVID-19 zu einer gesundheitlichen Notlage internationaler Tragweite erklärt hatte, operational einsetzbar. Dass die Operationalisierung im Jahr 2020 deutlich länger dauerte als noch 2009, führte der RH u.a. auf die organisatorischen Änderungen im Gesundheitsministerium im September 2018 und den damit verbundenen Bedeutungsverlust bzw. die spätere Vakanz der Generaldirektion für öffentliche Gesundheit zurück. Unter anderem aufgrund der mangelhaften ressortinternen Ausstattung (TZ 9) musste sich das Gesundheitsministerium bei der Etablierung des Krisenstabs externer Beratungsleistungen des Österreichischen Roten Kreuzes bedienen.

Vor diesem Hintergrund verwies der RH auf die im November 2020 neu geschaffene Abteilung „Krisenstab Gesundheitswesen“, mit der für die Zukunft Know-how im Krisenmanagement aufgebaut werden sollte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die zeitnahe Verfügbarkeit eines nach den Standards der WHO zusammengesetzten Krisenstabs durch eine durchgängige Nominierung von Mitgliedern und deren kurzfristige Einberufung zu gewährleisten sowie eine Geschäftsordnung vorzusehen.

Rolle des Staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagements (SKKM)

- 16.1 (1) Der nationale Pandemieplan sah die Rolle des im Jahr 2004 im Innenministerium⁴² eingerichteten Staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagements (**SKKM**) in der Koordinierung der Bundesministerien sowie des Bundes und der Länder bei gesamtstaatlichen Katastrophen. Letzteres war nötig, weil für den präventiven Schutz von technischen⁴³ und Naturkatastrophen in der Regel der Bund, für deren Bewältigung aber fast ausschließlich die Länder zuständig waren. Keine derartige Zersplitterung von Bundes- und Länderkompetenzen bestand bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, weil Gesetzgebung und Vollziehung in „Angelegenheiten des Gesundheitswesens“ und daher auch die Pandemievorsorge und das Pandemiemanagement allein dem Bund (dem Gesundheitsminister) (TZ 4) oblagen. Der Pandemiefall war folglich im Ministerratsbeschluss zur Einrichtung des SKKM nicht erwähnt.

⁴² Dem Innenministerium waren zuvor mit der Bundesministeriengesetz-Novelle 2000 schon die Koordination des Staatlichen Katastrophenschutzmanagements auf Bundesebene und mit der Bundesministeriengesetz-Novelle 2003 auch die Koordination in Angelegenheiten des Staatlichen Krisenmanagements und der internationalen Katastrophenhilfe übertragen worden, die vormals im Bundeskanzleramt angesiedelt waren.

⁴³ Darunter waren insbesondere Störfälle in industriellen Anlagen und die damit verbundenen Umweltbelastungen zu verstehen.

Daher sah der nationale Pandemieplan die Hauptaufgabe des SKKM in der „Aufrechterhaltung der Infrastruktur und der öffentlichen Sicherheit“ durch die Zusammenarbeit verschiedener Bundesministerien in einem Koordinationsausschuss, der unter dem Vorsitz des Generaldirektors für die öffentliche Sicherheit stand und an dem auch die Länder teilnahmen. Eine darüber hinausgehende Konkretisierung der Aufgaben, die das SKKM im Pandemiefall übernehmen sollte, enthielt der nationale Pandemieplan nicht.

(2) Das SKKM war, so auch der Ministerratsbeschluss, ein informelles Instrument; eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG als gemeinsame rechtliche Grundlage für die Koordination zwischen Bund und Ländern⁴⁴ fehlte. Für das SKKM waren daher auch keine Verfahrensregeln (z.B. Nominierung fixer Mitglieder, Anwesenheitslisten, Protokolle) festgelegt. Vor diesem Hintergrund sprach sich der Nationalrat in einer EntschlieÙung am 14. Oktober 2020 einstimmig für die Erarbeitung von rechtlichen Rahmenbedingungen für das SKKM durch die Bundesregierung aus. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung lag hierfür noch kein Entwurf vor.

- 16.2 Der RH hielt fest, dass der nationale Pandemieplan das SKKM und dessen Hauptaufgabe – Koordination der Bundesministerien zur „Aufrechterhaltung der Infrastruktur und der öffentlichen Sicherheit“ – zwar anführte, darüber hinaus aber keine spezifischen Aufgaben für den Pandemiefall festlegte. Dies war auch dadurch bedingt, dass anders als für das gesundheitsbehördliche Pandemiemanagement für die Bewältigung sonstiger (Natur-)Katastrophen fast ausschließlich die Länder zuständig waren. Darüber hinaus war das SKKM nur ein informelles Koordinationsinstrument ohne Verfahrensregeln, weil eine entsprechende Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG als gemeinsame rechtliche Grundlage fehlte.

Der RH beurteilte daher die EntschlieÙung des Nationalrats, wonach die Bundesregierung rechtliche Rahmenbedingungen für das SKKM erarbeiten sollte, positiv.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, darauf hinzuwirken, dass die vom Nationalrat per EntschlieÙung geforderten und von der Bundesregierung zu erarbeitenden rechtlichen Rahmenbedingungen des SKKM mit dem künftigen Pandemieplan abgestimmt werden, um eine klare Aufgabenteilung zwischen dem Krisenstab des Gesundheitsministeriums und dem SKKM festzulegen.

⁴⁴ vgl. beispielsweise die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Aufteilung und Verwendung der nach § 4 Z 2 des Katastrophenfondsgesetzes 1986, BGBl. Nr. 396, zur Verfügung stehenden Mittel für ein Warn- und Alarmsystem sowie die Einräumung wechselseitiger Benützungrechte an den Anlagen dieses Systems, BGBl. 87/1986

Einschätzung und Kommunikation der pandemischen Lage auf Ebene des Bundes

- 17.1 (1) Laut dem nationalen Pandemieplan war zentrale Aufgabe des Krisenstabs im Gesundheitsministerium, die pandemische Lage einzuschätzen und die jeweils erforderlichen Maßnahmen mit allen Beteiligten zu koordinieren. Dementsprechend fand ein umfassender Informationsaustausch mit den Landessanitätsbehörden statt, der neben den Zahlen aus dem Epidemiologischen Meldesystem (**EMS**) die Basis für die tägliche Lagebeurteilung durch den Krisenstab bildete.

Ein wesentliches Instrument des Informationsaustausches zwischen dem Gesundheitsministerium und den Ländern waren die mindestens einmal wöchentlich stattfindenden Videokonferenzen mit den Landessanitätsdirektorinnen und –direktoren. Sie waren von der Suche nach gemeinsamen Lösungen geprägt; das Gesundheitsministerium erteilte nur wenige direkte Handlungsanweisungen. In der Regel gingen den Videokonferenzen wöchentliche Sitzungen des Gesundheitsministers und des Krisenstabileiters mit den Gesundheitslandesrätinnen und –räten voraus.

- (2) Parallel zum Krisenstab im Gesundheitsministerium trat ab Ende Februar 2020 im Innenministerium der Koordinationsausschuss des SKKM zusammen, der unter dem Vorsitz des Generaldirektors für die öffentliche Sicherheit aus Vertreterinnen und Vertretern der Bundesministerien, der Länder und von Einsatzorganisationen bestand.

Das Gesundheitsministerium war nicht durch die Generaldirektorin für öffentliche Gesundheit vertreten, sondern durch einen sogenannten Verbindungsbeamten, der den Informationsfluss zum Krisenstab sicherstellen sollte, diesem aber selbst nicht angehörte.

Wie der Krisenstab im Gesundheitsministerium erstellte auch der Koordinationsausschuss des SKKM ein Lagebild zum Infektionsgeschehen. Das Lagebild basierte aber nicht auf dem EMS, sondern auf von den Ländern selbst gewählten Datenquellen. Die Mitglieder des Koordinationsausschusses tauschten sich – ebenso wie jene des Krisenstabs – über aktuelle Entwicklungen und über die aufgrund der pandemischen Lage erforderlichen Maßnahmen aus.

- (3) Die Länder gaben im Rahmen einer Evaluation der Arbeit des SKKM während der COVID-19-Pandemie an, dass diese Doppelgleisigkeiten mitunter zu Schwierigkeiten führten. Beispielsweise konnten die im Koordinationsausschuss des SKKM erzielten Ergebnisse, mangels entsprechender Grundlage, den Gesundheitsbehörden bei der Vollziehung keine Rechtssicherheit bieten. Die hierfür notwendigen Erlässe bzw. Weisungen des Gesundheitsministers unterblieben in der Regel. Fallweise kam es zu

unterschiedlichen Auslegungen der gesetzlichen Bestimmungen zwischen dem Krisenstab des Gesundheitsministeriums und dem SKKM und in der Folge mitunter zur Empfehlung unterschiedlicher Vorgehensweisen.

- 17.2 Der RH hielt fest, dass die Koordination zwischen Bund und Ländern eine Kernaufgabe des gesundheitsbehördlichen Pandemiemanagements war, für die der Gesundheitsminister zuständig war. Folglich hatte laut nationalem Pandemieplan auch der Krisenstab im Gesundheitsministerium und nicht das SKKM die Koordination wahrzunehmen (TZ 16). Der RH kritisierte daher die Doppelgleisigkeiten bei der Erstellung eines pandemischen Lagebildes und der Koordination von Maßnahmen durch den Krisenstab im Gesundheitsministerium und das SKKM im Innenministerium. Diese Praxis entsprach weder der im nationalen Pandemieplan für das SKKM vorgesehenen Rolle – die Aufrechterhaltung der Infrastruktur und der öffentlichen Sicherheit zu koordinieren (TZ 16) – noch der Zuständigkeit des Innenministeriums. Außerdem führte diese Praxis – wie eine Evaluation der Stabsarbeit durch die Länder zeigte – mitunter zu fehlender Rechtssicherheit und auf Seiten der Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsbehörden zu einem erhöhten Zeitaufwand, weil die Länder in die mit der Arbeit beider Krisenstäbe verbundenen Prozesse involviert waren. Nach Ansicht des RH stand dies einem effizienten Einsatz der Ressourcen und einer Bündelung im Sinne eines effektiven Pandemiemanagements entgegen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Rolle des SKKM im künftigen nationalen Pandemieplan einzugrenzen; dies im Sinne eines besseren Zusammenspiels der Behörden auf Bundes-, Landes- und Bezirksebene ohne Doppelgleisigkeiten sowie entsprechend der zentralen rechtlichen Zuständigkeit des Gesundheitsministers und seines Krisenstabs. Dabei wäre auf den Erfahrungen bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie und den vom Nationalrat in seiner Entschließung vom Oktober 2020 geforderten rechtlichen Rahmenbedingungen aufzubauen.

- 18.1 (1) Der nationale Pandemieplan definierte bestimmte, vom Krisenstab bereitzustellende Informationen, die der Bevölkerung im Pandemiefall zu vermitteln waren; das waren insbesondere Angaben zur pandemischen Lage sowie Empfehlungen für situationsgerechtes Verhalten. Analysen der Autobahnen- und Schnellstraßen-Finanzierungs-Aktiengesellschaft (**ASFINAG**) zum Verkehrsaufkommen zeigten, dass die Bereitschaft der Bevölkerung zur Einhaltung von empfohlenen Verhaltensweisen und Schutzmaßnahmen im Laufe der Pandemie abnahm: War der Individualverkehr in den Ballungsräumen an den Werktagen im ersten Lockdown ab Mitte März 2020 noch um 57 % zurückgegangen, betrug der Rückgang im zweiten Lockdown im November 2020 30 %.

Für die bundesweite Kommunikation war der Gesundheitsminister zuständig; die Landeskriseinstäbe sollten die Informationen – den regionalen Bedürfnissen angepasst – weiterverbreiten.

(2) Der nationale Pandemieplan verwies auf einen Krisenkommunikationsplan mit klarer Ablauforganisation sowie Definition von Rollen und Verantwortlichkeiten und dessen Weiterentwicklung durch eine Arbeitsgruppe. Weil die Gesundheit Österreich GmbH 2012 in ihrer Evaluierung der Grippe-Pandemie 2009 Verbesserungspotenzial festgestellt hatte, empfahl sie ein Medienkonzept für die Krisenkommunikation und die akkordierte Informationsweitergabe. Bis zum Ausbruch der COVID-19-Pandemie war diese Empfehlung nicht umgesetzt. Der Handlungsrahmen zur COVID-19-Pandemie enthielt einen Leitfaden zur Krisenkommunikation.

(3) Das Gesundheitsministerium kommunizierte die Informationen aus seinem Krisenstab zur Einschätzung der pandemischen Lage – z.B. die Anzahl der österreichweit Neuinfizierten und der aktiven Fälle – der Öffentlichkeit ab März 2020 in Form eines frei zugänglichen, webbasierten Dashboards.⁴⁵ Zusätzlich präsentierte es einzelne Werte in einer tabellarischen Darstellung auf seiner Website. Diese Kennzahlen beruhten auf jenen Daten, die von den Bezirksverwaltungsbehörden im EMS im Zuge der Meldung anzeigepflichtiger Krankheiten zu sammeln waren.

Auch das Innenministerium veröffentlichte auf seiner Website täglich Zahlen zum Infektionsgeschehen. Diese Zahlen beruhten nicht auf Daten aus dem EMS, sondern auf von den Ländern im Koordinationsausschuss des SKKM gemeldeten Zahlen aus eigenen Quellen. Die vom Innenministerium veröffentlichten Zahlen wichen von jenen des Gesundheitsministeriums ab.

18.2 Der RH hielt fest, dass eine klare Krisenkommunikation zur pandemischen Lage für die Mitwirkung der Bevölkerung und damit das Pandemiemanagement entscheidend war. Wie auch der Pandemieplan vorgab, sollten die Informationen sachlich und mit klaren Botschaften kommuniziert werden, weil es bei der Bekämpfung übertragbarer Erkrankungen entscheidend war, die Bevölkerung für die Einhaltung von empfohlenen Verhaltensweisen und Schutzmaßnahmen zu gewinnen. Die alleinige Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums für die bundesweite Krisenkommunikation war dafür eine zweckmäßige Ausgangslage.

Angesichts dieser zentralen Rolle des Gesundheitsministeriums kritisierte der RH, dass dieses keinen Krisenkommunikationsplan erstellt hatte, obwohl die Gesundheit Österreich GmbH dies bereits im Jahr 2012 empfohlen hatte.

Dies hatte auch Folgen für die Information zur COVID-19-Pandemie und ihrer Bewältigung. So veröffentlichten das Gesundheitsministerium und das Innenministerium abweichende Kennzahlen zur bundesweiten pandemischen Lage. Der RH kritisierte diese Vorgehensweise, weil sie im Widerspruch zur alleinigen Zuständigkeit des Gesundheitsministers stand, evidenzbasiertes Handeln auf Seiten der Behörden erschwerte und sich auf deren Glaubwürdigkeit auswirken konnte. In den

⁴⁵ Den Betrieb des Dashboards übernahm mit Oktober 2020 die AGES.

Analysen der ASFINAG, wonach die Reduktion des Individualverkehrs in den Ballungsräumen an Werktagen im zweiten Lockdown deutlich geringer ausfiel als im ersten, sah der RH Hinweise, dass die Akzeptanz der Bevölkerung für Maßnahmen des Pandemiemanagements im Laufe der Pandemie abgenommen hatte, was die generelle Wirksamkeit eines Lockdowns beeinträchtigen konnte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, im Zuge der Entwicklung eines neuen nationalen Pandemieplans ([TZ 12](#)) auch einen Krisenkommunikationsplan zu erarbeiten. Dabei wären im Sinne eines besseren Zusammenspiels der Bundes-, Landes- und Bezirksebene auf Grundlage der Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie klare Verantwortlichkeiten festzulegen, um künftig eine klare Kommunikationslinie anhand von nachvollziehbaren Grundlagen sicherzustellen, die von allen Beteiligten mitgetragen wird.

Krisenkoordination mit den Bezirksverwaltungsbehörden

- 19.1 Unklare Rechtsvorschriften, deren kurzfristiges Inkrafttreten und unkoordiniert angekündigte Maßnahmen konnten die Bezirksverwaltungsbehörden in ihrer Aufgabe, die Maßnahmen des Pandemiemanagements als ausführende Ebene umzusetzen, beeinträchtigen.

Dies zeigten Beispiele wie der Bericht der vom Land Tirol eingesetzten Expertenkommission zu den Abläufen in Ischgl Anfang 2020 als auch die Vollziehung der Einreiseverordnung im Sommer 2020:

(a) Die vom Land Tirol eingesetzte unabhängige Expertenkommission stellte erhebliche Mängel in der Koordination fest. Weder die Krisenstäbe auf Bundesebene noch das Land Tirol hätten für einen ausreichenden Informationsaustausch mit den für verkehrliche Maßnahmen zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden gesorgt. Dadurch hätten die notwendigen Verordnungen weder zeitgerecht erlassen noch in geordneter Form umgesetzt werden können.

(b) Während der Fortdauer der Pandemie war für die notwendige Steuerung der Ein- und Ausreiseströme im Sommerreiseverkehr 2020 absehbar, dass Verordnungen erforderlich sein werden. Dennoch traten dabei mehrere Probleme auf:

- Nach Erlass der Einreiseverordnung⁴⁶ im Juni 2020 forderte der Gesundheitsminister im Sommer 2020 die Länder in Erlässen auf, mehr Kontrollen an den Grenzen durchzuführen. Diese Erlässe führten jedoch zu Unklarheiten im Vollzug, z.B. darüber, ob intensivere Kontrollen vollständige oder stichprobenartige Kontrollen erforderten.

⁴⁶ BGBl. I 263/2020; sie trat am 16. Juni 2020 in Kraft.

- Das Gesundheitsministerium novellierte die Einreiseverordnung mehrfach. Die Kundmachung einer Novelle erfolgte wenige Stunden vor ihrem Inkrafttreten.
- Die zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden interpretierten die novellierte Einreiseverordnung unterschiedlich; manche, z.B. in Kärnten, kontrollierten alle Einreisenden, andere, z.B. in der Steiermark und Tirol, kontrollierten stichprobenartig.

19.2 Der RH kritisierte die unklaren Vorgaben sowie die mehrfach festgestellte mangelhafte Kommunikation zwischen dem in der COVID-19-Pandemie zur Steuerung verpflichteten Gesundheitsministerium sowie den vollziehenden Bezirksverwaltungsbehörden und wies auf den damit einhergehenden Optimierungsbedarf bei der Abstimmung von Krisenmaßnahmen hin.

Der RH empfahl daher dem Gesundheitsministerium, den Ländern Kärnten und Niederösterreich sowie der Stadt Wien, im Krisenmanagement die rechtzeitige und unmissverständliche Information insbesondere der ausführenden Ebene zu gewährleisten. Dies auch, um die praktische Erfahrung und das Know-how der Bezirksverwaltungsbehörden zu berücksichtigen und die erforderlichen Vorlaufzeiten sicherzustellen. Wenn notwendig, sollte der Gesundheitsminister dabei auch rechtliche Instrumente wie Weisungen einsetzen.

19.3 (1) Laut Stellungnahme des Landes Kärnten habe sich die Problematik von kurzfristig und unangekündigt in Kraft tretenden Rechtsvorschriften auch im Jahr 2021 fortgesetzt. Dies zeige etwa das Beispiel der unangekündigten Änderung des § 7a Epidemiegesetz durch BGBl. I 183/2021, durch die Rechtsmittelbelehrungen in Absonderungsbescheiden „über Nacht“ ihre Gültigkeit verloren hätten.

Auch die Schwierigkeit unklarer Vollzugsvorgaben habe sich im Jahr 2021 nicht wesentlich gebessert. Der in der COVID-19-Pandemie erforderliche, möglichst einheitliche österreichweite Vollzug der einschlägigen Rechtsvorschriften könne nicht gewährleistet werden, wenn das Gesundheitsministerium den Bezirksverwaltungsbehörden keine zeitnahen und konkreten Informationen zu deren Auslegung zur Verfügung stelle. Dabei sei zu beachten, dass Auslegungen des Gesundheitsministeriums fast ausschließlich an Vertreter auf Landesebene kommuniziert würden. Da diese in weiterer Folge erst an die jeweiligen Bezirksverwaltungsbehörden weitergegeben werden müssten, sei eine rasche und unmissverständliche Kommunikation des Gesundheitsministeriums mit den Ländern unabdingbar.

(2) Das Land Niederösterreich stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung des RH vollinhaltlich zu, im Krisenmanagement die rechtzeitige und unmissverständliche Information insbesondere der ausführenden Ebene zu gewährleisten. Zusammenfassend sei die rechtzeitige landesinterne Weitergabe von Informationen des Bundes in Niederösterreich durch eine Vielzahl an landesinternen Abstimmungsmaßnahmen sichergestellt, u.a. durch regelmäßige Konferenzen zwischen der Landessani-

tätsdirektion und den Bezirksverwaltungsbehörden. So sei eine koordinierte sowie einheitliche behördliche Vorgehensweise gewährleistet.

(3) Laut Stellungnahme der Stadt Wien verteile sie alle über die unterschiedlichen Bundesministerien einlangenden Informationen des Bundes über den eigenen Einsatzstab. Im Rahmen des medizinischen Krisenmanagements erfolgten die Beratung zu erforderlichen Maßnahmen und die Aussendung der Vorgaben an die betroffenen Stakeholder.

Krisenstäbe und Krisenkommunikation in den Ländern

Landes-Krisenstäbe

20.1 (1) Neben dem Bund hatten auch die Länder dem nationalen Pandemieplan entsprechend Landes-Krisenstäbe einzurichten und dafür organisatorische Regelungen vorzusehen.

(2) Das Dokument „Krisenmanagement Land Kärnten“ des Landes Kärnten enthielt ein Kapitel zu Krisenstäben in den Bezirksverwaltungsbehörden und der Gemeinde sowie zum Landeskoordinationsausschuss mit den Krisenstäben. Allerdings waren die Krisenstäbe auf Katastrophen, z.B. Großbrände, Überschwemmungen, Vermurungen oder Lawinenabgänge, ausgerichtet. Im Rahmenplan Infektionsschutz des Landes war ein kurzer Überblick über die Koordinationsfunktion der Landessanitätsdirektion enthalten, nicht aber über den Aufbau eines Krisenstabs.

Der Kärntner Landeshauptmann schuf deshalb – angesichts der COVID-19-Pandemie – einen speziellen Landeskrisenstab, das sogenannte Koordinationsgremium, geführt vom Leiter der Gesundheitsabteilung im Amt der Kärntner Landesregierung. Da die Landessanitätsdirektion auf Ebene einer Referatsleitung angesiedelt war, war die Landessanitätsdirektorin nur einfaches Mitglied des Krisenstabs. Insgesamt bestand das Koordinationsgremium aus 14 Mitgliedern aus Politik, Gesundheitsverwaltung, Krankenanstalten, Rettungsdiensten und Kommunikation. Es tagte ab Ende Februar 2020 anfangs täglich. Die Sitzungsergebnisse kommunizierte das Koordinationsgremium schriftlich an alle Bezirksverwaltungsbehörden, zur Information der Bevölkerung verfasste es Presseaussendungen.

(3) Das Land Niederösterreich sah in seinem Influenza Pandemieplan aus 2006 vor, welche Organisationseinheiten in einem Krisenstab vertreten sein sollten. Auf dieser Grundlage richtete es Ende Februar 2020 einen Sanitätsstab ein, unter dem Vorsitz der Leiterin der Abteilung Gesundheitswesen im Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, die gleichzeitig Landessanitätsdirektorin war. Der Sanitätsstab tagte anfangs täglich. Zudem hielt er Sitzungen mit anderen Organisationen (z.B. der

Bildungsdirektion) ab, um die Informationen zu verbreiten und Fragen abarbeiten zu können. Eine spezielle Ausbildung für den amtsärztlichen Dienst zum Thema Stabsarbeit, wie sie etwa für die Partner im Katastrophenschutz vorgesehen war, gab es nicht.

(4) Die Stadt Wien sah in der „Pandemieplanung für Wien“ (2. Auflage vom 30. Jänner 2020) einen medizinischen Landeskrisenstab unter der Leitung der Landessanitätsdirektorin, die stellvertretende Leiterin der Magistratsabteilung 15 – Gesundheitsdienst war, vor. Der Bürgermeister bestellte die Landessanitätsdirektorin darüber hinaus im Mai 2020 per Erlass zur „Projektleiterin für die medizinischen Maßnahmen in Zusammenhang mit dem Coronavirus“ und stattete sie – im Rahmen des vom Bereichsdirektor für Organisation und Sicherheit geführten Krisenmanagements der Stadt Wien – mit einem Weisungsrecht⁴⁷ aus. Im September 2020 adaptierte die Stadt Wien die Führungsstruktur des medizinischen Landeskrisenstabs und schuf ein Leitungsteam bestehend aus der Landessanitätsdirektorin und Projektleiterin, dem Magistratsdirektor–Stellvertreter sowie dem Medizinischen Direktor des Wiener Gesundheitsverbands.

Ab Februar 2020 fanden wöchentliche Sitzungen des medizinischen Landeskrisenstabs statt. Das Kernteam dieses Landeskrisenstabs bestand aus Landessanitätsdirektion, Gesundheitsdienst, Presse- und Informationsdienst, Berufsrettung Wien, Wiener Gesundheitsverbund sowie dem Büro der Geschäftsgruppe Soziales, Gesundheit und Sport; der gesamte Krisenstab umfasste sämtliche Geschäftsgruppen sowie Bereichsdirektorinnen und Bereichsdirektoren der Stadt Wien.

- 20.2 Der RH hielt fest, dass die überprüften Länder auf die Verpflichtung, im Pandemiefall einen eigenen Krisenstab einzurichten, zwar unterschiedlich gut vorbereitet waren, sie aber – wie auch das Gesundheitsministerium Ende Februar 2020 – über einen Krisenstab verfügten. Er hob in diesem Zusammenhang die rasche Reaktion der Stadt Wien positiv hervor, die ein entsprechendes Gremium bereits Anfang Februar 2020 eingerichtet hatte.

Der RH empfahl den Ländern Kärnten und Niederösterreich sowie der Stadt Wien, künftig die zeitnahe Verfügbarkeit eines nach den Standards der WHO zusammengesetzten Krisenstabs durch eine durchgängige Nominierung von Mitgliedern und deren kurzfristige Einberufung zu gewährleisten sowie eine Geschäftsordnung vorzusehen.

Der RH hielt weiters fest, dass die überprüften Länder der Landessanitätsdirektion in den Krisenstäben eine unterschiedliche Rolle einräumten, was Auswirkungen auf den für das Pandemiemanagement wesentlichen Informationsstand der einzelnen

⁴⁷ gegenüber den Leitungen der Dienststellen des Magistrats ausgenommen der Magistratsdirektion

Gesundheitsbehörden hatte (TZ 17). In Wien und Niederösterreich war die Landes-sanitätsdirektorin auch Leiterin des Krisenstabs; in Wien war sie zusätzlich mit einem umfassenden, über den medizinischen Krisenstab hinausgehenden Weisungsrecht ausgestattet. In Kärnten war die Landessanitätsdirektorin hingegen nur einfaches Mitglied des Krisenstabs.

20.3 (1) Das Land Kärnten teilte in seiner Stellungnahme mit, die Empfehlung des RH nach Ende der Pandemie auf Basis der dabei gemachten Erfahrungen im Hinblick auf die Umsetzungsmöglichkeit zu prüfen.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich nehme es die Empfehlung des RH zur Kenntnis und werde sie bei der Optimierung der bestehenden Prozesse berücksichtigen. Ergänzend verwies das Land Niederösterreich auf die im Bereich Katastrophenschutz dauerhaft eingerichteten Stäbe: den Landesführungsstab für Katastrophen als operative Einheit sowie den Krisenstab aus Regierungsmitgliedern für die langfristige (strategische) Planung und Koordinierung im Katastrophenfall.

(3) Die Stadt Wien teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sich die Zusammensetzung des medizinischen Landeskriseinstabs mit einem Kernteam und der Einbindung aller Geschäftsgruppen bewährt habe. Die zusätzliche Implementierung eines Einsatzstabs bei der Berufsrettung Wien, die Vorbereitung von Entscheidungen in thematischen Fachstäben und die enge Verbindung zu dem in der Magistratsdirektion angesiedelten Krisenmanagement hätten es ermöglicht, die zahlreichen in der Stadt verfügbaren Ressourcen zu nutzen.

Krisenkommunikation laut den Landespanemieplänen

21.1 Die überprüften Länder regelten die Krisenkommunikation in unterschiedlichem Detaillierungsgrad:

(a) Gemäß dem Kärntner Rahmenplan Infektionsschutz war eine Pressesprecherin bzw. ein Pressesprecher zu nominieren und waren Medienanfragen über den Landespressdienst abzuwickeln. Bundesländerübergreifende Maßnahmen und Informationen waren vom Gesundheitsministerium zu übernehmen und zu koordinieren.

In Kärnten informierte ausschließlich der Landespressdienst auf Grundlage der Festlegungen des Koordinationsgremiums.

(b) In Niederösterreich gab der Ende Februar 2020 eingerichtete Landeskriseinstab Informationen an andere Organisationen – wie die Bildungsdirektion oder die Niederösterreichische Ärztekammer – weiter. Die Öffentlichkeit informierte er in Presseaus-sendungen zu den täglichen Infektionszahlen, nicht aber zu weiteren Inhalten.

(c) Ab Ende Jänner 2020 veröffentlichten neben dem Presse- und Informationsdienst der Stadt Wien auch Pressereferentinnen und Pressereferenten des Gesundheitsstadtrats und der Magistratsdirektion Presseaussendungen. Sie stimmten ihre Medienarbeit im Vorfeld in gemeinsamen Sitzungen mit der Landessanitätsdirektion ab.

- 21.2 Der RH hob positiv hervor, dass Informationen in Kärnten ausschließlich auf Basis der Festlegungen des Koordinationsgremiums und nur durch eine Stelle, den Landespressedienst, herausgegeben wurden.

Der RH anerkannte, dass die Stadt Wien auch ohne detaillierte Regelung eine Abstimmung der unterschiedlichen an der Medienarbeit beteiligten Stellen gewährleistete.

Er empfahl dem Land Niederösterreich und der Stadt Wien, bei der Überarbeitung ihrer Pandemiepläne, wie in Kärnten, detaillierte Vorgaben für die Organisation der Medienarbeit festzulegen.

- 21.3 (1) Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich erfolge die Medienarbeit in enger Abstimmung mit der Landessanitätsdirektion. Dies solle auch in einem zukünftigen Pandemieplan festgelegt werden.

(2) Die Stadt Wien teilte in ihrer Stellungnahme mit, das Konzept einer Mediensprecherin bzw. eines Mediensprechers des Krisenstabs zu Beginn der COVID-19-Pandemie sehr konsequent umgesetzt zu haben. Aufgrund der Dauer der COVID-19-Pandemie habe die Stadt diese Aufgabe mittlerweile durch eine koordinierte Medienarbeit der betroffenen Organisationseinheiten abgelöst.

Vorgaben für die Kontaktverfolgung

Begriff und Bedeutung

- 22 (1) Bei der Kontaktverfolgung handelt es sich um die aktive Ermittlung von ansteckungsverdächtigen Personen, den sogenannten Kontaktpersonen, die in der Periode der Ansteckungsfähigkeit Kontakt zu einer erkrankten oder „vermutlich“ infektiösen Person hatten. Die Kontaktverfolgung dient dazu, Infektionsketten durch die möglichst rasche Isolation potenzieller Überträgerinnen bzw. Überträger des Virus zu unterbrechen, dadurch die Verbreitung der Erkrankung einzudämmen sowie die Belastung für das Gesundheitssystem zu reduzieren. Sie ist daher in jeder Phase einer Pandemie eine wichtige Maßnahme zu deren Bewältigung.⁴⁸

Die folgende Abbildung veranschaulicht Ziel und Wirkung der Kontaktverfolgung als notwendige Grundlage für die Eindämmung (Containment)⁴⁹, die neben der Folgenminderung (Mitigation)⁵⁰ und dem Schutz von Risikogruppen (Protection)⁵¹ zu den drei zentralen Ansätzen der Pandemiebekämpfung zählt:

⁴⁸ Dies galt im Besonderen auch für die COVID-19-Pandemie mit dem häufig asymptomatischen Verlauf der Erkrankung, weil auch Infizierte, die (noch) keine Symptome entwickelt und daher keine Kenntnis von ihrer Infektion hatten, das Virus nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft übertragen konnten.

⁴⁹ Containment zielte auf die Unterbrechung von Infektionsketten zur Eindämmung der Verbreitung des Virus in der Bevölkerung. Das Konzept ist insbesondere in Pandemiephasen wirksam, in denen wenige Krankheitsfälle als Ausgangspunkt für Infektionsketten auftreten.

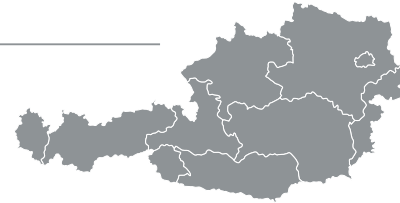
⁵⁰ Mitigation dient der Minderung der Folgen einer unkontrollierten Ausbreitung, wenn sich das Virus bereits so weit in der Bevölkerung verbreitet hat, dass die Behörden die Infektionsketten im Einzelnen nicht mehr nachvollziehen können. Dabei rückt bereits das oberste Ziel der Pandemiebekämpfung in den Blickpunkt, nämlich die Überlastung der Gesundheitsversorgungsstrukturen zu vermeiden. Das Konzept umfasst etwa Maßnahmen wie Veranstaltungsverbote, Ausgangsbeschränkungen und das Verbot physischer Kontakte sowie die Schließung von Bildungseinrichtungen und Betrieben (Lockdown).

⁵¹ Protection bezeichnet Maßnahmen, die auf den Schutz von Personen oder Gruppen mit erhöhtem Risiko für schwere Krankheitsverläufe gerichtet sind. Die drei Konzepte Containment, Mitigation und Protection sind nicht scharf abgrenzbar, weil sie in wechselnder Folge und einander überlappend angewendet werden.

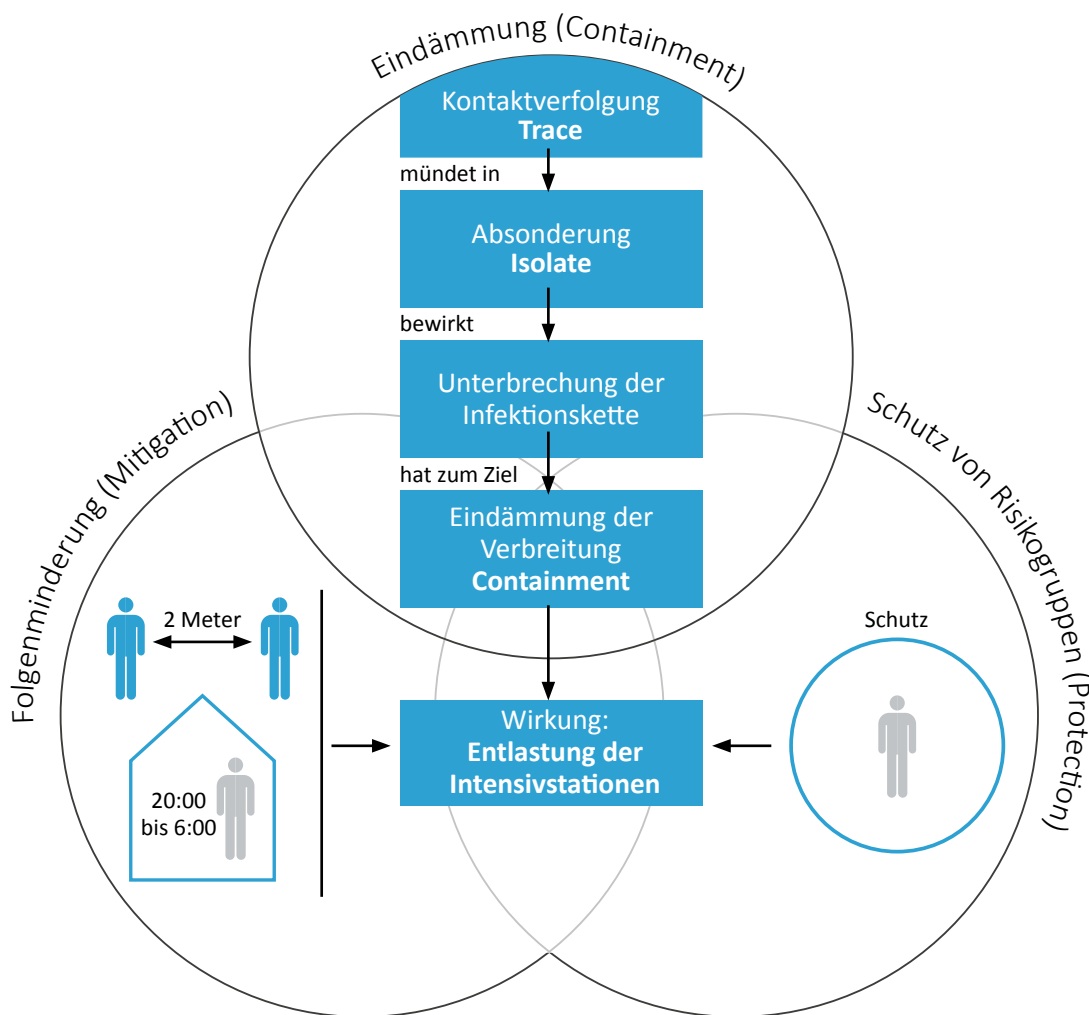
Abbildung 4: Die drei zentralen Ansätze des Pandemiemanagements und die Rolle der Kontaktverfolgung

Bund

ZIEL UND WIRKUNG
DER KONTAKTVERFOLGUNG



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH



Die zentrale gesetzliche Grundlage für die Kontaktverfolgung war das bundesweit geltende Epidemiegesetz (TZ 5). Die darin normierte Anzeigepflicht gewährleistete die rasche Information der Gesundheitsbehörden über das Auftreten anzeigepflich-

tiger Krankheiten.⁵² Zu jeder Anzeige sowie jedem Verdacht des Auftretens einer anzeigepflichtigen Krankheit hatten die Bezirksverwaltungsbehörden durch die ihnen zur Verfügung stehenden Ärztinnen und Ärzte unverzüglich Erhebungen einzuleiten, um Krankheit und Infektionsquelle festzustellen. Kranke, Krankheitsverdächtige und Ansteckungsverdächtige (z.B. Kontaktpersonen) waren verpflichtet, der Bezirksverwaltungsbehörde im Rahmen dieser Erhebungen Auskunft zu erteilen. Die Bezirksverwaltungsbehörden hatten ohne Verzug die notwendigen Vorkehrungen zu treffen, z.B. die Absonderung der betroffenen Person zu veranlassen.

(2) Vor dem Hintergrund der Bedeutung der Kontaktverfolgung für das Pandemiemanagement und der Zuständigkeit der Bezirksverwaltungsbehörden überprüfte der RH, ob klare – das Epidemiegesetz präzisierende – Vorgaben für ein österreichweit abgestimmtes und wirksames behördliches Vorgehen bei der Kontaktverfolgung vorlagen.

Kontaktverfolgung und nationaler Pandemieplan

23.1 Der bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie gültige nationale Pandemieplan stammte aus dem Jahr 2006 und fokussierte ausschließlich auf eine durch Grippeviren hervorgerufene Pandemie (TZ 12). Er ging daher u.a. davon aus, für einen Impfstoff oder ein Arzneimittel auf bereits bestehenden Virusvarianten aufbauen zu können. Folglich waren darin auch keine Maßnahmen für jenen Zeitraum, in dem noch keine Impfstoffe zur Verfügung standen, vorgesehen, etwa die Identifikation und Absonderung von Kontaktpersonen. Auch im Entwurf für die Überarbeitung des nationalen Pandemieplans aus 2019 spielte die Kontaktverfolgung keine Rolle.

Der im Zuge der COVID-19-Pandemie entwickelte und am 30. April 2021 veröffentlichte Handlungsrahmen hingegen enthielt eigene Abschnitte zur Definition, Erhebung, Nachverfolgung und Absonderung von Kontaktpersonen (TZ 12).

Der Handlungsrahmen hob hervor, dass die Erhebung und Absonderung von Kontaktpersonen unabhängig von der Pandemiephase zu den effektivsten Maßnahmen gehörten, um die Verbreitung übertragbarer Krankheiten wie COVID-19 zu verringern. Ob die Erhebung und Absonderung von Kontaktpersonen bereits bei einem Krankheitsverdacht, wie es das Epidemiegesetz grundsätzlich vorsah, oder

⁵² Demgemäß waren jede Erkrankung und jeder Todesfall, in bestimmten Fällen auch der Verdacht einer anzeigepflichtigen Krankheit, der örtlich zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde unter Angabe des Namens, des Alters, der Adresse sowie der Krankheit binnen 24 Stunden zu melden. Dazu verpflichtet waren insbesondere die zugezogene Ärztin bzw. der zugezogene Arzt sowie jedes Labor, das den Erreger einer meldepflichtigen Krankheit diagnostizierte.

lediglich für bestätigte Fälle galten, ließ der Handlungsrahmen offen. Er enthielt zu dieser Frage zahlreiche einander widersprechende Aussagen.⁵³

- 23.2 Der RH hielt fest, dass die Erhebung und Absonderung von infizierten Personen sowie das damit einhergehende Kontaktpersonenmanagement wesentlich waren, um eine Ausbreitung von COVID-19 gering zu halten. Er bemängelte daher, dass die Kontaktverfolgung trotz ihrer Bedeutung für das Pandemiemanagement weder Gegenstand des nationalen Pandemieplans noch des Entwurfs für dessen Überarbeitung war. Der RH vermerkte, dass das Gesundheitsministerium der Bedeutung der Kontaktverfolgung erst mit dem am 30. April 2021 veröffentlichten Handlungsrahmen – das heißt erst mehr als ein Jahr nach Ausbruch der COVID-19-Pandemie – Rechnung trug und darin das Ziel vorgab, diese möglichst lückenlos und zeitnah durchzuführen. Dass der Handlungsrahmen widersprüchliche Aussagen zur Frage enthielt, ob die Kontaktverfolgung bereits bei einem Verdachtsfall oder erst – mit entsprechender Zeitverzögerung – bei einem bestätigten Fall durchzuführen war, beeinträchtigte aber ein abgestimmtes Vorgehen der Gesundheitsbehörden und damit eine wirksame Kontaktverfolgung.

Der RH wiederholte seine Empfehlung ([TZ 12](#)) an das Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern anhand der Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie einen neuen allgemeinen nationalen Pandemieplan für den Ausbruch von Infektionskrankheiten zu entwickeln.

Kontaktverfolgung und Epidemiologisches Meldesystem

- 24.1 (1) Mit einer Novelle des Epidemiegesetzes im Jahr 2008⁵⁴ schuf der Gesetzgeber die Grundlage für ein elektronisches Register für die Meldung anzeigepflichtiger Krankheiten, das der Gesundheitsminister einzurichten und zu betreiben hatte. Gemäß den Erläuterungen zur Regierungsvorlage sollten die Standardisierung der Meldedaten und deren elektronische Verarbeitung die Effizienz der behördenübergreifenden Prozesse rund um die Anzeigepflicht steigern. Zudem sollten damit dem Minister – seiner Leitungs- und Aufsichtsfunktion entsprechend ([TZ 4](#)) – die permanente Überwachung der epidemiologischen Situation, die Risikobewertung sowie die rasche Intervention ermöglicht werden.

Die Bezirksverwaltungsbehörden mussten neben den Daten aus Anzeigen von Krankheiten auch weitere Daten im Register verarbeiten. § 4 Abs. 3 Epidemiegesetz nannte ausdrücklich Daten, die im Rahmen von Erhebungen über das Auftreten

⁵³ So werden einerseits nur Personen mit Kontakt zu einem bestätigten Fall als Kontaktpersonen bezeichnet (S. 81), an anderer Stelle (S. 110) hält der Handlungsrahmen wiederum fest, dass auch die Kontaktpersonen eines möglichen Falles so umfangreich und zeitnah wie möglich nachverfolgt und abgesondert werden müssen.

⁵⁴ BGBl. I 76/2008

anzeigepflichtiger Krankheiten gesammelt werden, und Daten im Zusammenhang mit getroffenen Vorkehrungsmaßnahmen. Laut den Erläuterungen gehörten dazu u.a. auch Daten zum Umfeld bzw. zu den Kontaktpersonen, zur Vorgeschichte und zum Krankheitsverlauf. Der Gesundheitsminister, die Landeshauptleute sowie die AGES durften diese Daten für Zwecke der epidemiologischen Überwachung nutzen.⁵⁵

(2) In Umsetzung der Novelle entwickelte das Gesundheitsministerium das EMS, das im Jahr 2009 in Betrieb ging. Das System sollte den Anforderungen einer zeitgemäßen epidemiologischen Überwachung gerecht werden, die Gesundheitsbehörden durch die rasche Verfügbarkeit verlässlicher Daten bei der Aufgabenwahrnehmung unterstützen und Arbeitsschritte automatisieren, etwa die Erstellung periodischer Ausweise und Berichte.

Ab 2009 erfassten die Bezirksverwaltungsbehörden die Daten aus den regelmäßig in Papierform erstatteten Anzeigen im EMS. Dabei handelte es sich im Wesentlichen um Angaben zur Person der oder des Erkrankten bzw. Krankheitsverdächtigen, zum Erreger bzw. zur Krankheit sowie um das Datum des Erkrankungsbeginns oder der Diagnose. Für die ebenfalls im Register zu verarbeitenden Daten zum Umfeld der Patientin bzw. des Patienten war ein Freitext-Feld für die Quelle der Erkrankung bzw. die Kontaktpersonen vorgesehen, zur Dokumentation der getroffenen Vorkehrungsmaßnahmen ein Feld für das Datum der Absonderung.

(3) Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen war laut Gesundheitsministerium grundsätzlich eine vollständige Befüllung der vorhandenen Felder erforderlich und vorgesehen. Beispielsweise hatte das Gesundheitsministerium für den Fall eines Masernausbruchs in einer Standardverfahrensanweisung festgelegt, dass von der Bezirksverwaltungsbehörde auch zum Umfeld der Patientin bzw. des Patienten erhobene Daten (z.B. Reiseanamnese, Land der Infektion, vermutete Infektionsquelle, Beruf und Beschäftigungsort, gegebenenfalls Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen) in das EMS einzupflegen waren. Das Gesundheitsministerium hatte aber nicht alle Felder als Pflichtfelder definiert. Dies betraf beispielsweise das Freitext-Feld für die Quelle der Erkrankung bzw. die Kontaktpersonen sowie das Feld für das Absonderungsdatum.

(4) Eine Überprüfung der im EMS dokumentierten Fälle durch den RH ergab, dass die Bezirksverwaltungsbehörden Daten zum Umfeld, zur Vorgeschichte, zum Krankheitsverlauf und zu den getroffenen Vorkehrungsmaßnahmen nicht durchgängig im System erfassten. Laut Angaben der Länder nutzten die Bezirksverwaltungsbehörden zur Aufgabenerfüllung und zur Verarbeitung der dabei erzeugten Daten in erster Linie eigene IT-Anwendungen oder den elektronischen Akt des Landes. Diese seien

⁵⁵ Sie durften die Daten gemäß § 4 Abs. 8 Epidemiegesetz in pseudonymisierter Form verarbeiten, das heißt nach der Ersetzung der Daten zur Personenidentifikation durch ein nicht rückführbar verschlüsseltes eindeutiges Personenkennzeichen.

für ihre Zwecke besser geeignet und böten die Möglichkeit, die Daten vollständig und in der benötigten Struktur zu verwalten. Das EMS hingegen eigne sich für den Vollzug wegen mangelnder Gebrauchstauglichkeit bzw. Benutzerfreundlichkeit nur eingeschränkt. Der gesetzlichen Verpflichtung zur Nutzung des EMS werde aus ihrer Sicht in hinreichendem Maß nachgekommen.

Laut Gesundheitsministerium würden die erfassten Daten ausreichen, um den Zweck als Meldesystem zu erfüllen. Krankheitsausbrüche könnten zeitnah erkannt und lokalisiert sowie Meldungen an die WHO und das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten nebst sonstigen statistischen Auswertungen „auf Knopfdruck“ erstellt werden. An einer darüber hinausgehenden Datenverarbeitung habe kein Bedarf bestanden.

- 24.2 Der RH hielt unter Verweis auf die Erläuterungen zur Regierungsvorlage fest, dass der Gesetzgeber mit dem elektronischen Register zum einen die Verwaltungseffizienz steigern und zum anderen dem Gesundheitsministerium die permanente Überwachung der epidemiologischen Situation, die Risikobewertung sowie die rasche Intervention ermöglichen wollte. Nach Ansicht des RH erforderte die Leitungs- und Aufsichtsfunktion des Gesundheitsministers im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung ein Monitoring der von den Bezirksverwaltungsbehörden getroffenen Maßnahmen sowie die Beurteilung ihrer Wirksamkeit. Dafür sprach nicht zuletzt auch die gesetzliche Verpflichtung, auch Daten zum Umfeld der Patientin bzw. des Patienten sowie der Kontaktperson, zur Vorgeschichte, zum Krankheitsverlauf und zu den getroffenen Vorkehrungsmaßnahmen im Register zu verarbeiten.

Der RH würdigte grundsätzlich das vom Gesundheitsministerium entwickelte EMS als Grundlage einer zeitgemäßen epidemiologischen Überwachung. Er hielt aber kritisch fest, dass sowohl die Ausgestaltung als auch die Anwendung des EMS fast ausschließlich auf die Meldung von Stammdaten der Anzeigen ausgerichtet waren, wodurch es nicht möglich war, das System auch als Monitoringinstrument zu nutzen. Dies, obwohl der Gesetzgeber festgelegt hatte, dass die Bezirksverwaltungsbehörden auch Daten zum Umfeld der Patientin bzw. des Patienten sowie der Kontaktperson und zu den getroffenen Vorkehrungsmaßnahmen im EMS verarbeiten sollten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern die Ausgestaltung des EMS und die Dokumentationspraxis der Bezirksverwaltungsbehörden vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie zu evaluieren. In der Folge wäre das EMS weiterzuentwickeln und dabei die Anbindung der unterschiedlichen IT-Systeme der Länder und damit auch ein Monitoring der von den Bezirksverwaltungsbehörden getroffenen Maßnahmen zu gewährleisten.

Kontaktverfolgung in der COVID-19-Pandemie

Vorgaben des Gesundheitsministeriums

25.1 (1) Der Gesundheitsminister gab im Laufe der COVID-19-Pandemie zahlreiche Erlässe heraus, um die Vollziehung des Epidemiegesetzes durch die Gesundheitsbehörden zu steuern. Ein Teil dieser Erlässe enthielt auch relevante Vorgaben für die Kontaktverfolgung, um das Vorgehen der Bezirksverwaltungsbehörden bundesweit abzustimmen. Die beiden ersten einschlägigen Erlässe – den Kontaktpersonen- und den Vollzugs-Erlass – veröffentlichte das Gesundheitsministerium am 28. Februar 2020.

(a) Durch den Kontaktpersonen-Erlass⁵⁶ erklärte der Gesundheitsminister das Kontaktpersonen-Dokument⁵⁷ und damit auch die darin enthaltene Definition von Kontaktpersonen für verbindlich.⁵⁸ Demnach waren alle jene Personen als Kontaktperson einzustufen, die in der Periode der Ansteckungsfähigkeit Kontakt zu einem bestätigten Fall oder zu einem Verdachtsfall von COVID-19 hatten. Die Kontaktpersonen waren nach Art und Intensität des Kontakts als Kontaktpersonen der Kategorie I (enger Kontakt, hohes Infektionsrisiko) oder der Kategorie II (geringes Infektionsrisiko) einzustufen. Eine Absonderung war nur bei Kontaktpersonen der Kategorie I zwingend, jene der Kategorie II waren im Wesentlichen zur Selbstüberwachung ihres Gesundheitszustands anzuhalten.⁵⁹

(b) Im Vollzugs-Erlass⁶⁰ konkretisierte der Gesundheitsminister die gesetzlich vorgesehenen Erhebungen über das Auftreten einer Krankheit dahingehend, dass jeder COVID-19-Verdachtsfall aktiv nach Infektionsquellen oder möglichen Folgefällen und damit nach Kontaktpersonen zu befragen war. Entsprechende Personen waren zu identifizieren, zu dokumentieren, einzustufen und gegebenenfalls abzusondern.

⁵⁶ „Zuständigkeiten und Vorgehen nach dem Epidemiegesetz 1950 bei SARS-CoV-2-Kontaktpersonen“ vom 28. Februar 2020

⁵⁷ „Behördliche Vorgangsweise bei SARS-CoV-2-Kontaktpersonen: Kontaktpersonennachverfolgung“ vom 28. Februar 2020

⁵⁸ Daneben erklärte der Kontaktpersonen-Erlass, der keine selbsttragenden Inhalte aufwies, auch ein zweites „Dokument“ für verbindlich. Dieses enthielt die Klarstellung, dass das Epidemiegesetz in mittelbarer Bundesverwaltung zu vollziehen und daher der Gesundheitsminister berechtigt war, den für den Vollzug zuständigen Behörden Weisungen zu erteilen. Eine Tabelle ordnete das Recht bzw. die Pflicht zur Erlassung der im Epidemiegesetz vorgesehenen Verordnungen entweder dem Gesundheitsminister oder den Bezirksverwaltungsbehörden zu. Der RH geht auf dieses Dokument nicht näher ein und verweist diesbezüglich auf seine Ausführungen in [TZ 4](#).

⁵⁹ Nach sorgfältiger Prüfung der Verhältnismäßigkeit konnten auch sie gegebenenfalls einer Fernhaltung bzw. Verkehrsbeschränkung unterworfen werden.

⁶⁰ „Vollzug des Epidemiegesetzes, Sicherstellung der einheitlichen Vorgangsweise“ vom 28. Februar 2020. Dieser Erlass wurde durch den Erlass „Vollzug des Epidemiegesetzes 1950, Vorgaben zum Umgang mit SARS-CoV-2/COVID-19“ vom 26. März 2020 aufgehoben und ersetzt. Die Inhalte, auf die sich der RH in diesem Bericht bezieht, blieben unverändert.

(2) Mit dem Containment-Erlass⁶¹ definierte der Gesundheitsminister am 20. Mai 2020 erstmals eine konkrete zeitliche Vorgabe für die Erhebung der Kontaktpersonen. Demnach hatte die Behörde innerhalb von 24 Stunden ab Veranlassung der Probenahme und vorläufigen Absonderung die Kontaktpersonen zu erheben. Die Frist für eine allfällige Absonderung der Kontaktpersonen konkretisierte der Erlass nicht. Ob und in welcher Form das Gesundheitsministerium beabsichtigte, die Einhaltung dieser Vorgabe zu überprüfen und als Kriterium für allfällige Unterstützungsmaßnahmen durch die Contact Tracing Task Force (TZ 26) heranzuziehen, ließ der Erlass offen.

In einer Neufassung des Containment-Erlasses⁶² vom 23. Jänner 2021 gab der Gesundheitsminister erstmals eine Frist für die Absonderung von Kontaktpersonen vor; diese waren demnach innerhalb von 24 Stunden nicht nur zu identifizieren, sondern auch abzusondern. Dies galt allerdings nur für Kontaktpersonen von bestätigten Fällen. Zudem blieb weiterhin offen, ob und in welcher Form das Gesundheitsministerium beabsichtigte, die Einhaltung dieser Vorgabe zu überprüfen.

(3) Nach einer Aktualisierung des Kontaktpersonen-Dokuments im Sommer 2020 waren nur mehr jene Personen als Kontaktperson einzustufen, die in der Periode der Ansteckungsfähigkeit Kontakt zu einem bestätigten Fall hatten. Personen mit Kontakt zu Verdachtsfällen galten nicht mehr als Kontaktpersonen.

Am 10. November 2020 reduzierte der Gesundheitsminister den Umfang der Kontaktverfolgung mit dem Priorisierungs-Erlass⁶³ abermals: Die Bezirksverwaltungsbehörden sollten sich demnach auf Kontaktpersonen der Kategorie I konzentrieren und auch innerhalb dieser Gruppe Prioritäten setzen (insbesondere in Bezug auf Risikogruppen).

- 25.2 (1) Die Vollziehung des Epidemiegesetzes durch die Gesundheitsbehörden auf Landesebene erforderte nach Ansicht des RH eine Steuerung durch klare Vorgaben des Gesundheitsministers, um ein österreichweit abgestimmtes und wirksames behördliches Vorgehen zu gewährleisten.

Der RH verwies darauf, dass der Gesundheitsminister zu Beginn der COVID-19-Pandemie rasch reagierte und bereits Ende Februar 2020 die ersten beiden Erlässe zum Pandemiemanagement, den Kontaktpersonen-Erlass und den Vollzugs-Erlass, herausgab. Dass diese hauptsächlich die Kontaktverfolgung betrafen, verdeutlichte

⁶¹ „Erlass zur Abklärung von COVID-19 Verdachtsfällen durch Probenahme und Laboruntersuchung gemäß Epidemiegesetz 1950, CONTAINMENT 2.0“ vom 20. Mai 2020

⁶² „Erlass betreffend Abklärung von COVID-19-Verdachtsfällen durch Probenahme und Laboruntersuchung gemäß Epidemiegesetz 1950, CONTAINMENT 3.0“ vom 23. Jänner 2021

⁶³ „Erlass zur Entlastung der Bezirksverwaltungsbehörden im Zusammenhang mit der Bekämpfung von COVID-19 durch Priorisierung“

nach Ansicht des RH deren hohen Stellenwert im Rahmen des Pandemiemanagements.

(2) Der RH anerkannte, dass der Gesundheitsminister mit dem Containment-Erlass im Mai 2020 die Vorgabe zur unverzüglichen Kontaktverfolgung konkretisierte. Denn die Zeitnähe zwischen dem Auftreten eines Verdachtsfalls und der Erhebung sowie gegebenenfalls Absonderung von Kontaktpersonen war maßgeblich für die Wirksamkeit der Kontaktverfolgung. Vor diesem Hintergrund beurteilte der RH kritisch, dass das Gesundheitsministerium für die Absonderung der Kontaktpersonen erstmals im Jahr 2021 eine konkrete Vorgabe machte. Er kritisierte auch, dass das Gesundheitsministerium im überprüften Zeitraum offen ließ, ob und in welcher Form es beabsichtigte, die Einhaltung dieser Vorgabe zu überprüfen.

(3) Kritisch bewertete der RH die Änderung der Definition von Kontaktpersonen in der Aktualisierung des Kontaktpersonen-Dokuments im Sommer 2020: Damit wich das Gesundheitsministerium vom Epidemiegesetz ab, das die Bezirksverwaltungsbehörden bereits bei jedem Verdachtsfall – nicht nur bei bestätigten Fällen – zur Erhebung der Kontaktpersonen verpflichtete.

(4) Zusammenfassend hielt der RH fest, dass die Aufteilung der Vollzugsvorgaben auf verschiedene Erlässe, die zum Teil wiederum auf weitere Dokumente verwiesen, für die Bezirksverwaltungsbehörden unübersichtlich war und daher ein bundesweit abgestimmtes Vorgehen erschwerte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die bestehenden Vorgaben zur Kontaktverfolgung einschließlich der für den Vollzug maßgeblichen Definitionen auf Widerspruchsfreiheit zueinander und zum Epidemiegesetz zu prüfen und in Richtlinien zusammenzufassen. Diese wären bei Bedarf zeitnah zu aktualisieren und jede Aktualisierung wäre klar zu kommunizieren. Die Verbindlichkeit der Richtlinien in ihrer jeweils aktuellen Form sollte über einen einzigen Erlass mittels eines dynamischen Verweises sichergestellt werden. In diesem Erlass wäre auch festzulegen, ob und in welcher Form das Gesundheitsministerium die Einhaltung der Richtlinien überprüft.

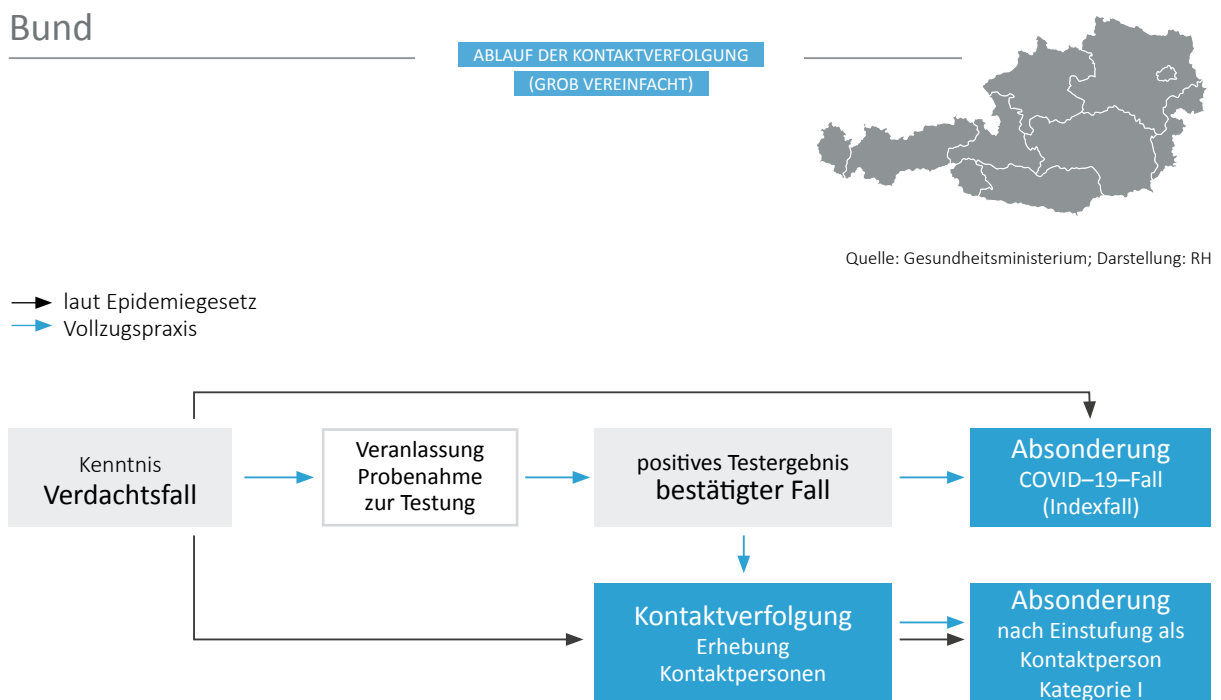
Praxis der Kontaktverfolgung

- 26.1 (1) Da die ursprüngliche Ausgestaltung des EMS und die Dokumentationspraxis der Bezirksverwaltungsbehörden kein zentrales Monitoring der Kontaktverfolgung ermöglichten, richtete der Gesundheitsminister von November 2020 bis Februar 2021 regelmäßig schriftliche Auskunftsbegleichen an die Landeshauptleute: Sie betrafen u.a. das Ausmaß, in dem die Bezirksverwaltungsbehörden die zeitlichen Vorgaben des Containment-Erlasses einhielten oder einhalten konnten. Die Vollzugspraxis in den Ländern war uneinheitlich, weil – vor allem zu Beginn der Pandemie und in Pandemiephasen mit hohen Fallzahlen – die Erhebung, Einstufung und Absonderung von Kontaktpersonen mitunter erst nach Vorliegen eines positiven Testergebnisses für den ursprünglichen Verdachtsfall erfolgten.

Die folgende Abbildung illustriert diese Praxis (blaue Pfeile) und stellt ihr den im Epidemiegesezt grundsätzlich vorgesehenen Ablauf (schwarze Pfeile) gegenüber:

Abbildung 5: Ablauf der Kontaktverfolgung, vereinfachte Darstellung

Bund



Spätestens der rasche Anstieg der Fallzahlen im Herbst 2020 brachte die Bezirksverwaltungsbehörden an ihre Kapazitätsgrenzen, die Einhaltung der Vorgaben zur Kontaktverfolgung konnte nicht mehr durchgängig gewährleistet werden. Aus Anlass dieser Überlastung ordnete der Gesundheitsminister mit dem Priorisierungs-Erlass an, den Umfang der Kontaktverfolgung zu reduzieren, um die knappen Ressourcen auf bestätigte Fälle zu konzentrieren.

(2) Die Länder stockten ab Pandemiebeginn auf der Grundlage von Bedarfsschätzungen der Bezirksverwaltungsbehörden oder der Landeskrisenstäbe schrittweise die für die Kontaktverfolgung eingesetzten personellen Ressourcen auf.⁶⁴ Der tatsächliche bundesweite Personalbedarf für die Kontaktverfolgung blieb im überprüften Zeitraum mangels eines Vollzugsmonitorings aber weitgehend unklar.

Gemäß einer von der WHO im Mai 2020 auf ihrer Website zur Verfügung gestellten Berechnungstabelle hing der Personalbedarf nicht in erster Linie von der Bevölkerungszahl, sondern von verschiedenen Begleitumständen ab, allen voran von der Anzahl täglicher Neuinfektionen. Daneben waren auch der Umfang der sozialen Distanzierung, das Beschäftigungsausmaß des für die Kontaktverfolgung eingesetzten Personals sowie der Grad der Digitalisierung maßgeblich. Die WHO-Berechnungstabelle ermittelte bei Beibehaltung der vorgeschlagenen Annahmen (fünf Kontakte je Fall, 8-Stunden-Arbeitstag des Personals etc.) für 1.000 neu bestätigte Fälle pro Tag einen Bedarf von rd. 8.200 Personen, um sämtliche Kontakte lückenlos nachverfolgen zu können. Die Anzahl täglicher Neuinfektionen im Wochendurchschnitt war im November 2020 deutlich höher (mit einem Spitzenwert von über 8.000) und betrug Ende März 2021 rd. 3.000.

Das Gesundheitsministerium orientierte sich im Frühjahr 2020 an den in Deutschland geltenden Vorgaben von fünf für die Kontaktverfolgung eingesetzten Personen pro 20.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohnern, was einem Bedarf von rd. 2.200 Personen entsprach. Auf Basis dieser Berechnungen bot das Gesundheitsministerium den Ländern an, bei Überlastung auf einen zentralen, bei der AGES in Aussicht genommenen Pool geschulten Personals zurückzugreifen, die sogenannte Contact Tracing Task Force. Bis zu 1.000 Personen aus dem Kreis der Sanitäterinnen und Sanitäter diverser Blaulichtorganisationen sollten von der AGES mittels E-Learning geschult werden und in der Folge, nach Maßgabe der Bedarfsmeldungen der Länder, den Bezirksverwaltungsbehörden im Rahmen eines Callcenters oder gegebenenfalls auch physisch vor Ort zur Verfügung stehen.

(3) Die Länder nahmen die vom Bund angebotene Unterstützung für die Kontaktverfolgung überwiegend nicht in Anspruch. Dies lag daran, dass die auch länderübergreifende zentrale bzw. ortsunabhängige Fallbearbeitung durch die Contact Tracing Task Force die Verwendung von zwei IT-Anwendungen voraussetzte, die ab Juni 2020 als Erweiterungen des EMS entwickelt worden waren: einen digitalen Erhebungsbogen zur strukturierten und standardisierten Datenerfassung, der optional online ausgefüllt und den Gesundheitsbehörden elektronisch übermittelt

⁶⁴ Einige Länder gaben an, dabei etwa auch die Entwicklung der Aufklärungsquote, also des Anteils der nachvollziehbar zur Infektionsquelle (etwa Arbeitsplatz, Schule, Haushalt) rückverfolgten Krankheitsfälle, zu berücksichtigen.

werden konnte, sowie ein Kontaktverfolgungstool zur Prozessunterstützung.⁶⁵ Die Länder nutzten diese ihnen ab September 2020 zur Verfügung stehenden Instrumente nur vereinzelt, weil sie ab dem Frühjahr 2020 selbst Maßnahmen zur Optimierung der Kontaktverfolgung ergriffen hatten und an eigenen IT-Anwendungen bzw. an der Anpassung bereits bestehender Anwendungen arbeiteten. Einige Länder nahmen integrierte Systeme in Betrieb, die den gesamten Prozess im Sinne eines digitalen Workflows bis hin zur automatisierten Erstellung von Absonderungsbescheiden unterstützten und die ortsunabhängige Fallbearbeitung erlaubten. Diese Länder verfügten über größere Flexibilität beim Personaleinsatz und richteten zum Teil zentral angesiedelte Teams zur Kontaktverfolgung ein.

Der Datenaustausch zwischen den Ländersystemen und dem EMS war bis Anfang 2021 mangels einer vollständigen Schnittstellenanbindung nicht im gebotenen Umfang gewährleistet.

26.2 (1) Der RH erachtete die Kontaktverfolgung, sofern sie lückenlos und zeitnah durchgeführt wurde, als eine der wichtigsten Maßnahmen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie. Er hielt fest, dass mangels eines Monitorings im Rahmen des EMS keine Transparenz über die bundesweite Einhaltung der Vorgaben zu Umfang und Zeitnähe der Kontaktverfolgung gegeben war. Er kritisierte, dass dadurch dem Gesundheitsminister ein wirksames Instrument fehlte, um rechtzeitig allfällige Mängel wie fehlende Ressourcen zu erkennen und darauf reagieren zu können.

(2) Der RH beurteilte positiv, dass die Länder schrittweise mehr Personal für die Kontaktverfolgung einsetzten, konnte hinter diesen Aufstockungen aber keine nachvollziehbare und beispielsweise kennzahlenbasierte Bedarfsplanung erkennen. Er hielt kritisch fest, dass auch der Gesundheitsminister trotz seiner Leitungs- und Aufsichtsfunktion keine diesbezüglichen Vorgaben entwickelte, den Ländern damit keine Hilfestellung zur Einhaltung der zeitlichen Vorgaben bot und den Bedarf für seinen zentralen Personalpool auch nur grob anhand der Bevölkerungszahl berechnete.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern und auf der Grundlage der Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie ein Instrument zur Einschätzung des Personalbedarfs für die Kontaktverfolgung zu entwickeln. Dabei wäre auf größtmögliche Nachvollziehbarkeit zu achten.

(3) Der RH anerkannte die Versuche des Gesundheitsministeriums, die für die Kontaktverfolgung eingesetzten digitalen und personellen Ressourcen zu erhöhen, als Beitrag zu einem abgestimmten und wirksamen Vorgehen der Gesundheitsbehörden auf Bundes- und Landesebene beim Pandemiemanagement. Er hielt aber

⁶⁵ Als flankierende Maßnahme initiierte das Gesundheitsministerium im September 2020 eine Novelle zum Epidemiegesetz, die den Begriff Kontaktpersonen in § 4 Abs. 4 einfügte und die Erfassung aller für die Kontaktverfolgung erforderlichen Daten gewährleisten sollte (BGBl. I 103/2020).

kritisch fest, dass die vom Gesundheitsministerium zur Verfügung gestellten Erweiterungen des EMS, wie insbesondere das Kontaktverfolgungstool, kaum genutzt wurden. Weil dies aber Voraussetzung für die Unterstützung durch die sogenannte Contact Tracing Task Force war, nahmen die Länder auch diese überwiegend nicht in Anspruch. Der RH führte das darauf zurück, dass die Länder bereits ab dem Frühjahr 2020 selbst Maßnahmen zur Optimierung der Kontaktverfolgung ergriffen hatten und eigene IT-Anwendungen in Betrieb nahmen, die hinsichtlich ihres Funktionsumfangs mit den EMS-Erweiterungen, die erst ab September 2020 zur Verfügung standen, vergleichbar waren. Der RH erachtete es als problematisch, dass kein ausreichender Datenaustausch zwischen den Ländersystemen und dem EMS über Schnittstellen sichergestellt war und damit die für die Beurteilung der Wirksamkeit der Kontaktverfolgung erforderlichen Daten dem Gesundheitsministerium noch rund ein Jahr nach Pandemiebeginn nicht vorlagen.

Der RH hielt die Schaffung funktionaler Schnittstellen für wesentlich, um die zentrale Verfügbarkeit aller Daten zu gewährleisten, die für die Wahrnehmung der Leitungs- und Aufsichtsfunktion des Gesundheitsministers erforderlich waren.

Er wiederholte daher seine Empfehlung aus [TZ 24](#), bei der Weiterentwicklung des EMS die Anbindung der unterschiedlichen IT-Systeme der Länder und damit auch ein Monitoring der von den Bezirksverwaltungsbehörden getroffenen Maßnahmen – wie etwa jene der Kontaktverfolgung – zu gewährleisten.

Darüber hinaus empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern eine Analyse der von den Ländern im Verlauf der Pandemie für die Kontaktverfolgung entwickelten digitalen Instrumente mit dem Ziel der Identifikation der besten Lösungen (Best Practices) vorzunehmen und auch die Tauglichkeit der EMS-Erweiterungen für die Pandemiebekämpfung in diese Analyse einzubeziehen.

Resümee (Lessons Learned)

27 (1) Voraussetzungen für ein erfolgreiches Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden

Pandemievorsorge und Pandemiemanagement sind gemäß der österreichischen Bundesverfassung in Gesetzgebung – siehe Epidemiegesetz und COVID-19-Maßnahmengesetz – und Vollziehung Bundessache. Gesundheitsbehördliche Maßnahmen des Pandemiemanagements haben in mittelbarer Bundesverwaltung gemäß Art. 102 B-VG durch die zuständige Gesundheitsministerin bzw. den zuständigen Gesundheitsminister⁶⁶ im Zusammenwirken mit den Landeshauptleuten und Bezirksverwaltungsbehörden zu erfolgen. (TZ 4)

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung des Pandemiemanagements der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie. Zu diesem Zweck überprüfte der RH

- die Funktionalität der gesundheitsbehördlichen Strukturen insbesondere auf Bundesebene (TZ 9 ff.),
- das Vorliegen eines aktuellen Pandemieplans (TZ 12) als gemeinsame Grundlage für das gesundheitsbehördliche Krisenmanagement,
- die Koordination zwischen den einzelnen Gesundheitsbehörden und ihre Kommunikation nach außen (TZ 15 ff.) sowie
- die bundesweite Abstimmung der Vollziehung des Epidemiegesetzes durch Vorgaben des Gesundheitsministers am Beispiel der Kontaktverfolgung (TZ 22 ff.).

(2) Gesundheitsbehördliche Strukturen auf Bundesebene

Der Bund hatte die im Pandemiefall notwendigen organisatorischen Strukturen und personellen Grundvoraussetzungen nicht sichergestellt. Ein Risikobericht stufte noch Mitte 2019 die Personalausstattung in den Fachabteilungen des Bereichs Öffentliche Gesundheit für den Fall einer Seuche im Humanbereich als hohes Risiko ein. Als im März 2020 erkennbar war, dass sich dieses Risiko realisieren würde, versuchte das Gesundheitsministerium, eine Personalaufstockung zu erreichen. Eine Aufstockung der Planstellen erfolgte erst mit 1. Jänner 2021. Obwohl eine ausreichende Personalflexibilität für eine effektive Bewältigung von Krisenfällen wesentlich war, sorgte die Bundesregierung nicht für eine Übergangslösung, etwa eine vorübergehende Zuteilung juristischer Fachkräfte aus anderen Bundesdienststellen. Aufgrund der nicht sichgestellten personellen Grundvoraussetzungen war die Funktionalität der gesundheitsbehördlichen Strukturen auf Bundesebene in den ersten Monaten der COVID-19-Pandemie eingeschränkt. (TZ 9, TZ 10)

⁶⁶ abgesehen von wenigen Ausnahmen

Auch die fehlende Kontinuität in für die öffentliche Gesundheit wesentlichen Schlüsselfunktionen aufgrund einer internen Umorganisation im Jahr 2018 und aufgrund der über einen längeren Zeitraum verabsäumten Nachbesetzung der Generaldirektion für öffentliche Gesundheit schränkte die Funktionalität der gesundheitsbehördlichen Strukturen auf Bundesebene stark ein. Dennoch setzte das Gesundheitsministerium die ersten personellen und organisatorischen Schritte erst neun Monate bzw. ein Jahr nach Beginn der COVID-19-Pandemie und damit sehr spät. [\(TZ 10\)](#)

(3) Nationaler Pandemieplan

Der nationale Pandemieplan als Grundlage für das behördliche Handeln in der Krise war veraltet und für die COVID-19-Pandemie nicht geeignet. Er stammte noch aus dem Jahr 2006, war deshalb nicht an das aktuelle Pandemiephasenschema der WHO angepasst und hatte nur die Grippe zum Gegenstand. Das Szenario eines durch bisher unbekanntem Erreger hervorgerufenen Krankheitsausbruchs und die damit verbundenen Herausforderungen blieben dadurch unberücksichtigt. Bereits eine Evaluierung aus dem Jahr 2012 stellte einen dringenden Aktualisierungsbedarf fest. Ein weiterer interner Risikobericht im Juni 2019 attestierte wegen der fehlenden Aktualisierung („mangelhaftes Krisenmanagement“) sogar ein hohes Risiko. Im Ergebnis fehlte ein konkreter operativer Krisenmechanismus als gemeinsame Grundlage für das gesundheitsbehördliche Vorgehen, um im Pandemiefall die wechselseitige Information und Zusammenarbeit aller wesentlichen Akteure (Gesundheitsbehörden, Krankenversicherungsträger und Krankenanstalten) und damit auch die bestmögliche Ressourcennutzung beim Pandemiemanagement gewährleisten zu können. [\(TZ 12\)](#)

Während der COVID-19-Pandemie setzte das Gesundheitsministerium zwar Schritte, um die Erfahrungen aus deren Bewältigung in einem nationalen strategischen Handlungsrahmen zusammenzufassen, veröffentlichte diesen aber erst Ende April 2021, obwohl dies für Anfang Oktober 2020 vorgesehen gewesen war. Weiters war der nationale strategische Handlungsrahmen zwar Grundlage für die Vorgehensweise in der laufenden COVID-19-Pandemie, konnte aber einen umfassenden nationalen Pandemieplan zum Umgang mit durch andere Erreger ausgelösten Pandemien nicht ersetzen. [\(TZ 12\)](#)

(4) Koordination der Gesundheitsbehörden

Für die Koordination der Gesundheitsbehörden im Pandemiefall ist das Gesundheitsministerium zuständig. Strategische Entscheidungen und die Entwicklung geeigneter gesundheitsbehördlicher Maßnahmen zur Bewältigung der Pandemie obliegen daher der zuständigen Gesundheitsministerin bzw. dem zuständigen Gesundheitsminister. Als oberstes Organ hat sie bzw. er das Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden zu leiten, zu steuern und bundesweit zu koordinieren. Dennoch blieb zwischen Bund und Ländern im laufenden Krisenmanagement oftmals unklar, wer wofür verantwortlich war, wer in der Praxis welche Entscheidungen zu treffen und wer diese umzusetzen hatte. Beispielsweise ermöglichte die Ermächtigung der Landeshauptleute bzw. Bezirksverwaltungsbehörden (ab September 2020), subsidiär zu den Verordnungen des Gesundheitsministers zusätzliche regionale bzw. lokale Maßnahmen gegen COVID-19 zu erlassen, zwar ein an die Infektionslage angepasstes regionales Vorgehen. Es barg aber auch die Gefahr einer nicht eindeutigen Verantwortung von Bundes- und Landesebene beim Pandemiemanagement. [\(TZ 7\)](#)

Dies zeigte sich anhand eines zögerlichen und insofern wenig wirksamen Vorgehens im Herbst 2020, als sich die zweite Infektionswelle ankündigte. Obwohl schnelle und rechtzeitige Maßnahmen für ein erfolgreiches Pandemiemanagement wesentlich waren, verhängte der Gesundheitsminister erst Ende Oktober 2020 bundesweite Maßnahmen, die darüber hinaus zu Beginn sehr milde waren. Dies führte nach Ansicht des RH dazu, dass diese immer wieder verschärft werden mussten und insgesamt deutlich länger andauerten, um die erforderliche Wirkung zu entfalten. [\(TZ 7\)](#)

Auch noch im Februar 2021 war das Pandemiemanagement von Uneinigkeiten zwischen Bund und Ländern und einer daraus resultierenden Zögerlichkeit geprägt. Obwohl in Tirol bereits am 8. Februar 2021 mehrere Hundert teils bestätigte und teils unbestätigte Verdachtsfälle mit der neuen Virusvariante registriert wurden, war für das Betreten oder Verlassen der betroffenen Gebiete erst mit Inkrafttreten einer eigenen Verordnung des Gesundheitsministers am 12. Februar 2021 ein negativer Antigen-Test oder PCR-Test erforderlich. [\(TZ 7\)](#)

(5) Abstimmung der Vollziehung des Epidemiegesetzes

Das für die Bekämpfung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten bundesweit geltende Epidemiegesetz stammte in seiner Grundform aus dem Jahr 1913 und war bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie nicht mehr zeitgemäß. Auf die Prävention der Übertragung von Infektionskrankheiten – z.B. durch Impfungen – zielten nur wenige Regelungen ab. Obwohl von Expertenebene mehrfach eine Neufassung und Modernisierung des Gesetzes gefordert wurden und im Gesundheitsministerium seit Jänner 2019 ein Entwurf dazu vorlag, war eine entsprechende Regierungsvorlage unterblieben. Zwar erarbeitete das Gesundheitsministerium im Laufe der COVID-19-Pandemie mehrere Novellen des Epidemiegesetzes; die geforderte umfassende Modernisierung konnte damit aber nicht verwirklicht werden. (TZ 5)

Umso wichtiger waren auch klare – das Epidemiegesetz präzisierende – Vorgaben für ein österreichweit abgestimmtes und wirksames Vorgehen der Gesundheitsbehörden. Der Gesundheitsminister hatte die ihm hierfür zur Verfügung stehenden Instrumente wie Erlässe, Verordnungen und Weisungen aber nicht ausreichend genutzt. So fehlten etwa wirksame Vorgaben für eine bundesweit funktionierende Kontaktverfolgung, weshalb ein Monitoring der Absonderungsmaßnahmen im Rahmen des Epidemiologischen Meldesystems (EMS) unterblieb. Dadurch bestand keine Transparenz über die bundesweite Einhaltung der Vorgaben zu Umfang und Zeitnähe der Kontaktverfolgung. (TZ 24, TZ 25)

Auch fehlten Vorgaben des Gesundheitsministers für österreichweit einheitliche Standards bei der Verteilung und Durchführung der COVID-19-Schutzimpfungen. Für den Fall einer Grippe-Pandemie hatte der Gesetzgeber die Krankenversicherungsträger im Sinne eines institutionenübergreifenden Krisenmanagements mit der zentralen Abwicklung der Schutzimpfungen betraut. Eine gesetzliche Klarstellung, wie bei einer Pandemie vorzugehen war, die durch einen anderen Krankheitserreger hervorgerufen wird, erfolgte auch nach Ausbruch der COVID-19-Pandemie nicht. Der Gesundheitsminister überließ dies den Ländern, die ihre eigenen Konzepte für die länderinterne Impfstoffverteilung und zur Durchführung der Impfungen entwickelten. (TZ 13)

(6) Bisherige Entwicklung

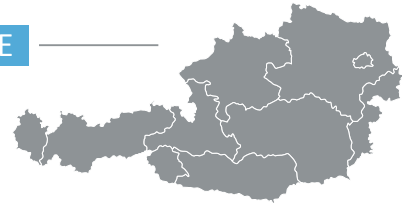
Zusammenfassend hielt der RH fest, dass die Herausforderungen des Krisenmanagements in der COVID-19-Pandemie bislang ungelöst waren. Die seit Ausbruch der Pandemie gemachten Erfahrungen wurden zu wenig genutzt, um das Krisenmanagement im Sinne von Lessons Learned weiterzuentwickeln.

Die folgende Abbildung zeigt zusammengefasst das Verbesserungspotenzial für das Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden:

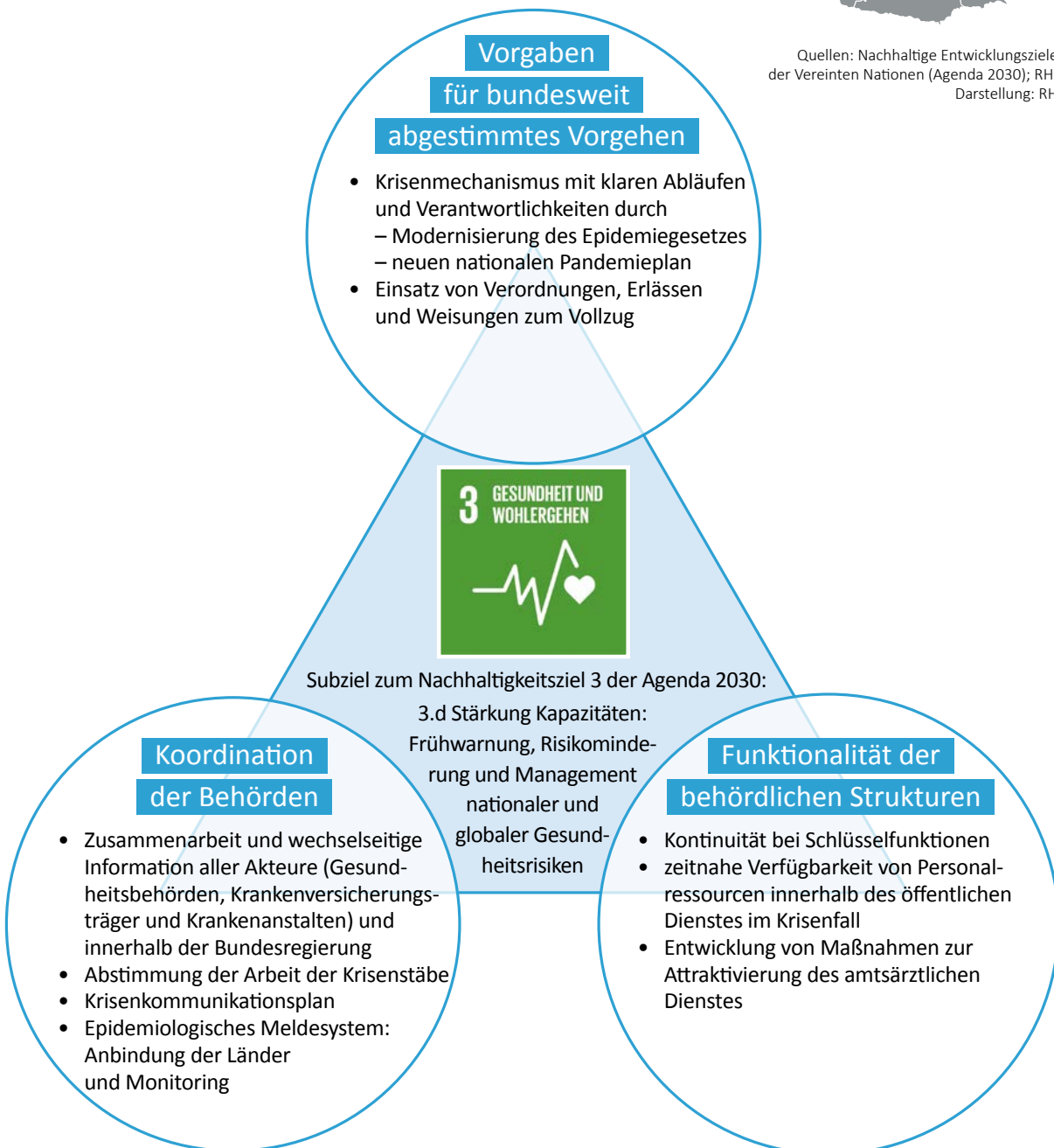
Abbildung 6: Verbesserungspotenzial für das Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden

Bund

VERBESSERUNGSPOTENZIALE



Quellen: Nachhaltige Entwicklungsziele der Vereinten Nationen (Agenda 2030); RH; Darstellung: RH



Als Ausgangspunkt für eine Weiterentwicklung des Pandemiemanagements hätten beispielsweise die Empfehlungen der unabhängigen Expertenkommission zum Management der COVID-19-Pandemie in Tirol dienen können. Erkenntnisse aus den ersten drei „harten“ Lockdowns einschließlich weiterer Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen hätten die Gelegenheit geboten, Schlüsse zu ziehen, wann welche Maßnahmen als Reaktion auf das sich entwickelnde Infektionsgeschehen zu treffen sind.

Der RH verwies in diesem Zusammenhang insbesondere auf folgende Empfehlungen:

- Der Schutz der öffentlichen Gesundheit wäre bundesweit einheitlich zu gewährleisten. Der Gesundheitsminister hätte hierzu seine Rolle als oberstes Organ aktiv wahrzunehmen und die für das Pandemiemanagement notwendigen Maßnahmen der Gesundheitsbehörden in den Ländern (wie etwa Schutzimpfungen, Testungen oder Verkehrsbeschränkungen) stärker zu leiten, zu steuern und zu koordinieren. Bei mangelnder Wirksamkeit der Maßnahmen sollte der Gesundheitsminister eingreifen und gegensteuern. (TZ 7)
- Darüber hinaus sollte das Gesundheitsministerium innerhalb der Bundesregierung koordinierend wirken und dafür sorgen, dass abgestimmt und nach einheitlichen Vorgaben vorgegangen wird, z.B. bei den pandemiebedingten und damit gesundheitsbezogenen Massentestungen, die von dem für Bildung zuständigen Bundesministerium durchgeführt werden. (TZ 7)
- Auf Basis der im Jahr 2019 schon vorliegenden Arbeiten sowie im Lichte der Erfahrungen und Erkenntnisse aus der laufenden COVID-19-Pandemie wäre vom Gesundheitsministerium ein Entwurf für ein modernisiertes Epidemiegesetz vorzubereiten und dem Nationalrat im Wege des Ministerrats vorzulegen. (TZ 5)
- Bei der Erarbeitung eines Entwurfs für ein modernisiertes Epidemiegesetz wäre vom Gesundheitsministerium darauf zu achten, dass
 - die Zusammenarbeit der Behörden untereinander,
 - die Zusammenarbeit zwischen ihnen und anderen relevanten Einrichtungen, wie etwa der AGES, sowie
 - die Vorgehensweise bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten – aufgrund bekannter wie auch unbekannter Erreger – oder bei anderen besonderen Gefährdungssituationen

im Vergleich zum Stand vor Beginn der COVID-19-Pandemie deutlich detaillierter geregelt werden. Im Ergebnis sollte ein rechtlicher Rahmen für einen Krisenmechanismus mit klaren Abläufen und Verantwortlichkeiten sowohl für die erforderlichen Maßnahmen als auch für deren Kommunikation nach außen geschaffen werden. (TZ 5)

- Das Gesundheitsministerium sollte gemeinsam mit den Ländern für das laufende Pandemiemanagement sowie künftige Pandemien anhand der bisherigen Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie einen neuen allgemeinen nationalen Pandemieplan für Ausbrüche von Infektionskrankheiten aufgrund bekannter wie auch unbekannter hochansteckender Erreger entwickeln. Dieser Plan sollte den Krisenmechanismus, der im Zuge der vom RH ebenfalls empfohlenen Modernisierung des Epidemiegesetzes vorzugeben wäre, operationalisieren. Damit sollten im Fall einer neuen Pandemie die wechselseitige Information und Zusammenarbeit aller wesentlichen Akteure (Gesundheitsbehörden, Krankenversicherungsträger und Krankenanstalten) und damit auch die bestmögliche Ressourcennutzung zu deren Bewältigung gewährleistet werden. Der Pandemieplan wäre regelmäßig zu aktualisieren; dabei wären die jeweils geltenden Standards der WHO zu berücksichtigen. (TZ 12)
- Im Zuge der Entwicklung eines neuen nationalen Pandemieplans sollte vom Gesundheitsministerium auch ein Krisenkommunikationsplan erarbeitet werden. Dabei wären im Sinne eines besseren Zusammenspiels der Bundes-, Landes- und Bezirksebene auf Grundlage der Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie klare Verantwortlichkeiten festzulegen, um künftig eine klare Kommunikationslinie anhand von nachvollziehbaren Grundlagen sicherzustellen, die von allen Beteiligten mitgetragen wird. (TZ 18)
- Das Gesundheitsministerium sollte im künftigen nationalen Pandemieplan auch die Rolle des Staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagements (SKKM) des Innenministeriums eingrenzen; dies im Sinne eines besseren Zusammenspiels der Behörden auf Bundes-, Landes- und Bezirksebene ohne Doppelgleisigkeiten sowie entsprechend der zentralen rechtlichen Zuständigkeit des Gesundheitsministers und seines Krisenstabs. Dabei wäre auf den Erfahrungen bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie und den vom Nationalrat in seiner EntschlieÙung vom Oktober 2020 geforderten rechtlichen Rahmenbedingungen aufzubauen. (TZ 17)

Schlussempfehlungen

28 Zusammenfassend empfahl der RH:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

- (1) Im Rahmen der Bundesregierung wäre für die Erfüllung der Verpflichtungen der Internationalen Gesundheitsvorschriften der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und für die zeitnahe Einbringung entsprechender Gesetzesentwürfe zu sorgen. (TZ 3, TZ 7)
- (2) Ein Entwurf für ein modernisiertes Epidemiegesetz wäre vorzubereiten und im Wege des Ministerrats dem Nationalrat vorzulegen; dies auf Basis der im Jahr 2019 schon vorliegenden Arbeiten und im Lichte der Erfahrungen und Erkenntnisse aus der laufenden COVID-19-Pandemie. (TZ 5)
- (3) Bei der Erarbeitung eines Entwurfs für ein neues Epidemiegesetz wäre darauf zu achten, dass
 - die Zusammenarbeit der Behörden untereinander,
 - die Zusammenarbeit zwischen ihnen und anderen relevanten Einrichtungen, wie etwa der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES), sowie
 - die Vorgehensweise bei Ausbrüchen von Infektionskrankheiten – aufgrund bekannter wie auch unbekannter Erreger – oder bei anderen besonderen Gefährdungssituationen

im Vergleich zum Stand vor Beginn der COVID-19-Pandemie deutlich detaillierter geregelt werden. Im Ergebnis sollte ein rechtlicher Rahmen für einen Krisenmechanismus mit klaren Abläufen und Verantwortlichkeiten sowohl für die erforderlichen Maßnahmen als auch für deren Kommunikation nach außen geschaffen werden. (TZ 5, TZ 7)

- (4) Der Schutz der öffentlichen Gesundheit wäre bundesweit einheitlich zu gewährleisten. Der Gesundheitsminister hätte hierzu seine Rolle als oberstes Organ aktiv wahrzunehmen und die für das Pandemiemanagement notwendigen Maßnahmen der Gesundheitsbehörden (wie etwa Schutzimpfungen, Testungen oder Verkehrsbeschränkungen) stärker zu leiten, zu steuern und zu koordinieren. Bei mangelnder Wirksamkeit der Maßnahmen sollte der Gesundheitsminister eingreifen und gegensteuern. (TZ 7)

- (5) Innerhalb der Bundesregierung wäre koordinierend zu wirken und dafür zu sorgen, dass abgestimmt und nach einheitlichen Vorgaben vorgegangen wird, z.B. bei den pandemiebedingten und damit gesundheitsbezogenen Massentestungen, die von dem für Bildung zuständigen Bundesministerium durchgeführt werden. (TZ 7)
- (6) In der Bundesregierung wäre auf die Entwicklung eines Konzepts hinzuwirken, damit entsprechend qualifiziertes Personal innerhalb des öffentlichen Dienstes im Krisenfall zeitnah verfügbar ist. Darin wäre die Unterstützung der Behörden vorzusehen, wenn deren Arbeitsvolumen krisenbedingt so stark ansteigt, dass die ordnungsgemäße Bewältigung der Aufgaben in der erforderlichen Zeit und Qualität gefährdet ist. (TZ 9)
- (7) Die Kontinuität in für die öffentliche Gesundheit wesentlichen Schlüsselfunktionen wäre auf Bundesebene zu gewährleisten; Ausschreibungen bzw. Nachbesetzungen sowie Nominierungen wären zeitnah vorzunehmen. (TZ 10)
- (8) Der Personalbedarf der für das Pandemiemanagement medizinisch-fachlich zuständigen Abteilungen wäre mit den laufenden Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie mit dem Ziel neu zu bewerten, eine angemessene Personalausstattung zeitnah zu gewährleisten. (TZ 10)
- (9) Für eine effiziente Aufgabenwahrnehmung insbesondere auch in künftigen Krisensituationen wäre ein nachhaltiges Personalmanagement (Personalrekrutierung, -entwicklung und -bindung) zu implementieren, um mittel- bis langfristig das erforderliche Know-how aufbauen und erhalten zu können. (TZ 10)
- (10) Gemeinsam mit den Ländern und anhand der bisherigen Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie wäre – für das laufende Pandemiemanagement sowie künftige Pandemien – ein neuer allgemeiner nationaler Pandemieplan für Ausbrüche von Infektionskrankheiten aufgrund bekannter wie auch unbekannter hochansteckender Erreger zu entwickeln. Dieser Plan sollte den Krisenmechanismus, der im Zuge der Modernisierung des Epidemiegesetzes vorzugeben wäre, operationalisieren. Damit sollten im Fall einer neuen Pandemie die wechselseitige Information und Zusammenarbeit aller wesentlichen Akteure (Gesundheitsbehörden, Krankenversicherungsträger und Krankenanstalten) und damit auch die bestmögliche Ressourcennutzung zu deren Bewältigung gewährleistet werden. (TZ 12, TZ 23)

-
- (11) Der Pandemieplan wäre regelmäßig zu aktualisieren; dabei wären die jeweils geltenden Standards der WHO zu berücksichtigen. (TZ 12)
- (12) Es wären Gesetzesentwürfe auszuarbeiten, um eine klare gesetzliche Regelung zur Zuständigkeit für die Durchführung und Kostentragung von Schutzimpfungen in einer Pandemie, unabhängig vom auslösenden Erreger, zu schaffen. Dabei wäre eine zentrale Rolle der Krankenversicherungsträger – wie für den Fall einer Grippe-Pandemie bereits vorgesehen – anzustreben, um auch die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen im Sinne eines institutionenübergreifenden Krisenmanagements nutzen zu können. (TZ 13)
- (13) Es wäre darauf hinzuwirken, dass die vom Nationalrat per EntschlieÙung geforderten und von der Bundesregierung zu erarbeitenden rechtlichen Rahmenbedingungen des Staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagements (SKKM) mit dem künftigen nationalen Pandemieplan abgestimmt werden, um eine klare Aufgabenteilung zwischen dem Krisenstab des Gesundheitsministeriums und dem SKKM festzulegen. (TZ 16)
- (14) Im Sinne eines besseren Zusammenspiels der Behörden auf Bundes-, Landes- und Bezirksebene ohne Doppelgleisigkeiten sowie entsprechend der zentralen rechtlichen Zuständigkeit des Gesundheitsministers und seines Krisenstabs wäre die Rolle des Staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagements des Innenministeriums im künftigen nationalen Pandemieplan einzugrenzen. Dabei wäre auf den Erfahrungen bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie und den vom Nationalrat in seiner EntschlieÙung vom Oktober 2020 geforderten rechtlichen Rahmenbedingungen aufzubauen. (TZ 17)
- (15) Im Zuge der Entwicklung eines neuen nationalen Pandemieplans sollte auch ein Krisenkommunikationsplan erarbeitet werden. Dabei wären im Sinne eines besseren Zusammenspiels der Bundes-, Landes- und Bezirksebene auf Grundlage der Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie klare Verantwortlichkeiten festzulegen, um künftig eine klare Kommunikationslinie anhand von nachvollziehbaren Grundlagen sicherzustellen, die von allen Beteiligten mitgetragen wird. (TZ 18)
- (16) Die Ausgestaltung des Epidemiologischen Meldesystems (EMS) und die Dokumentationspraxis der Bezirksverwaltungsbehörden wären vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie gemeinsam mit den Ländern zu evaluieren. In der Folge wäre das EMS weiterzuentwickeln; dabei wären die Anbindung der unterschiedlichen IT-Systeme der Länder und damit auch ein Monitoring der von den Bezirksverwaltungsbehörden getroffenen Maßnahmen zu gewährleisten. (TZ 24, TZ 26)

- (17) Die bestehenden Vorgaben zur Kontaktverfolgung einschließlich der für den Vollzug maßgeblichen Definitionen wären auf Widerspruchsfreiheit zueinander und zum Epidemiegesetz zu prüfen und in Richtlinien zusammenzufassen. Diese wären bei Bedarf zeitnah zu aktualisieren und jede Aktualisierung wäre klar zu kommunizieren. Die Verbindlichkeit der Richtlinien in ihrer jeweils aktuellen Form sollte über einen einzigen Erlass mittels eines dynamischen Verweises sichergestellt werden. In diesem Erlass wäre auch festzulegen, ob und in welcher Form das Gesundheitsministerium die Einhaltung der Richtlinien überprüft. (TZ 25)
- (18) Gemeinsam mit den Ländern und auf der Grundlage der Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie wäre ein Instrument zur Einschätzung des Personalbedarfs für die Kontaktverfolgung zu entwickeln. Dabei wäre auf größtmögliche Nachvollziehbarkeit zu achten. (TZ 26)
- (19) Gemeinsam mit den Ländern wäre eine Analyse der von den Ländern im Verlauf der Pandemie für die Kontaktverfolgung entwickelten digitalen Instrumente mit dem Ziel der Identifikation der besten Lösungen (Best Practices) vorzunehmen und auch die Tauglichkeit der Erweiterungen des epidemiologischen Meldesystems für die Pandemiebekämpfung in diese Analyse einzubeziehen. (TZ 26)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; Land Kärnten; Land Niederösterreich; Stadt Wien

- (20) Die vorhandenen gesundheitsbehördlichen Kernkapazitäten wären – wie von den Internationalen Gesundheitsvorschriften der WHO vorgesehen – zu prüfen. Mithilfe von Daten zu den geplanten und tatsächlich vorhandenen amtsärztlichen Personalressourcen wären das Ausmaß des Mangels sowie die davon besonders betroffenen Bezirke zu bestimmen. In der Folge wären passende Maßnahmen zu entwickeln, um den amtsärztlichen Dienst zu attraktivieren, beispielsweise durch neue zeitgemäße Ausbildungsgrundlagen, die auch Erkenntnisse aus der COVID-19-Pandemie berücksichtigen. (TZ 11)

- (21) Im Krisenmanagement wäre die rechtzeitige und unmissverständliche Information insbesondere der ausführenden Ebene zu gewährleisten. Dies auch, um die praktische Erfahrung und das Know-how der Bezirksverwaltungsbehörden zu berücksichtigen und die erforderlichen Vorlaufzeiten sicherzustellen. Wenn notwendig, sollte der Gesundheitsminister dabei auch rechtliche Instrumente wie Weisungen einsetzen. (TZ 19)
- (22) Die zeitnahe Verfügbarkeit eines nach den Standards der WHO zusammengesetzten Krisenstabs wäre durch eine durchgängige Nominierung von Mitgliedern und deren kurzfristige Einberufung zu gewährleisten sowie eine Geschäftsordnung vorzusehen. (TZ 15, TZ 20)

Land Kärnten; Land Niederösterreich; Stadt Wien

- (23) Vor dem Hintergrund der Schwierigkeiten, amtsärztliche Planstellen zu besetzen, wäre ein Teil der im Zuge der COVID-19-Pandemie bestellten Epidemieärztinnen und -ärzte dauerhaft für den amtsärztlichen Dienst zu gewinnen. (TZ 11)
- (24) Die Pandemiepläne der Länder wären anhand der Erfahrungen aus der COVID-19-Pandemie in Abstimmung mit dem gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium zu entwickelnden nationalen Pandemieplan zu aktualisieren. In Zukunft wären die Pläne regelmäßig anzupassen. Jedenfalls wäre sicherzustellen, dass die Pläne die jeweils geltenden Standards der WHO berücksichtigen. (TZ 14)

Land Niederösterreich; Stadt Wien

- (25) Bei der Überarbeitung der Pandemiepläne wären, wie in Kärnten, detaillierte Vorgaben für die Organisation der Medienarbeit festzulegen. (TZ 21)



**Rechnungshof
Österreich**

Wien, im Juni 2022

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

R
—
H

