



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

Performance Audit

Veröffentlicht: 17.12.2021



[BERICHT IM VOLLTEXT \(DE\)](#)



[PRESSEMITTEILUNG \(DE\)](#)



[PRESSEMITTEILUNG \(EN\)](#)



Was wir prüften und warum

Von August 2020 bis Februar 2021 prüften wir die Nutzung von Gesundheitsdaten zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie. Prüfungsziel war es, die Verfügbarkeit, Qualität und Aufbereitung von gesundheitsbezogenen Daten zum Infektionsgeschehen und zur epidemiologischen Steuerung, ebenso wie die Daten zu ausgewählten, zur Pandemiebewältigung eingesetzten Ressourcen sowie zur Gesundheitsversorgung im niedergelassenen Bereich und in Krankenanstalten während der Pandemie zu beurteilen.

Bei unserer Prüfung berücksichtigten wir, dass die Pandemie häufig außergewöhnliche Verfahren und Maßnahmen erforderte, über die kurzfristig entschieden werden musste und die für die Beteiligten verschiedene einzigartige Herausforderungen mit sich brachten. Wir berücksichtigten dies bei unseren Prüfungsmaßstäben (Fokus auf der Zweckmäßigkeit der Maßnahmen zur Pandemiebewältigung) und unserem Vorgehen (Rücksichtnahme auf laufende operative Maßnahmen bzw. die zur Pandemiebewältigung erforderlichen Ressourcen). Die Schlussfolgerungen unseres Berichts sollten als „Lessons learned“ für künftige Krisenbewältigung verstanden werden.

Was wir feststellten

Die epidemiologische Überwachung wird seit dem Jahr 2009 unter Verwendung des Epidemiologischen Meldesystems (EMS) durchgeführt. Mit dieser Datenbank lag eine im internationalen Vergleich gute Ausgangslage zur Erfassung der Daten zum Infektionsgeschehen vor. Die Befüllung mit Daten erwies sich jedoch als unzureichend.

Die Umsetzung des bundesweit einheitlichen Epidemiegesetzes wurde auf Ebene der Länder durch unterschiedliche Arbeitsabläufe und IT-Instrumente umgesetzt, was teilweise an der verfügbaren Infrastruktur, aber auch am verfügbaren Personal, an den räumlichen Möglichkeiten und der bestehenden IT-Infrastruktur lag. Auch legten die Länder die Vorgaben des Gesundheitsministeriums teilweise unterschiedlich aus.

Unterschiedliche Stellen des Bundes und der Länder publizierten in unterschiedlichen Formaten zu unterschiedlichen Zeitpunkten Daten, die sich hinsichtlich der Definitionen unterschieden. Dies betraf beispielsweise die Zahl der Neuinfizierten, die Anzahl von durchgeführten Testungen, aber auch die Zahl der COVID-19-bedingten Todesfälle, was sich ungünstig auf die Glaubwürdigkeit der



Behörden und damit auf die Akzeptanz und Wirksamkeit der Maßnahmen der Pandemiebewältigung auswirkte.

Menschen mit besonderem Risiko, an COVID-19 zu erkranken, wurden im überprüften Zeitraum einmalig identifiziert. Diese Maßnahme verfolgte primär das Ziel, Entgeltfortzahlungsansprüche und deren Kostentragung sowie arbeitnehmerschutzrechtliche Aspekte zu regeln. Eine umfassende Steuerung von Schutzmaßnahmen für Menschen mit hohem Risiko war damit nicht verbunden.

Zu Beginn der COVID-19-Pandemie hatten weder der Bund noch die Länder ein umfassendes Lagebild über die vorhandene persönliche Schutzausrüstung (PSA) bzw. die Verfügbarkeit medizinischer Güter. Der Bund konnte durch zusätzliche Beschaffungen und eine Verteilungslogistik kurzfristige Versorgungsmängel bei der PSA weitgehend ausgleichen. Allerdings war durch die Einrichtung zusätzlicher Beschaffungskanäle auf Länderebene ein Gesamtüberblick über die Beschaffungsvorgänge erschwert.

Sowohl im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz als auch im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz fehlten geeignete Regelungen für den Krisen- und Katastrophenfall. Auch die Gesundheitsplanung enthielt keine Vorkehrungen dafür, was dazu führte, dass zu Beginn der Pandemie unklar war, wer für Maßnahmen zur Anpassung des Gesundheitssystems im Pandemiefall zuständig war.

Auch zur Beurteilung der Regelversorgung waren die verfügbaren Daten deutlich eingeschränkt. Vor allem in der ersten Pandemiewelle kam es zu einem erheblichen Rückgang der regulären medizinischen Versorgung (ärztliche Konsultationen und Vorsorgeuntersuchungen). Der stärkste Rückgang war auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendheilkunde zu verzeichnen, gefolgt von Zahnmedizin und Augenheilkunde. Die Anzahl der Belagstage in Krankenanstalten sank ebenso wie die Zahl der Ambulanzbesuche.

Die Konsequenzen dieser Entwicklungen sind nicht klar. Mangels Routinedaten und mangels eines Konzepts zur Begleitforschung konnten weder das Gesundheitsministerium noch die Österreichische Gesundheitskasse Angaben zu den gesundheitlichen Folgeschäden machen.

Welche Schlüsse wir zogen

Das EMS sollte weiterentwickelt, dessen Zielsetzungen geklärt und die technischen Voraussetzungen insbesondere für die Dokumentation des Krankheitsverlaufs und das Monitoring der Absonderungsmaßnahmen geschaffen werden. Außerdem wäre die Verpflichtung zur Eintragung einzuführen.

Die für die epidemiologische Steuerung maßgeblichen Kennzahlen und Zeitpunkte der Aktualisierung wären zu identifizieren und diese möglichst einheitlich und qualitätsgesichert für die öffentliche Kommunikation zu verwenden.

Zur Bewältigung künftiger Krisen- und Katastrophenfälle wäre darauf hinzuwirken, dass eine rechtliche und technische Grundlage für zeitnah zu übermittelnde, einheitlich definierte Daten zur Belegung und Auslastung von Krankenanstalten geschaffen wird und dass diese Daten sowie die Diagnosen- und Leistungsdaten mit dem EMS verknüpft werden können.

Rechtliche und organisatorische Grundlagen für eine systematische Nutzung aller verfügbaren Daten in Bezug auf Risikopatientinnen und -patienten für versorgungs- bzw. gesundheitspolitische Zielsetzungen (z. B. für den gezielten Schutz einzelner Patientengruppen sowie für eine Impfstrategie) wären zu schaffen bzw. auf entsprechende gesetzliche Grundlagen hinzuwirken.





Zwischen dem Bund und den Ländern abgestimmte Vorgaben für eine mittel- und langfristige strategische Bevorratung von PSA und medizinischen Gütern wären zu veranlassen.

Hinzuwirken wäre auf eine allgemeine gesetzliche Regelung für eine wechselseitige Informations- und Zusammenarbeitsverpflichtung von Krankenversicherungsträgern, Krankenanstalten und Organen des öffentlichen Gesundheitswesens speziell im Krisen- und Katastrophenfall.

Die Struktur der im Gesundheitswesen verfügbaren Daten wäre weiterzuentwickeln, um nicht nur korrekte Abrechnungen zu ermöglichen, sondern unter Berücksichtigung epidemiologischer Daten sowie von Daten zur Ergebnisqualität der Behandlung auch eine Beurteilung versorgungspolitischer Zielsetzungen unter Public-Health-Gesichtspunkten zu erleichtern.