

10764/AB
= Bundesministerium vom 18.07.2022 zu 11045/J (XXVII. GP) sozialministerium.at
 Soziales, Gesundheit, Pflege
 und Konsumentenschutz

Johannes Rauch
 Bundesminister

Herrn
 Mag. Wolfgang Sobotka
 Präsident des Nationalrates
 Parlament
 1017 Wien

Geschäftszahl: 2022-0.374.036

Wien, 6.7.2022

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 11045 /J des Abgeordneten Zanger betreffend Innenrevisionsprüfung der Beschaffungsvorgänge im Zusammenhang mit Corona-Maßnahmen und Corona-Förderungen** wie folgt:

Fragen 1 und 2:

- *Warum prüft nur die Bundesbuchhaltungsagentur die Corona-Maßnahmen und Corona-Förderungen des BMSGPK?*
- *Wer hat dies veranlasst?*

Es ist nicht richtig, dass nur die Buchhaltungsagentur des Bundes Corona-Maßnahmen und Corona-Förderungen des BMSGPK prüft. Es darf diesbezüglich auf die Beantwortung der Voranfrage (9849/AB) verwiesen werden, welche diesbezügliche Prüfungsmaßnahmen des Rechnungshofs und der Internen Revision in Bezug auf die Anfragebeantwortungen (8385/AB), (8386/AB), (8388/AB), (8391/AB), (8392/AB), (8393/AB), (8426/AB), (8428/AB), (8457/AB), (8458/AB), (8479/AB), (8502/AB) und (8511/AB) themisierte.

Darüber hinaus prüft die Buchhaltungsagentur des Bundes die Mittelverwendung gem. COVID-19-Zweckzuschussgesetz in den Bundesländern auf Initiative und im Auftrag des

BMSGPK. Weiters ist die BHAG beauftragt, die Antrags- und Abrechnungsprüfung iZm Förderungen für Projekte im Rahmen der Sonderrichtlinie „COVID-19-Armutsbekämpfung“ bzw. v.a. für Projekte aus COVID-19-Mitteln durchzuführen.

Frage 3:

- *Warum hat die Prüfung der Bundesbuchhaltungsagentur betreffend der Corona-Maßnahmen und Corona-Förderungen des BMSGPK noch nicht begonnen?*

Die Beauftragung der BHAG mit der Durchführung der Prüfungen in den Ländern ist Anfang März 2022 erfolgt. Eine Information des BMSGPK an die Länder über die Beauftragung der BHAG zur Prüfung des Vollzuges des Zweckzuschussgesetzes ist mit Ende März 2022 erfolgt.

Frage 4:

- *Wann soll die Prüfung der Bundesbuchhaltungsagentur betreffend der Corona-Maßnahmen und Corona-Förderungen des BMSGPK beginnen?*

Die Prüfungen der BHAG vor Ort in den einzelnen Bundesländern haben mit Anfang Mai 2022 begonnen.

Frage 5:

- *Wann rechnen Sie mit einem Ergebnis der Prüfung der Bundesbuchhaltungsagentur betreffend der Corona-Maßnahmen und Corona-Förderungen des BMSGPK?*

Die ersten Berichte der BHAG werden noch im Sommer 2022 erwartet. Infolge der Zweiteilung der Prüfungen in einen ersten systemischen Teil und auf der Basis der getroffenen Feststellungen in einen zweiten konkreten Belegprüfungsteil ist mit einem Abschluss sämtlicher Prüfungen bis zu Ende des 1. Halbjahres 2023 zu rechnen.

Frage 6:

- *Bei welchen sechs Aufträgen wurden die Förderunterlagen nach Befassung der Vergaberechtsabteilung des BMSGPK vor Genehmigung und Abschluss des Vertrags auch der Abteilung Interne Revision im aktenmäßigen Einsichtsverkehr für eine allfällige Stellungnahme übermittelt?*

- A1 Telekom Austria AG: Screeningportal für Massentest Covid-19
- BRZ-GmbH: EPI-Service für den grünen Pass, Wartung und Weiterentwicklung
- BRZ-GmbH: Betrieb BRZ EPI-Service für den grünen Pass
- BRZ-GmbH: Grüner Pass Wartung und Weiterentwicklung 2022
- DSVS: Weisung COVID-19 Selbsttests und Supportleistungen elmpfpass
- DSVS: Änderung der Weisung COVID-19-Selbsttests und Supportleistungen elmpfpass

Es handelte sich dabei um Auftragsvergaben bzw. Weisungen, nicht um Förderungen.

Frage 7:

- *Welche Stellungnahmen hat die Abteilung Interne Revision im aktenmäßigen Einsichtsverkehr übermittelt?*

Die schriftlichen Stellungnahmen enthielten unter Verweis auf die bereits erfolgten Anmerkungen der Vergaberechtsabteilung des BMSGPK zum Teil weitere Anmerkungen (Empfehlungen) zur Umsetzung des Auftrags. Diese bezogen sich vor allem auf zu ergänzende Unterlagen, die konkrete Vertragsgestaltung bzw. noch erforderliche vertragliche Konkretisierungen wie insbesondere Detaillierungen der Preiskalkulation, den weiteren Prozessablauf wie insbesondere die erforderliche Herstellung des Einvernehmens mit dem BMF und die Einbindung der Frau Generalsekretärin.

Frage 8:

- *Wann werden die seit 2020 durchgeführten und großteils noch nicht abgeschlossenen Prüfungen des Rechnungshofs im BMSGPK in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, insbesondere „Gesundheitsdaten zur Pandemiekämpfung im ersten Jahr der COVID-19- Pandemie (Reihe BUND 2021/43)", „Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19- Pandemie", „Ausgewählte Leistungen im Zusammenhang mit COVID-19 im Tourismus- und Gesundheitsbereich", „COVID-19-Familienleistungen mit Schwerpunkt Corona-Familienhärteausgleich", „COVID-19-Impfstoffbeschaffung" sowie „COVID-Testungen" abgeschlossen sein?*

Die Prüfung „Gesundheitsdaten zur Pandemiekämpfung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie“ wurde mit Bericht des Rechnungshofs Reihe BUND 2021/43, die Prüfung „Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie“ mit Bericht Reihe BUND 2022/18 abgeschlossen. Zu welchem Zeitpunkt die übrigen

angefragten Rechnungshofprüfungen abgeschlossen sein werden, kann vom BMSGPK nicht beantwortet werden, da die Prüfungsverfahren unter der Führung des Rechnungshofs stehen.

Fragen 9 bis 12:

- *Wurden Empfehlungen aus den seit 2020 durchgeführten und großteils noch nicht abgeschlossenen Prüfungen des Rechnungshofs im BMSGPK in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie, insbesondere „Gesundheitsdaten zur Pandemiekämpfung im ersten Jahr der COVID-19- Pandemie (Reihe BUND 2021/43)", „Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19- Pandemie", „Ausgewählte Leistungen im Zusammenhang mit COVID-19 im Tourismus- und Gesundheitsbereich", „COVID-19-Familienleistungen mit Schwerpunkt Corona-Familienhärteausgleich", „COVID-19-Impfstoffbeschaffung" sowie „COVID- Testungen" bereits an das BMSGPK übermittelt und auch umgesetzt?*
- *Wenn ja welche?*
- *Wurden diese Empfehlungen auch umgesetzt?*
- *Wenn ja, wann wurden diese umgesetzt?*

Zur Prüfung „Gesundheitsdaten zur Pandemiekämpfung im ersten Jahr der COVID-19- Pandemie“ (Reihe BUND 2021/43) wurden folgende Empfehlungen an das BMSGPK übermittelt:

1 *Das Epidemiologische Meldesystem wäre weiterzuentwickeln; dabei wären dessen Zielsetzungen zu klären, die technischen Voraussetzungen insbesondere für die Dokumentation des Krankheitsverlaufs und das Monitoring der Absonderungsmaßnahmen zu schaffen und die Verpflichtung zur Eintragung klarzustellen. (TZ 4)*

2 *Gemeinsam mit den Ländern wären spätestens mit Ende der Pandemie der Prozessablauf für einen Infektionsfall zu analysieren sowie ein optimierter Prozess, eindeutige Meldepflichten und klare Vorgaben für eine einheitliche Bescheidpraxis festzulegen. (TZ 5)*

3 *Es wäre darauf hinzuwirken, dass bei Auftreten eines Verdachtsfalls die Identität der betroffenen Personen möglichst frühzeitig festgestellt wird und dafür – unter Einhaltung der Datenschutzvorgaben – alle geeigneten Register genutzt werden. (TZ 7)*

4 *Es wären geeignete Maßnahmen zu setzen, um einen Überblick über die Umsetzung einer zeitnahen Absonderung infizierter Personen zu gewinnen. Dies könnte durch eine Erfassung im Epidemiologischen Meldesystem oder ein regelmäßiges Reporting der Länder auf Basis von Auswertungen ihrer IT-Systeme erreicht werden. (TZ 9)*

5 Gemeinsam mit den Ländern wäre die vollständige Befüllung des Epidemiologischen Meldesystems, wenn möglich durch elektronische Schnittstellen, sicherzustellen. (TZ 9)

6 Gemeinsam mit den Ländern wäre ein institutionenübergreifendes Konzept zur Qualitätssicherung der Daten des Epidemiologischen Meldesystems zur Pandemiebewältigung zu erstellen; dabei wären die Eingabe, Kontrolle und Bereinigung der Daten zu berücksichtigen. (TZ 10)

7 Gemeinsam mit den Ländern wären für gesundheitsbezogene Datenmeldungen an das Staatliche Krisen- und Katastrophenschutzmanagement die wesentlichen Kriterien (Auswertungszeitpunkte, Datenquellen, Definitionen) abzuklären und vor einer Veröffentlichung nach Möglichkeit abzustimmen. (TZ 11)

8 Gemeinsam mit den Ländern wäre die Bereitstellung auch historischer Datenstände zum Infektionsgeschehen zu prüfen. (TZ 12)

9 Gemeinsam mit den Ländern wären die für die epidemiologische Steuerung maßgeblichen Kennzahlen und Zeitpunkte der Aktualisierung zu identifizieren und diese möglichst einheitlich und qualitätsgesichert für die öffentliche Kommunikation zu verwenden. (TZ 13)

10 Gemeinsam mit den Ländern wären unter Einbindung der Statistik Austria die COVID-19-bedingten Todesfälle möglichst einheitlich zu definieren, automatisiert und regelmäßig abzugleichen sowie Schnittstellen zwischen den IT-Systemen des Bundes und der Länder festzulegen. (TZ 15)

11 Bei Weiterentwicklung des Epidemiologischen Meldesystems wäre auch die Qualität der Datenmeldungen zu den Tests (u.a. zeitnahe und vollständige Meldung, Erfassung des Testgrundes) zu verbessern. (TZ 16)

12 Die Teststrategie und die darin enthaltenen Ziele wären zu konkretisieren und dafür Indikatoren festzulegen, um eine begleitende Steuerung und Evaluierung der Zielerreichung zu ermöglichen. (TZ 16)

13 Bei den Schwerpunkten der Teststrategie wäre auch ein Controlling der Umsetzung vorzusehen. (TZ 16)

14 Bei der Befüllung des Epidemiologischen Meldesystems wären auch die Erfassung von Kontakten und die Quellsuche zu berücksichtigen. (TZ 17)

15 Gemeinsam mit den Ländern wären bei der Vorbereitung auf künftige Pandemien weitere (elektronische) Möglichkeiten zur Kontaktverfolgung zu berücksichtigen und dafür die technischen und rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen. (TZ 17)

16 Gemeinsam mit den Ländern wäre auf eine umfassende Kapazitätenerhebung von medizinischen Gütern in Krankenanstalten im Krisen- und Katastrophenfall in allen Ländern hinzuwirken. (TZ 18)

17 Zur Bewältigung künftiger Krisen- und Katastrophenfälle wäre darauf hinzuwirken, dass die rechtlichen und technischen Grundlagen für zeitnah zu übermittelnde, einheitlich definierte Daten zur Belegung und Auslastung von Krankenanstalten geschaffen werden und diese Daten sowie die Diagnosen- und Leistungsdaten mit dem Epidemiologischen Meldesystem verknüpfbar sind. (TZ 19)

18 Im Zusammenhang mit der Corona-Ampel wären die Daten in ein an den aktuellen Wissensstand angepasstes Indikatoren-Modell zusammenzufassen, klare Prozesse für die Würdigung der Daten durch die Expertinnen und Experten festzulegen sowie die Entwicklung von Empfehlungen, die Entscheidungsfindung der Behörden und eine begleitende, regelmäßige Information der Öffentlichkeit weiterhin zu verfolgen und regelmäßig anzupassen. (TZ 20)

19 Die rechtlichen Grundlagen für die Nutzung registerbasierter Daten für versorgungs- bzw. gesundheitspolitische Fragestellungen wären, unter Berücksichtigung der Anforderungen des Datenschutzes, zu schaffen. Dies könnte entweder allgemeine Rahmenbedingungen für alle Forschungseinrichtungen, Rahmenbedingungen für Analysen der Statistik Austria oder spezifische Analyseaufträge zur Pandemiebewältigung umfassen. (TZ 21)

20 Die Einrichtung eines COVID-19-Intensivregisters für Zwecke der Qualitätsdokumentation, der Qualitätsberichterstattung und der wissenschaftlichen Forschung wäre neuerlich zu prüfen und auf die Schaffung der rechtlichen und technischen Voraussetzungen für eine Verknüpfung der pseudonymisierten Diagnosen- und Leistungsdokumentation mit anderen pseudonymisierten Gesundheitsdaten hinzuwirken. (TZ 21)

21 Regelmäßige Meldungen an das Gesundheitsministerium zur notwendigen und vorhandenen Schutzausrüstung sowie zu medizinischen Gütern wären im Krisen- und Katastrophenfall vorzusehen, dabei wäre auch der niedergelassene Bereich einzubeziehen. (TZ 23)

22 Vorgaben für die Beschaffung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern in Krisen- und Katastrophenfällen wären zu entwickeln; dabei wären die Erfahrungen während der COVID-19-Pandemie zu berücksichtigen. (TZ 24)

23 Die beantragten Kostenersätze gemäß COVID-19-Zweckzuschussgesetz wären zumindest stichprobenartig zu überprüfen; dabei wären die länderweisen Unterschiede im Beschaffungsausmaß zu hinterfragen. (TZ 25)

24 Es wäre auf eine allgemeine gesetzliche Regelung für eine wechselseitige Informations- und Zusammenarbeitsverpflichtung von Krankenversicherungsträgern,

Krankenanstalten und Organen des öffentlichen Gesundheitswesens speziell im Krisen- und Katastrophenfall hinzuwirken, die eine bestmögliche Ressourcennutzung zur Bewältigung einer Krise bzw. Katastrophe ermöglicht und eine Einbindung in die staatlichen Krisenstrukturen sicherstellt. (TZ 30)

25 Gemeinsam mit den Ländern wären die getroffenen organisatorischen Maßnahmen zur Versorgung der COVID–19–Erkrankten zu evaluieren und in die künftigen Pandemiepläne einfließen zu lassen. (TZ 32)

26 Im Krisen– bzw. Katastrophenfall wäre im Bereich öffentlicher Gesundheit eine detailliertere Erfassung von epidemiologisch relevanten Parametern sicherzustellen, z.B. Behandlungsbedarfe und erbrachte Leistungen, Krankheitsverläufe sowie etwaige Komplikationen. (TZ 34)

27 Eine möglichst zeitnahe, jedenfalls aber monatliche Übermittlung von vorläufigen Diagnosen– und Leistungsdaten für den stationären Bereich wäre dauerhaft zu regeln und auf ambulante Leistungen auszuweiten. (TZ 35)

28 Die ambulante Diagnosendokumentation wäre auf alle Diagnosen auszuweiten. (TZ 35)

29 Die Gründe für den Rückgang an stationären Aufenthalten in medizinisch dringlichen bzw. akuten Fällen während der Pandemie sowie dessen Auswirkungen auf die Betroffenen wären zu prüfen und daraus Handlungsempfehlungen für künftige Krisen– und Katastrophensituationen abzuleiten. (TZ 41)

30 Die Gründe und die Auswirkungen der verringerten Leistungen im Bereich der Krebschirurgie sowie der Krebsfrüherkennung und –diagnostik während der Pandemie auf die Betroffenen wären zu analysieren und daraus Handlungsempfehlungen für künftige Krisensituationen abzuleiten. Früherkennungsmaßnahmen wären jedenfalls soweit möglich weiterzuführen. Die Bevölkerung wäre entsprechend zu informieren und einzuladen, diese Untersuchungen bei Bedarf auch in Anspruch zu nehmen. (TZ 42)

31 Eine regelmäßige Übermittlung von Informationen zum Bedarf und zur Ausstattung von amtsärztlichen Ressourcen an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz wäre vorzusehen. (TZ 49)

32 Für das Contact–Tracing wäre ein Monitoring– und Steuerungsprozess vorzusehen, bei dem Prozessvorgaben, benötigte (Personal–)Ressourcen und ihre Verfügbarkeit definiert werden. Die verschiedenen Ausprägungen des Contact–Tracings (u.a. zentrale Contact–Tracing– Pools, Assistenzkräfte, Einsatz von Gemeindebediensteten und pensionierten Landesbediensteten) wären zu evaluieren, um die gewonnenen Erfahrungen bei der Krisenvorsorge berücksichtigen zu können. (TZ 51)

33 Gemeinsam mit den Ländern wäre eine abgestimmte Vorgangsweise zu den relevanten zu veröffentlichtenden Informationen zum Infektionsgeschehen (u.a. Art der zu veröffentlichtenden Kennzahl, Auswertungs- und Kommunikationszeitpunkt) festzulegen. (TZ 12)

34 Die Struktur der im Gesundheitswesen verfügbaren Daten wäre so weiterzuentwickeln, dass nicht nur korrekte Abrechnungen, sondern unter Berücksichtigung epidemiologischer Daten sowie von Daten zur Ergebnisqualität der Behandlungen auch eine Beurteilung versorgungspolitischer Zielsetzungen unter Public–Health–Gesichtspunkten möglich werden. (TZ 35)

35 Verpflichtende standardisierte Diagnosecodierungen im niedergelassenen Bereich wären vorzusehen. (TZ 35)

36 Eine klare Zuständigkeit und ein klarer Prozess zum Monitoring und zur Steuerung der Regelversorgung im niedergelassenen Bereich wären zu definieren, um daraus zeitnahe Handlungsempfehlungen ableiten zu können. (TZ 36)

37 Im Rahmen der Weiterentwicklung der Gesundheitsplanung und der Gesamtverträge wäre für die Krankenversicherungsträger im Krisen– bzw. Katastrophenfall ein vollständiger Überblick über die Erreichbarkeit ihrer Vertragsärztinnen und Vertragsärzte vorzusehen. Für den Krisen– und Katastrophenfall wären die unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für die Versorgungspflichten (niedergelassener Bereich) und Betriebspflichten (Krankenanstalten) zu berücksichtigen. (TZ 38)

38 Die Folgen der veränderten Gesundheitsversorgung während der COVID–19–Pandemie und etwaige Langzeitfolgen von COVID–19–Erkrankungen wären zu untersuchen; die dabei gewonnenen Erkenntnisse wären in das laufende Gesundheitsangebot, die Gesundheitsplanung sowie das Management von künftigen Krisen– bzw. Katastrophenfällen einfließen zu lassen. (TZ 45)

39 Gemeinsam mit den Ländern wären für die Vorbereitung und Bewältigung künftiger Krisen– bzw. Katastrophenfälle die Erfahrungen aus der COVID–19–Pandemie zu berücksichtigen und dabei insbesondere die unterschiedlichen organisatorischen Maßnahmen, das Zusammenwirken zwischen den Gesundheitsbereichen, die Kommunikation an die Bevölkerung und die mittelfristigen Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen in die Analyse miteinzubeziehen. (TZ 46)

40 Unter Beachtung des Datenschutzes wären rechtliche und organisatorische Grundlagen für eine systematische Nutzung aller verfügbaren Daten in Bezug auf Risikopatientinnen und -patienten für versorgungs- bzw. gesundheitspolitische Zielsetzungen (z.B. für den gezielten Schutz einzelner Patientengruppen sowie für eine Impfstrategie) zu schaffen bzw. wäre auf entsprechende gesetzliche Grundlagen hinzuwirken. (TZ 22)

41 Unter Einbindung der Österreichischen Ärztekammer wären generelle Handlungsempfehlungen an niedergelassene Ärztinnen bzw. Ärzte für den Krisen- bzw. Katastrophenfall

zu erstellen, die eine Abwägung der durch die Krise bzw. Katastrophe ausgelösten Gesundheitsgefahren mit der Gefahr gesundheitlicher Folgeschäden aus nicht behandelten Krankheiten für unterschiedliche Zielgruppen, Erkrankungsarten bzw. Behandlungsformen sicherstellen. Im Bedarfsfall wären diese Handlungsempfehlungen auf die konkrete Situation anzupassen. (TZ 31)

42 *Auch in Krisen- bzw. Katastrophensituationen wären die Möglichkeiten und Rahmenbedingungen der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen im niedergelassenen Bereich umfassend öffentlich zu kommunizieren, um gesundheitliche Folgeschäden aufgrund unterbliebener Arztkonsultationen zu vermeiden. (TZ 31)*

43 *Gemeinsam mit den anderen Ländern wären abgestimmte Vorgaben für eine mittel- und langfristige strategische Bevorratung von Schutzausrüstung und medizinischen Gütern zu veranlassen, um eine hohe Krisenbeständigkeit des Gesundheits- und Sozialbereichs unter Berücksichtigung des niedergelassenen Bereichs sicherzustellen. (TZ 26)*

44 *Die Ursachen und die finanziellen Auswirkungen des Rückgangs an Belagstagen in fondsfinanzierten Krankenanstalten und des Rückgangs bei den Ambulanzfrequenzen wären transparent zu erheben. (TZ 40)*

45 *In Krisensituationen wäre auf die Aufrechterhaltung der psychiatrischen Versorgung im stationären und extramuralen Bereich hinzuwirken. (TZ 43)*

46 *Die während der COVID–19–Pandemie gemachten Erfahrungen der Krisenstäbe (z.B. hinsichtlich der Struktur, Arbeitsweise, Zusammensetzung und Ausbildung) wären zu analysieren und die Ergebnisse für künftige Einsätze zu nutzen. (TZ 48)*

47 *Das für Krisenstäbe vorgesehene Personal wäre (weiterhin) laufend aus- und weiterzubilden. (TZ 48)*

48 *Die Bemühungen zur Attraktivierung der Tätigkeit der Amtsärztinnen und Amtsärzte wären zur Erreichung einer ausreichenden Ressourcenausstattung des öffentlichen Gesundheitswesens zu verstärken; die ausreichende Ressourcenausstattung wäre sicherzustellen. (TZ 49)*

49 *Die Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsberatung 1450 während der Pandemie wäre zu evaluieren. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse und insbesondere das Erfordernis einer kurzfristigen Kapazitätsausweitung, die Erfüllung der Aufgaben und die angewandten Prozesse wären bei der Einrichtung von „Krisenhotlines“ zu berücksichtigen. (TZ 50)*

50 *Auf rechtliche Bestimmungen für die Versorgung in Krisen- und Katastrophenfällen wäre hinzuwirken; insbesondere Krisen- und Katastrophenpläne sowie entsprechende Anpassungen der Versorgungsaufträge wären vorzusehen. (TZ 29)*

51 In den Österreichischen Strukturplan Gesundheit wären – unter Einbindung der übrigen Länder – allgemeine Regelungen für Pandemien und andere Katastrophensituationen aufzunehmen, die eine Anpassung der Vorgaben an die jeweiligen besonderen Erfordernisse ermöglichen. (TZ 29)

Das BMSGPK ist laufend um Umsetzung der Empfehlungen bemüht. Aktuell wird der diesbezügliche Umsetzungsstand im Zuge des Nachfrageverfahrens durch den Rechnungshof erhoben, dieses ist noch nicht abgeschlossen.

Zur Prüfung „**Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden**“ im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie“ (Reihe BUND 2022/18) wurden zuletzt folgende Empfehlungen an das BMSGPK übermittelt:

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 aufzubauen 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 Entschließung 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 Entschließung 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)

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)

Das BMSGPK ist laufend um Umsetzung der Empfehlungen bemüht. Die Erhebung des Umsetzungsstandes wird Gegenstand des nächstjährigen Nachfrageverfahrens durch den Rechnungshof sein.

Zu den übrigen angefragten Rechnungshofprüfungen wurden dem BMSGPK noch keine finalen Berichte übermittelt. Im Zuge des gesetzlich normierten Stellungnahmeverfahrens zu übermittelten Prüfungsergebnissen des Rechnungshofs wird von diesem auch regelmäßig der Umsetzungsstand zu den ausgesprochenen Empfehlungen erhoben.

Zur Prüfung „Ausgewählte Leistungen im Zusammenhang mit COVID-19 im Tourismus- und Gesundheitsbereich“ wurde dem BMSGPK ein Prüfungsergebnis mit 8 Empfehlungen übermittelt. Die Ressortstellungnahme an den Rechnungshof erging am 04.05.2022. Das BMSGPK ist laufend um Umsetzung der Empfehlungen bemüht. Die Erhebung des Umsetzungsstandes wird Gegenstand des nächstjährigen Nachfrageverfahrens durch den Rechnungshof sein.

Zur Prüfung „COVID-19-Familienleistungen“ wurde dem BMSGPK ein Auszug aus dem Prüfungsergebnis mit einer Empfehlung übermittelt. Die Ressortstellungnahme befindet sich in Ausarbeitung, die gesetzliche Stellungnahmefrist endet am 24. August 2022. Die Erhebung

des Umsetzungsstandes wird Gegenstand des nächstjährigen Nachfrageverfahrens durch den Rechnungshof sein.

Zu folgenden Prüfungen wurde dem BMSGPK noch kein Prüfungsergebnis übermittelt:
„COVID-19-Impfstoffbeschaffung“ und „COVID-Testungen“

Fragen 13 bis 15:

- Wurde die Finanzprokurator im Zusammenhang mit den Empfehlungen des Rechnungshofs eingeschaltet, um wieder zurückzufordern Fördergelder bzw. mit sonstigen Corona-Maßnahmen?
- Wie viele Fälle, von Rückforderungen bei Fördergeldern gibt es im Zusammenhang mit den Bereichen „Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie (Reihe BUND 2021/43)“, „Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19- Pandemie“, „Ausgewählte Leistungen im Zusammenhang mit COVID-19 im Tourismus- und Gesundheitsbereich“, „COVID-19- Familienleistungen mit Schwerpunkt Corona-Familienhärteausgleich“, „COVID-19-Impfstoffbeschaffung“ sowie „COVID-Testungen“?
- Um welche Fördergeldsummen handelt es sich bei den Rückforderungen im Einzelnen?

Wie bereits weiter oben ausgeführt, ist das BMSGPK laufend um die Umsetzung der Empfehlungen des Rechnungshofes bemüht. Dabei werden auch Fragen allfälliger Rückforderungen von Förderungen zu prüfen sein, falls sich aus den Rechnungshofberichten derartige Feststellung ergeben sollten.

Mit freundlichen Grüßen

Johannes Rauch

