

Dr. Wolfgang Mückstein
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2021-0.669.773

Wien, 22.11.2021

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr.8024/J des Abgeordneten Kainz und weiterer Abgeordneter betreffend Kritik des Rechnungshofes in Bezug auf die chaotische Corona-Politik** wie folgt:

Frage 1:

- *Laut Kritik des Rechnungshofes gab es insbesondere in der Anfangszeit der Pandemie zwischen den Körperschaften wenig Koordination. Inwiefern hat sich dies mittlerweile verbessert? Bitte um genaue Aufstellungen aller Verbesserungen sowie wie dies bewerkstelligt wurde.*

Die Pandemie war eine derart außergewöhnliche und neue Situation, sodass sich erst sinnvolle und erfolgversprechende Strukturen etablieren mussten. Im Zuge der COVID-19-Pandemie wurde als erste Sofortmaßnahme die Grundlage für einen systematischen Austausch bzw. zur Erhebung von Kapazitätsdaten geschaffen. Dafür wurde ein regelmäßiger Informationsfluss zwischen den S4-Kapazitäten der Länder und den S4-Kapazitäten im BMSGPK (wöchentliche S4-Kapazitäten-Runden) eingerichtet. So gibt es etwa hinsichtlich der Spitalskapazitäten in diesem Rahmen bereits seit gut einem Jahr eine

sehr niederschwellige Struktur zwischen den Bundesländern und meinem Ressort für einen Informationsaustausch zur aktuellen Situation.

Im Verlauf der Pandemie intensivierte sich der Austausch zwischen den Bundesländern und dem Bund. Verschiedenste Abstimmungsrunden fanden und finden in gesteigerter Frequenz statt bzw. wurden teilweise entsprechend der jeweiligen Lage gänzlich neu geschaffen (etwa die Landesimpfkoordinatorenkonferenz oder der Austausch zwischen den Intensivkoordinator:innen) und bieten so die Möglichkeit des direkten Austausches zwischen den jeweils Zuständigen. Neben diesen intensiven Abstimmungen in den verschiedenen Gremien wurde durch klarere Meldeschemata die behördeninterne Kommunikation deutlich verbessert (bspw. durch die Implementierung des Kapazitätserhebungstools).

Frage 2:

- *Anfänglich war es für den Bund nicht ersichtlich, aus welchen Quellen die Länder ihre Daten erhoben haben.*
 - a) *Wieso war dies möglich?*
 - b) *Aus welchen Quellen erhoben die Länder anfänglich ihre Daten?*
 - c) *Aus welchen Quellen erheben die Länder in weiterer Folge und aktuell ihre Daten?*
 - d) *Ist es für den Bund nun ersichtlich, aus welchen Quellen die Länder ihre Daten erheben?*
 - e) *Gibt es bei den Ländern Unterschiede in Bezug auf die Erhebung der Daten?*
 - f) *Falls es bei den Ländern noch immer Unterschiede in Bezug auf die Erhebung der Daten gibt, welche sind das?*
 - g) *Falls es bei den Ländern noch immer Unterschiede in Bezug auf die Erhebung der Daten gibt, wird eine Vereinheitlichung geplant?*

Mit der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie sind nach Epidemiegesetz 1950 eine Vielzahl von Behörden – insbesondere mein Ressort, die Landeshauptleute und die Bezirksverwaltungsbehörden – betraut. Hierbei ist es alleine aufgrund dieser Vielzahl unvermeidbar, dass es zu leicht unterschiedlichen Prozessabläufen kommt.

Gemäß dem Epidemiegesetz ist jeder SARS-CoV-2 Verdachts-, Erkrankungs- sowie Todesfall meldepflichtig und somit in das Epidemiologische Meldesystem (EMS) einzumelden. Bereits vor der Pandemie haben die Bundesländer eigene Systeme ergänzend zum EMS verwendet. Des Weiteren wurden eigene Wege für die Erhebung, abgestimmt auf die in den jeweiligen

Bundesländern herrschenden Gegebenheiten, schon vor der Pandemie etabliert. Mit Beginn der Pandemie wurde somit auf die bereits bestehenden Strukturen zurückgegriffen. Es wird auch weiterhin stetig an einer Verbesserung in Richtung einer einheitlichen Vorgangsweise bei der Datenerhebung gearbeitet.

Im Allgemeinen gilt, dass die Bezirksverwaltungsbehörden über die aktuellsten Zahlen verfügen, welche für die lokale Situation ausschlaggebend sind. Die örtlich zuständigen Behörden sind für die behördliche Maßnahmensetzung verantwortlich und benötigen daher teilweise andere Parameterdefinitionen (z.B.: Fallzuordnung nach Aufenthaltsort und nicht nach Wohnort) als die Bundesländer bzw. der Bund für deren Steuerung auf der Länder- bzw. Bundesebene.

Die Zahlen werden von den Bundesländern aggregiert, täglich erhoben, dem Bund übermittelt und tagesaktuell in einer gemeinsamen Presseaussendung von BMI und meinem Ressort sowie auf der Website des BMSGPK kumulativ veröffentlicht. Zusätzlich werden auf der Homepage der AGES die Daten des EMS veröffentlicht.

Frage 3:

- *Am Anfang der Pandemie fehlte der Überblick über die vorhandene Schutzausrüstung komplett.*
 - a) *Wieso war es anfänglich nicht möglich, ein einheitliches Register über die vorhandene Schutzausrüstung zu erstellen?*
 - b) *Gibt es mittlerweile ein (bundesweites) Register über die vorhandene Schutzausrüstung?*
 - c) *Wer führt dieses Register?*
 - d) *Kann mittlerweile jeder Bedarf in Bezug auf Schutzausrüstung gedeckt werden?*
 - e) *Falls der Bedarf an Schutzausrüstung noch immer nicht gedeckt werden kann, warum nicht und welche Artikel sind konkret nicht ausreichend vorhanden?*

Für die Beschaffung und Vorhaltung von kritischen Artikeln wie Schutzausrüstung sind grundsätzlich die jeweiligen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialbereichs bzw. die einzelnen Gesundheitsdiensteanbieter im erforderlichen Ausmaß selbst zuständig. Aus diesen Gründen gab es kein österreichweites Register hinsichtlich der Lagerbestände.

Durch die COVID-19-Pandemie waren etablierte Lieferkanäle im Gesundheitswesen teilweise unterbrochen und kritische Artikel am Markt nicht verfügbar. Daher wurde vom Bund

– um die dringend notwendige medizinische Versorgung aufrecht zu erhalten – im März 2020 eine koordinierte Beschaffung von Schutzausrüstung eingerichtet. Diese Beschaffungen wurden von der ÖRK Einkauf & Service GmbH auf Grundlage eines Vertrages mit dem BMDW für den Gesundheits- und Sozialbereich getätigt.

Durch das BMSGPK erfolgten zu diesem Zeitpunkt laufend EDV-gestützte Erhebungen des konkreten Beschaffungsbedarfes für den intra- und extramuralen Bereich. Die Erhebung zu kritischen Artikeln erfolgte wöchentlich und umfasste je Bundesland neben dem kurz- und mittelfristigen Bedarf auch den Bestand z.B. an Schutzausrüstung. Durch diese Meldungen wurde österreichweit eine vergleichbare Datengrundlage über die kritischen Artikel und Bestände pro Bundesland sichergestellt.

Anfang Juli 2020 wurde der Beschaffungsprozess mit dem ÖRK in Hinblick auf die verbesserte Versorgungssituation beendet und die Beschaffung von Schutzausrüstung auf Bundesebene ist auf die Bundesbeschaffung GmbH (BBG) übergegangen. Aktuell gibt es keine grundsätzlichen Einschränkungen bei der Verfügbarkeit von Schutzausrüstung. Um die Resilienz weiter zu erhöhen, wurde mit dem COVID-19-Lager eine bundesweite Notbevorratung an Schutzausrüstung eingerichtet (vgl. Antwort zur Frage 13).

Gemäß § 741 ASVG obliegt die Beschaffung und Bereitstellung von Schutzausrüstung für die im Gesetz genannten Leistungserbringer:innen in Zusammenhang mit der Pandemie der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) im übertragenen Wirkungsbereich des Bundes. Die ÖGK teilt dazu mit, dass alle Bedarfsmeldungen, welche im Zusammenhang mit der Beschaffungszuständigkeit der ÖGK gemäß § 741 ASVG stehen, derzeit gedeckt werden können. Darüber hinaus wird mitgeteilt, dass im Bereich der Sozialversicherung – insbesondere in den eigenen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger – der Bedarf an Schutzausrüstung gedeckt ist bzw. keine Probleme bekannt sind.

Frage 4:

- *Der Rechnungshof übt ebenfalls Kritik daran, dass die Öffentlichkeit am Anfang der Pandemie mit einer Zahlenvielfalt an Covid-Indikatoren versorgt wurde.*
 - a) *Warum veröffentlichte das Gesundheitsministerium, das Innenministerium und die Länder auf ihren jeweiligen Dashboards unterschiedliche Daten mit unterschiedlichen Auswertungszeitpunkten und unterschiedlichem Detailgrad, die sich mitunter auch in ihrer Definition unterscheiden?*

- b) *Gibt es mittlerweile eine bessere interne Koordination in Bezug auf die veröffentlichten Daten? Bitte um detaillierte Erläuterung wie der interne Prozess bis zur Veröffentlichung der jeweiligen Daten nun abläuft.*

Bezüglich einheitlicher Verwendung von Parameterdefinitionen gibt es seit Beginn der Pandemie Richtlinien und Empfehlungen seitens des Bundes an die Länder. Diese Richtlinien und Empfehlungen werden von den Ländern berücksichtigt, da jedoch der Großteil der Länder mit eigenen technischen Systemen operiert, kann es zwischen den Ländern zu unterschiedlichen Methoden bei der Datenerhebung und Dokumentation kommen. Ergänzend kommen aufgrund von Unterschieden im Veröffentlichungsprozess verschiedene Auswertungszeitpunkte zum Tragen. Nichtsdestotrotz wird seitens des Bundes versucht, die Meldeprozesse weiter zu vereinheitlichen.

Die von den Bundesländern übermittelten Kennzahlen unterliegen grundsätzlich vom Bund vorgegebenen bzw. in regelmäßig stattfindenden Abstimmungsrunden, wie beispielsweise der S4-Kapazitätenrunde zwischen Bund und Ländern oder der Konferenzen der Landesgesundheitsdirektorinnen/-direktoren vereinbarten Definitionen. Diese Definitionen (z.B. „Bestätigte Fälle“, „Genesene Fälle“, „Verstorbene Fälle“, etc.) werden nicht nur mit den Ländern abgestimmt, sondern auch öffentlich kommuniziert und auf der Website des Sozialministeriums, des AGES-Dashboards usw. bereitgestellt.

In Hinblick auf die Veröffentlichung seitens des Bundes wurde in Absprache mit den Ländern vereinbart, dass die Datenmeldungen täglich bis zu einem Stichtzeitpunkt übermittelt werden. Der Auswertungszeitpunkt ist somit definiert mit „Datenmeldungen, die in einem Bundesland bis zur Datenübermittlung verarbeitet und übermittelt werden können“. Die sich dadurch potentiell ergebenden Unterschiede bei dem Auswertungszeitpunkt zwischen einzelnen Bundesländern ist insofern wenig problematisch, weil der Auswertungszeitpunkt innerhalb eines Bundeslandes konsistent ist. Diese Daten werden in Folge nach einem Qualitäts-Check täglich zu einem einheitlichen Zeitpunkt öffentlich kommuniziert.

Frage 5:

- *Gibt es mittlerweile geeignete Regelungen im Krankenanstaltenrecht für den Krisen- und Katastrophenfall? Bitte um Aufzählung aller relevanten neu geschaffenen Normen.*
 - a) *Gibt es noch einen weiteren Handlungsbedarf des Gesetzgebers in Bezug auf neue Regelungen im Krankenanstaltenrecht für den Krisen- und Katastrophenfall? Falls ja, bitte um detaillierte Erläuterung.*

Einleitend ist anzuführen, dass Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten, worunter das Krankenanstaltenwesen fällt, gemäß Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG hinsichtlich der Grundsatzgesetzgebung Bundessache und hinsichtlich der Ausführungsgesetzgebung und der Vollziehung Landessache ist. Das entsprechende, durch Beschlussfassung des Parlaments erlassene und zu ändernde, Gesetz ist das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KaKuG).

Das KaKuG wurde seit Beginn der COVID-19-Pandemie drei Mal novelliert. Dies geschah mit dem 2. COVID-19-Gesetz, BGBl. I 16/2020, kundgemacht am 21.3.2020, dem 3. COVID-19-Gesetz, BGBl. I 23/2020, kundgemacht am 4.4.2020 sowie dem Bundesgesetz, mit dem das Epidemiegesetz 1950, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten und das Sanitätergesetz geändert wurden, BGBl. I 136/2020. Umfang und Inhalt der Änderungen sind über das Rechts-informationssystem des Bundes abrufbar. Aktuell wird kein weiterer Handlungsbedarf gesehen.

Frage 6:

- *Gibt es mittlerweile geeignete Regelungen im Allgemeinen Sozialversicherungsrecht für den Krisen- und Katastrophenfall? Bitte um Aufzählung aller relevanten neu geschaffenen Normen.*
 - a) *Gibt es noch einen weiteren Handlungsbedarf des Gesetzgebers in Bezug auf neue Regelungen im Allgemeinen Sozialversicherungsrecht für den Krisen- und Katastrophenfall? Falls ja, bitte um detaillierte Erläuterung.*

Sowohl im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) als auch in den sozialversicherungsrechtlichen Parallelgesetzen wurden Bestimmungen aufgenommen, die im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie stehen.

Im ASVG hat es insbesondere folgende wichtige Änderungen gegeben:

- § 80a Abs. 9 ASVG: Bundesmittel an ÖGK aus dem Krisenbewältigungsfonds
- § 735 ASVG: COVID-19-Risikoattest
- § 736 Abs. 4 bis 8 ASVG: Leistungsgewährungen und Ersatz der Krankenversicherungsträger während der COVID-19-Pandemie
- § 741 ASVG: Beschaffung von Schutzausrüstung während der COVID-19-Pandemie
- § 742 ASVG: COVID-19-Test im niedergelassenen Bereich
- § 742a ASVG: COVID-19-Test von asymptomatischen Personen
- § 746 Abs. 6 und 7 ASVG: Ausgleichszahlung für Vertragsärztinnen und -ärzte

- § 747 ASVG: Impfungen gegen SARS-CoV-2 im niedergelassenen Bereich
- § 748 ASVG: Übernahme der Kosten für die Softwareimplementierung des Elektronischen Impfpasses
- § 750 ASVG: Informationsschreiben Impfung gegen SARS-CoV-2

Die angeführten Bestimmungen betreffen allesamt Änderungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie. Neben der Regelung von COVID-19-Testungen und Impfungen sind durch die Neubestimmungen insbesondere rechtliche Grundlagen für die Abgeltung diverser Aufwendungen der Krankenversicherungsträger durch den Bund aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds geschaffen worden.

Darüber hinaus darf darauf hingewiesen werden, dass entsprechend den Bestimmungen des § 30a Abs. 1 Z 4 und Z 38 ASVG die Sicherheitsrichtlinie für die gesetzliche Sozialversicherung (SV-Sicherheitsrichtlinie 2021 – SV-SR 2021) beschlossen wurde (siehe ris.bka.gv.at/Kundmachungen, Erlässe/avsv Nr. 100/2020). Wie in § 5 SV-SR normiert, hat der Dachverband detaillierte Handlungsanleitungen ausgearbeitet und werden diese aktuell gehalten.

Nach derzeitigem Stand wird kein weiterer Handlungsbedarf im Bereich der Sozialversicherung für den Krisen- und Katastrophenfall gesehen. Es ist jedoch einzuräumen, dass es sich bei dieser Einschätzung um eine Momentaufnahme handelt, die sich aufgrund der sich laufend ergebenden neuen Erkenntnisse der Wissenschaft sowie der stetig ändernden epidemiologischen Lage künftig auch ändern kann.

Es darf darauf hingewiesen werden, dass die Bundesregierung im Ministerrat vom 26. Oktober 2021 beschlossen hat, ein Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über die staatliche Resilienz und Koordination in Krisen (Bundes-Krisensicherheitsgesetz – B-KSG) erlassen sowie das Bundes-Verfassungsgesetz und das Meldegesetz 1991 geändert werden sollen, im Laufe des Novembers 2021 einer sechswöchigen Begutachtung zu unterziehen. Die diesbezügliche federführende Zuständigkeit liegt beim Bundesminister für Inneres.

Frage 7:

- *Gibt es mittlerweile genügen Personal für das Contact-Tracing Verfahren?*
 - a) *Wie viele Personen sind insgesamt in diesem Bereich angestellt?*
 - b) *Gibt es einen Personalmangel, der derzeit nicht gedeckt werden kann?*

Die Anzahl der Personen, welche für das nationale Contact Tracing angestellt wurden und werden, orientiert sich an dem aktuellen Fallgeschehen und kann je nach Bundesland unterschiedlich sein. Personalengpässe werden regelmäßig bei den Landessanitätsdirektionen erfragt.

Frage 8:

- *Gibt es mittlerweile Erhebungen zu Folgeschäden aufgrund aufgeschobener Operationen und reduzierter Arztkontakte?*
 - a) *Falls ja, was haben diese Erhebungen ergeben? Bitte um detaillierte Erläuterung.*
 - b) *Falls nein, warum gibt es trotz Kritik des Rechnungshofes in diesem Bezug noch immer keine Erhebungen?*
 - c) *Falls nein, planen Sie diesbezüglich Studien in Auftrag zu geben?*

Es wurden und werden regelmäßig Erhebungen und Auswertungen zum Versorgungsgeschehen während der COVID-19-Pandemie durchgeführt. Diese Erhebungen und Auswertungen umfassen den Spitalsbereich, den niedergelassenen Bereich sowie den Rehabilitationsbereich und werden in den Zielsteuerungsgremien präsentiert, gemeinsam bewertet sowie Maßnahmen dazu diskutiert. Weiters wurde zu den Auswirkungen des Lockdowns vom BMSGPK eine Pressekonferenz abgehalten, wo auch auf mögliche Folgen durch den COVID-19 bedingten Lockdown hingewiesen wurde. Ebenfalls erfolgten Publikationen zu diesen Analyseergebnissen (z. B. „Eglau, Karin (2020): Erste Analyse der Auswirkungen des Lockdowns während der COVID-19-Pandemie auf die stationäre Spitalsversorgung anhand ausgewählter Bereiche. Rapid Analysis. Gesundheit Österreich, Wien“). Allfällige gesundheitliche Auswirkungen bzw. Langzeitfolgen des in Verbindung mit der Pandemie veränderten Versorgungsgeschehens werden erst im Laufe der Zeit sichtbar werden. Analysen bezüglich des Erkrankungs- und Versorgungsgeschehens werden daher auch zukünftig durchgeführt.

Von der ÖGK wurden im Gesundheitszentrum für Physikalische Medizin und Rehabilitation Eisenstadt anfragengegenständliche Erhebungen durchgeführt. Die Erhebungen führten dazu, dass im Bereich der Physikalischen Medizin keinerlei Folgeschäden festgestellt werden konnten. Darüber hinaus sind keine entsprechenden Erhebungen oder Studien bekannt oder derzeit geplant.

Frage 9:

- *Der Rechnungshof kritisierte ebenfalls, dass es keine begleitende Forschung von Langzeitfolgen durch eine Covid-19-Erkrankung gab.*
 - a) *Warum wurden diesbezüglich keine Forschungen angestellt?*
 - b) *Gibt es diesbezüglich mittlerweile begleitende Forschungen? Falls ja, bitte um Erläuterung der Erkenntnis sowie wo diese für die Öffentlichkeit zugänglich sind.*
 - c) *Falls es immer noch keine begleitenden Forschungen gibt, wird sich das in der Zukunft ändern?*

Nach Bekanntwerden derartiger Erkrankungen werden entsprechende Forschungen dazu von verschiedenen Stellen initiiert und durchgeführt. Derzeit gibt es zahlreiche begleitende Forschungen in Österreich zum Thema Langzeitfolgen nach einer COVID-19-Erkrankung. Publikationen zu in Österreich und international gewonnen Erkenntnissen finden sich in diversen Fachzeitschriften und Veröffentlichungen von wissenschaftlichen Instituten.

Die Erkenntnisse dieser Forschungen sind aufgrund der dynamischen Entwicklung prozesshaft zu sehen und entsprechende Forschungen werden auch in Zukunft weiter durchgeführt.

Frage 10:

- *Warum wurde das Epidemiologische Meldesystem (EMS) nicht für eine kontinuierliche Überwachung von Covid-19 Fällen weiterentwickelt, obwohl es grundsätzlich dafür geeignet gewesen wäre?*

Das epidemiologische Meldesystem (EMS) wurde für die Überwachung von anzeigepflichtigen Krankheiten aufgebaut und ständig weiterentwickelt, so auch für die COVID-19-Pandemie. Aufgrund der laufenden Pandemie und des in den Mittelpunkt gerückten EMS wurden auch die Ressourcen von Bund und Ländern aufgestockt. Das EMS hat seit der Veröffentlichung im Jahr 2014 bis heute keinen Ausfall verzeichnet. An einer Verbesserung des Systems wird konstant gearbeitet.

Frage 11:

- *Planen Sie künftig die Weiterentwicklung des EMS in Hinblick auf die Dokumentation von Krankheitsverläufen und das Monitoring von Absonderungsmaßnahmen und die Verpflichtung zur Eintragung, so wie der Rechnungshof es empfiehlt?*
 - a) *Falls ja, wie wird diese Empfehlung umgesetzt?*

b) Falls nein, warum nicht?

Aufbauend auf die Beantwortung der Frage 10 kann mitgeteilt werden, dass das Team um das EMS ununterbrochen an den Systemen arbeitet und gleichzeitig auch die Bundesländer an einer Weiterentwicklung bereits arbeiten. Grundsätzlich ist die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde gemäß Epidemiegesetz für die Korrektheit der Daten im EMS zuständig sowie auch für die Absonderung.

Frage 12:

- *Wie wird die Empfehlung des Rechnungshofes, die Datenerhebung von Bund und Länder zu vereinheitlichen und zu synchronisieren umgesetzt? Bitte um detaillierte Erläuterung.*

Die Pandemie war und ist eine außergewöhnliche Situation mit vielen Unbekannten. Es mussten daher sinnvolle und erfolgversprechende Strukturen erst definiert und etabliert werden. Um zu Beginn der Pandemie möglichst zeitnahe wichtige Informationen zur Entscheidungsfindung hinsichtlich notwendiger Maßnahmen ableiten zu können, entstanden unterschiedliche Kommunikationswege wie bereits in der Antwort zur Frage 1 erwähnt wurde. Eine Kooperation und bestmögliche Vereinheitlichung der bestehenden Datenquellen wurde angestrebt und wird nun großteils vollzogen. Unterschiede hinsichtlich Abfragezeitpunkten werden in die jeweiligen Auswertungen miteinbezogen.

Frage 13:

- *Gibt es, entsprechend den Empfehlungen des Rechnungshofes, bereits Vorgaben für die Bevorratung von Schutzausrüstung und medizinischen Geräten?*
 - a) Wer erlässt diese Vorgaben?*
 - b) Was besagen diese Vorgaben?*
 - c) Falls es noch keine Vorgaben gibt, warum nicht?*
 - d) Falls es noch keine Vorgaben gibt, wie ist die Umsetzung der diesbezüglichen Empfehlung des Rechnungshofes geplant?*

Seit Inkrafttreten des COVID-19-Lagergesetzes am 16. Dezember 2020 hält der Bund kritische Güter in Form eines Notvorrates bereit, um im Fall von weiteren Bedarfsspitzen und Engpässen eine Abgabe an die jeweiligen Bedarfsträger zu ermöglichen. Diese bundesweite Notbevorratung ergänzt die Krisenlager der Bundesländer. Es erfolgt eine laufende Abstimmung mit den Ländern und der ÖGK, wobei die jeweiligen Lagerstände

sowie aktuelle Entwicklungen im Vordergrund stehen. Durch diesen laufenden Austausch mit allen relevanten Stakeholdern wird in Bezug auf die Notbevorratung eine enge Abstimmung sichergestellt.

Das COVID-19-Lager des Bundes wird in seiner derzeitigen Form vom BMLV im Einvernehmen mit dem BMSGPK bewirtschaftet. Neben dieser kurzfristigen Bevorratung für die Dauer der aktuellen Pandemie (COVID-19-Lager) ist – entsprechend der Empfehlungen des Rechnungshofes – auch eine langfristige Notfallversorgung für zukünftige Krisen (strategisches Lager) auf Bundesebene in Erarbeitung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wolfgang Mückstein

