

10444/AB
Bundesministerium vom 14.06.2022 zu 10707/J (XXVII. GP)
Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
sozialministerium.at

Johannes Rauch
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2022-0.283.222

Wien, 13.6.2022

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 10707/J des Abgeordneten Kucher, Genossinnen und Genossen betreffend unbefriedigende Datensituation hinsichtlich des aktuellen Pandemiegeschehens** wie folgt:

Frage 1: Ist die Datenlage Österreichs aus Sicht des BMSGPK zufriedenstellend?

Grundsätzlich ist die Gesundheitsdatenlandschaft in Österreich gekennzeichnet von einer historisch gewachsenen Fragmentierung, welche die Datennutzung und insbesondere deren Vernetzung erschweren. Dennoch war zu jedem Zeitpunkt der notwendige Überblick über die gesundheitliche Datenlage für eine epidemiologische Aussage gegeben und rasches Reagieren sowie die Möglichkeit der Wirksamkeitsüberprüfung gesetzter Maßnahmen möglich.

In der Datenkommunikation hat das BMSGPK – im Sinne der Transparenz – den Open-Data-Ansatz betreffend anonymisierte Daten im Zuge des Krisenmanagements verankert (z.B.: Dashboards) und zählt damit zu den europäischen Vorreitern betreffend Open-Data.

Fragen 2 und 3:

- *Wird an einer Verbesserung der Datenlage in Österreich gearbeitet?*

- *Wann kann mit einer Verbesserung der Datenlage in Österreich gerechnet werden?*

Das BMSGPK ist trotz systembedingter unterschiedlicher Quellen laufend bemüht, Datenharmonisierungen bei allen Akteuren zu erwirken und arbeitet kontinuierlich an der Verbesserung der Gesundheitsdatenlandschaft in Österreich. Durch das föderale System, die Fragmentierung der Datenbanken und die große Anzahl an verschiedenen Stakeholdern sind noch Herausforderungen in der einheitlichen Erhebung zu bewältigen.

Frage 4: *An welchen internationalen Best-Practice-Beispielen wird man sich hier orientieren?*

Das BMSGPK orientiert sich an Vorgaben des ECDC und der WHO. Als Best-Practice-Beispiele können auch Israel und das Vereinigte Königreich gesehen werden, wobei diese aufgrund anderer Parameter nur teilweise mit Österreich verglichen werden können.

Frage 5: *Welche konkreten Schritte wurden seitens des BMSGPK auf Basis der Rechnungshofkritik konkret unternommen?*

Parameter zur Erfassung epidemiologisch relevanter Daten wurden während der gesamten COVID-19-Krise laufend evaluiert und den Bedarfen entsprechend adaptiert. Verschiedenste Abstimmungsrunden zwischen Bund und Ländern fanden und finden in gesteigerter Frequenz statt bzw. wurden teilweise entsprechend der jeweiligen Lage gänzlich neu geschaffen (etwa die Landesimpfkoordinator:innen, Intensivkoordinator:innen).

Neben diesen intensiven Abstimmungen in den verschiedenen Gremien wurde durch klarere Meldeschemata die behördeninterne Kommunikation deutlich verbessert (beispielsweise durch die Implementierung des Kapazitätserhebungstools).

Darüber hinaus wurden rechtliche Grundlagen geschaffen, um die Verknüpfung von Registern auf individuenbasierter Ebene zu ermöglichen sowie in weiterer Folge diesbezügliche Auswertungen zu generieren (z.B.: Verknüpfung EMS und e-Impfpass für Impfeffektivitätsanalyse).

Außerdem wurde insbesondere eine Verordnung des BMSGPK betreffend die Einrichtung eines Registers für hospitalisierte COVID-19-Patientinnen und -Patienten (COVID-19-Registerverordnung) geschaffen. Das Register dient zur Erfassung von Daten im Zusammenhang mit der stationären Behandlung von COVID-19-Patientinnen und -Patienten in Krankenanstalten als Grundlage für ein effektives und effizientes

Krisenmanagement, zur Planung, Qualitätssicherung und Qualitätsberichterstattung in der österreichischen Gesundheitsversorgung sowie für wissenschaftliche Zwecke.

Weiters wurden gegenwärtig in der technischen Ausarbeitung befindliche Schritte gesetzt, um das vom Rechnungshof angeführte Verbesserungspotential in der Weiterentwicklung des EMS umzusetzen. Eine zweckmäßige Datenerhebung, -verarbeitung und -veröffentlichung ist dem BMSGPK ein wesentliches Anliegen.

Frage 6: *Wird an einer Vereinheitlichung der Daten in den vom Rechnungshof kritisierten Feldern in folgenden Punkten gearbeitet?*

- a. Format
- b. Einheitliche Auswertungszeitpunkte
- c. Einheitlicher Detailgrad
- d. Einheitliche Definition

Ad a.: Das BMSGPK ist immer bemüht, die Daten in einheitlichen Formaten zu erfassen.

Ad b.: Durch unterschiedliche Anforderungen an die Daten ist eine Vereinheitlichung der Auswertungszeitpunkte teilweise nur schwer ohne negative Konsequenzen für die gesundheitliche Datenlage möglich.

Ad c.: Für ein erfolgreiches Pandemiemanagement sind unterschiedliche Detailgrade für unterschiedliche gesundheitliche Datensätze notwendig.

Ad d.: An der Vereinheitlichung der Definitionen wird kontinuierlich gearbeitet. Jedoch können aufgrund unterschiedlicher Ziele von verschiedenen Erfassungssystemen uneinheitliche Definitionen notwendig sein.

Frage 7: *Welche konkreten Schritte wurden hier (Frage 6)a. - 6)d.) seitens des BMSGPK jeweils unternommen?*

Es werden beständig Schritte zur Verbesserung unternommen. Beispiele hierfür sind neben laufenden Gesprächen mit verschiedenen Stakeholdern (etwa AGES, GÖG, ELGA GmbH, Statistik Austria und Bundesländern) zwecks Harmonisierung der in Frage 6 genannten Punkte der Abgleich der EMS-Daten mit der Todesursachenstatistik der Statistik Austria.

Frage 8: *Gibt es im BMSGPK eine Einheit/ Task-Force/ Arbeitsgruppe oder ähnliches, die mit der Verbesserung der Datenlage in Österreich hinsichtlich der Corona-Situation im Land befasst?*

Ja, es gibt einige Arbeitsgruppen zu diesem Thema. Im Covid-19 Krisenstab des BMSGPK sind alle Stabsstellen in ihren jeweiligen Aufgabenbereichen mit der Verbesserung der gesundheitlichen Datenlage in Österreich beschäftigt.

Frage 9: *Wird daran gearbeitet die Open-Data-Files (CSV-Dateien) nach den international üblichen Formatierungsregeln zur Verfügung zu stellen?*

Es gibt kein allgemein international übliches Open-Data-File Format. Österreich veröffentlicht aber alle Open-Data-Files in maschinenlesbaren CSV-Files und kooperiert auch mit internationalen Organisationen (ECDC, Our World in Data), denen die Daten in diesem Format geliefert werden.

Fragen 10 und 11:

- *In der Vergangenheit kam es immer wieder zu tageweisen Ausfällen der Datenübermittlung. Wurden alle Tage, an denen keine tagesaktuellen Daten zur Verfügung standen, nachgetragen? (Der 14. November 2021 scheint bei den Fallzahlen aus der EMS-Morgenmeldung immer noch zu fehlen).*
- *Wurden seitens des BMSGPK konkrete Schritte unternommen, um solche Ausfälle in Zukunft zu vermeiden?*

Das EMS ist ein Tool zur Überwachung von Krankheitsausbrüchen. Es wird aufgrund der hohen Datenschutzanforderungen und der etablierten Reportmechanismen täglich eine Auswertung für befugte Stellen nach EpiG erstellt, in der der aktuelle Status der dokumentierten Fälle abgebildet ist. Aus diesem Grund ist eine Auswertung mit derselben fachlich etablierten Logik nicht mehr möglich, da es sich um eine Momentaufnahme handelt.

Es erfolgen laufend Anpassungen und Verbesserungsmaßnahmen. Durch hard- wie auch softwaretechnische Maßnahmen wurde die Durchlaufzeit der Erstellung erheblich verkürzt. Das EMS wie auch die Datenübertragungen zwischen Teststraßen, Laboren sowie Bundesländern war seit der Inbetriebnahme des EMS im Jahr 2009 zu keiner Zeit ausgefallen.

Fragen 12 und 13:

- *Es kam in der Vergangenheit immer wieder zu der Situation, dass die kumulierte Summe der aus den Bundesländern gemeldeten vorgenommenen Testungen nicht mit den in österreichweit gemeldeten Tests übereingestimmt haben. Gibt es seitens des BMSGPK eine Erklärung dafür?*
- *Es kam in der Vergangenheit immer wieder zu der Situation, dass die kumulierte Summe der gemeldeten vorgenommenen Antigen-Testungen sowie PCR-Testungen nicht mit den österreichweit insgesamt gemeldeten Tests übereingestimmt haben. Gibt es seitens des BMSGPK eine Erklärung dafür?*

Ohne nähere Informationen zu den angesprochenen Vorkommnissen kann das BMSGPK dazu keine Auskunft geben.

Frage 14: *Die Schul-, Betriebs- und Apothekertestungen werden gesondert unter <https://info.gesundheitsministerium.gv.at/?re=infektionslage> ausgewiesen. Es ist nirgendwo klar erkennbar, ob diese in den übermittelten Testzahlen der Bundesländer enthalten sind. Ist dies der Fall, oder handelt es sich um zusätzliche Tests?*

Schul-, Apotheken- und Betriebstestungen werden großteils über andere Meldeschienen erfasst und sind in die Testungszahlen der Bundesländer nicht zu inkludieren. Da die exakte Exklusivität der kumuliert durchgeführten Testungen nicht immer tagesaktuell garantiert werden kann, werden diese Testungen jedoch auf der Webseite gesondert ausgewiesen und nicht aufsummiert.

Die Testungszahlen unterliegen einem kontinuierlichen Qualitätssicherungs- und Optimierungsprozess. Das BMSGPK ist im stetigen Austausch mit den Bundesländern, um die harmonisierte und einheitliche Meldung zu gewährleisten.

Frage 15: *Wieso hält man nach über zwei Jahren Pandemie nach wie vor an zwei unterschiedlichen Meldesystemen (Krisenstab und EMS) fest?*

- a. *Ist eine Straffung bzw. Vereinheitlichung angedacht?*

Die zwei unterschiedlichen Datenquellen bestehen aufgrund des föderalen Systems in Österreich. So gibt es einerseits die Daten des EMS, die vom Bund am Dashboard der AGES publiziert werden, und die Daten der Bundesländer, aus denen die Auswertung des interministeriellen Krisenstabes erstellt wird. Aufgrund von leichten

Definitionsunterschieden (z.B. Aufenthaltsort oder Wohnort), unterschiedlichen Erhebungs- und Auswertungszeitpunkten etc. können geringe Diskrepanzen auftreten.

Ad a.:

Grundsätzlich werden unterschiedliche Meldeschienen laufend evaluiert und gegebenenfalls harmonisiert.

Frage 16: Wie kann seitens des BMSGPK erklärt werden, dass die Werte aus den beiden unterschiedlichen Meldesystemen teilweise massiv auseinanderklaffen? (Der bloße Umstand, dass die beiden Meldesysteme zu unterschiedlichen Tageszeiten auswerten, reicht hier oft nicht als Begründung aus)

Diesbezüglich darf auf die Beantwortung der Frage 2 der parlamentarischen Anfrage Nr. 8024/J verwiesen werden.

Diskrepanzen zwischen den von den Bundesländern übermittelten Daten und der Darstellung des EMS am AGES-Dashboard können verschiedene Ursachen haben. Diese wären zum Beispiel:

- Übermittlungsverzug
- anderer Datenstand (Uhrzeit, Bereinigungsstand)
- Fallzuordnung (z.B. werden die Fälle am AGES-Dashboard dem Wohnort des Falles zugeordnet)

Die Erläuterungen zu den Definitionen der infektionsepidemiologischen Parameter befinden sich am AGES-Dashboard und werden somit der Bevölkerung zur Verfügung gestellt (URL: <https://covid19-dashboard.ages.at/basisinfo.html>).

Frage 17: Wieso werden die österreichweiten täglichen Neuinfektionen nicht aussagekräftiger ausgewiesen? Etwa nach folgenden Schemata:

- a. Wie viele der gesamten Neuinfektionen umfassen einfach-, doppelt- und dreifach geimpfte Personen und wie lange die Impfung jeweils zurückliegt?
- b. Wie viele der gesamten Neuinfektionen umfassen ungeimpfte Personen?
- c. Wie viele der gesamten Neuinfektionen umfassen genesene Personen?
- d. Wie viele der gesamten Neuinfektionen umfassen sowohl geimpfte, als auch genesene Personen?
- e. Bei wie vielen der gesamten Neuinfektionen handelt es sich um eine „Erstinfektion“?

- f. Bei wie vielen der gesamten Neuinfektionen handelt es sich um eine „Wiederinfektion“?

Neben der tagesaktuellen Veröffentlichung der Fallzahlen veröffentlicht die AGES auf ihrer Homepage regelmäßig informatives Begleitmaterial, welches zum Teil auch die angesprochenen Fragestellungen abdeckt, zum Beispiel den Anteil der Reinfektionen an den Gesamtinfektionen, Studienergebnisse zur Effektivität von impf- bzw. infektionsinduzierter Immunisierung, einen Überblick über die zirkulierenden Varianten, die 7-Tage-Inzidenz der SARS-CoV-2 Infektion nach Kategorie der Immunisierung sowie Berichte über Fälle und Inzidenz der SARS-CoV-2-Infektion nach Immunisierungs-Status.

Siehe: <https://www.ages.at/mensch/krankheit/krankheitserreger-von-a-bis-z/coronavirus>

Frage 18: Die Aussagekraft der Daten im Bereich der Hospitalisierungen lässt besonders zu wünschen übrig: ist die Datenlage Österreichs in diesem Bereich aus Sicht des BMSGPK zufriedenstellend?

Hinsichtlich der im Zuge der Pandemie etablierten Meldeschienen und auch darüber hinaus ist mein Ressort bestrebt, die Datenlage zu COVID-19-Hospitalisierungen laufend weiter zu verbessern. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass aktuell ein Register zur Abfrage von Daten in Verbindung mit Covid-19 etabliert wird: Im Zuge dessen erfolgt die Meldung der hospitalisierten Patient:innen auf Ebene der Krankenanstalten im Unterschied zur bisherigen auf Bundesländerebene aggregierten Meldung. Mit dem neuen Register soll es möglich werden, detailliertere Datenauswertungen, z.B. zu Vorerkrankungen, Aufnahmegrund, u.ä. zu generieren. Bezüglich der aktuellen Datenmeldung wird darauf hingewiesen, dass diese insbesondere eine gute Basis für die seit vielen Monaten bestehende Prognoserechnung ist. Die Prognoserechnung liefert eine hervorragende Unterstützung in der Vorbereitung auf die jeweilig zu erwartende Entwicklung der COVID-19-Hospitalisierungen.

Frage 19: Die Auslastung der Betten (intensiv sowie „normal“), „mit COVID-19-Patient:innen“ stellt zwar dar, wie viele der Patientinnen im Krankenhaus an Corona erkrankt sind, allerdings nicht, wie viele davon nicht „nur“ „mit“, sondern tatsächlich auch „wegen“ der Corona-Erkrankung im Krankenhaus sind. Wieso wird an dieser Darstellung festgehalten?

- a. Wird an einer präziseren Darstellung gearbeitet?

Die Dokumentation von Covid-19-Erkrankungen in österreichischen Krankenanstalten erfolgt seit dem Frühjahr 2020 anhand der WHO-Klassifikation ICD-10. Aus den bei stationären Krankenhausaufenthalten erhobenen Daten kann sowohl die Anzahl der Aufenthalte, die auf Grund von Covid-19 erfolgt sind (U07 als Hauptdiagnose), als auch die Anzahl der Aufenthalte die aus anderen Gründen erfolgten und bei denen auch eine Covid-19-Infektion vorlag (andere Hauptdiagnose, U07 als Nebendiagnose) ermittelt werden.

Auch bei einer nicht als Hauptursache eines stationären KH-Aufenthaltes festgestellten Infektion mit SARS-CoV-2 müssen aufgrund der Infektiosität der Patient:innen diese unter den speziellen Hygienemaßnahmen einer Covid-Station behandelt werden und sind somit als COVID-19 Belag zu werten. Diese Informationen sind für die Krankenanstalten ebenso wesentlich wie für Informationen über die Auslastung, für die Berechnung der Prognose sowie für andere zu setzende Maßnahmen.

Seit Beginn der Pandemie stellen die Länder die Daten zur Diagnosen- und Leistungsdokumentation österreichischer landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten zusätzlich zur jährlichen Meldung bereits monatsweise 4 bis 6 Wochen nach Ende des jeweiligen Monats zur Verfügung. Über diese Diagnose- und Leistungsberichte zu den Krankenanstalten ist es retrospektiv möglich, eine Trennung nach Haupt- und Nebendiagnose vorzunehmen. Auch diese Daten fließen in die Covid-19-Prognose und damit auch in die Covid-19-Krisenplanung ein.

Ad a.:

Siehe Antwort zu Frage 18.

Frage 20: *Die bloße Zahl der aktuell belegten Betten sagt nichts über erfolgte „Aufnahmen“ oder „Entlassungen“ aus, wie einleitend näher ausgeführt. Wieso wird an dieser Darstellung festgehalten?*

- a. *Wird an einer präziseren Darstellung gearbeitet?*
- b. *Wird in Zukunft konkret ausgewiesen werden, wie viele der hospitalisierten Patienten (normal + intensiv) neu aufgenommen wurden?*
- c. *Wird in Zukunft konkret ausgewiesen werden, wie viele der hospitalisierten Patienten vom Vortag (normal) aus dem Krankenhaus entlassen wurden?*
- d. *Wird in Zukunft konkret ausgewiesen werden, wie viele der hospitalisierten Patienten (intensiv) neu aufgenommen wurden?*
- e. *Wird in Zukunft konkret ausgewiesen werden, wie viele der hospitalisierten Patienten (intensiv) von der Normalstation hinzugekommen sind?*

- f. *Wird in Zukunft konkret ausgewiesen werden, wie viele der hospitalisierten Patienten vom Vortag (normal + intensiv) verstorben sind?*

Bei den derzeit veröffentlichten Zahlen zu den Kapazitäten werden nicht die Aufnahmen und Entlassungen dargestellt, sondern der Saldo aus diesen beiden Größen. Anhand dieser Zahlen kann jedenfalls der Trend in der Entwicklung der Hospitalisierungen abgelesen werden. Anhand der in der Beantwortung der Frage 19 angeführten Daten zur Diagnosen- und Leistungsdokumentation können die oben angeführten Punkte ausgewertet werden. Auch diesbezüglich steht mein Ressort im engen und regelmäßigen Austausch mit den Bundesländern.

Frage 21: *Wieso werden die österreichweiten Zahlen hinsichtlich der Hospitalisierungen (die Normalstationen sowie die Intensivstationen betreffend) nicht aussagekräftiger ausgewiesen? Etwa nach folgenden Schemata:*

- a. *Wie viele der insgesamt hospitalisierten Personen (Normalstation wie Intensivstation) umfassen einfach-, doppelt- und dreifach geimpfte Personen und wie lange die Impfung jeweils zurückliegt?*
- b. *Wie viele der insgesamt hospitalisierten Personen (Normalstation wie Intensivstation) umfassen ungeimpfte Personen?*
- c. *Wie viele der insgesamt hospitalisierten Personen (Normalstation wie Intensivstation) umfassen genesene Personen?*
- d. *Wie viele der insgesamt hospitalisierten Personen (Normalstation wie Intensivstation) umfassen sowohl geimpfte, als auch genesene Personen?*
- e. *Bei wie vielen der insgesamt hospitalisierten Personen (Normalstation wie Intensivstation) handelt es sich um eine „Erstinfektion“?*
- f. *Bei wie vielen der insgesamt hospitalisierten Personen (Normalstation wie Intensivstation) handelt es sich um eine erneute Hospitalisierung?*

Seit August 2021 erfolgt einmal pro Woche eine Meldung der Bundesländer an das BMSGPK zum Impfstatus. Abgefragt wird die Anzahl der COVID-19 Hospitalisierten mit ausreichendem Immunschutz in anonymisierter Form auf den Normal- und Intensivpflegestationen. „Ausreichender Immunschutz“ wurde dabei im Einklang mit den Empfehlungen des Nationalen Impfremiums definiert. Eine weitere Differenzierung nach Anzahl der erhaltenen Impfungen erfolgt nicht, da eine derartige Abfrage einen deutlich erhöhten Erhebungsaufwand für das ohnehin bereits stark geforderte Personal in den Krankenanstalten bedeuten würde und auch eine hohe Qualität solch detaillierter Daten schwer sicherzustellen ist. Impfdurchbrüche und Wirksamkeit der Impfungen werden im

Rahmen der etablierten Systeme der Arzneimittelvigilanz behandelt. Ferner wird darauf hingewiesen, dass aktuell an der Einführung eines neuen Registers zur Erfassung u.a. von solchen Daten in Zusammenhang mit Covid-19 gearbeitet wird.

Frage 22: Als „Covid-19 Tod“ ist von der AGES definiert: „ein laborbestätigter Fall von COVID 19 mit Ausgang Tod, wobei zwischen Status „Erkrankung“ und Status „Tod“ der Status „Genesen/Geheilt NICHT vorgelegen hat.“ Die Darstellung der österreichweiten Zahl an Verstorbenen könnte allerdings deutlich mehr qualitative Einblicke etwa durch eine Aufschlüsselung der Todeszahlen nach dem Vorhandensein von Vorerkrankungen oder möglicherweise korrelierenden Gesundheitseingriffen. Wird dem in Zukunft bei Wahrung der Datenschutzkonformität - nachgekommen werden?

Die Erfassung von Gesundheitsdaten als besondere Kategorien personenbezogener Daten ist vor allem in Hinblick auf deren Verknüpfbarkeit datenschutzrechtlich besonders beachtlich. Das COVID-19 Register ermöglicht erstmals die einzelfallbezogene Erhebung der Daten zu Vorerkrankungen, eine noch detailliertere Erhebung etwa der angesprochenen korrelierenden Eingriffe) ist aktuell jedoch nicht möglich.

Mit freundlichen Grüßen

Johannes Rauch

