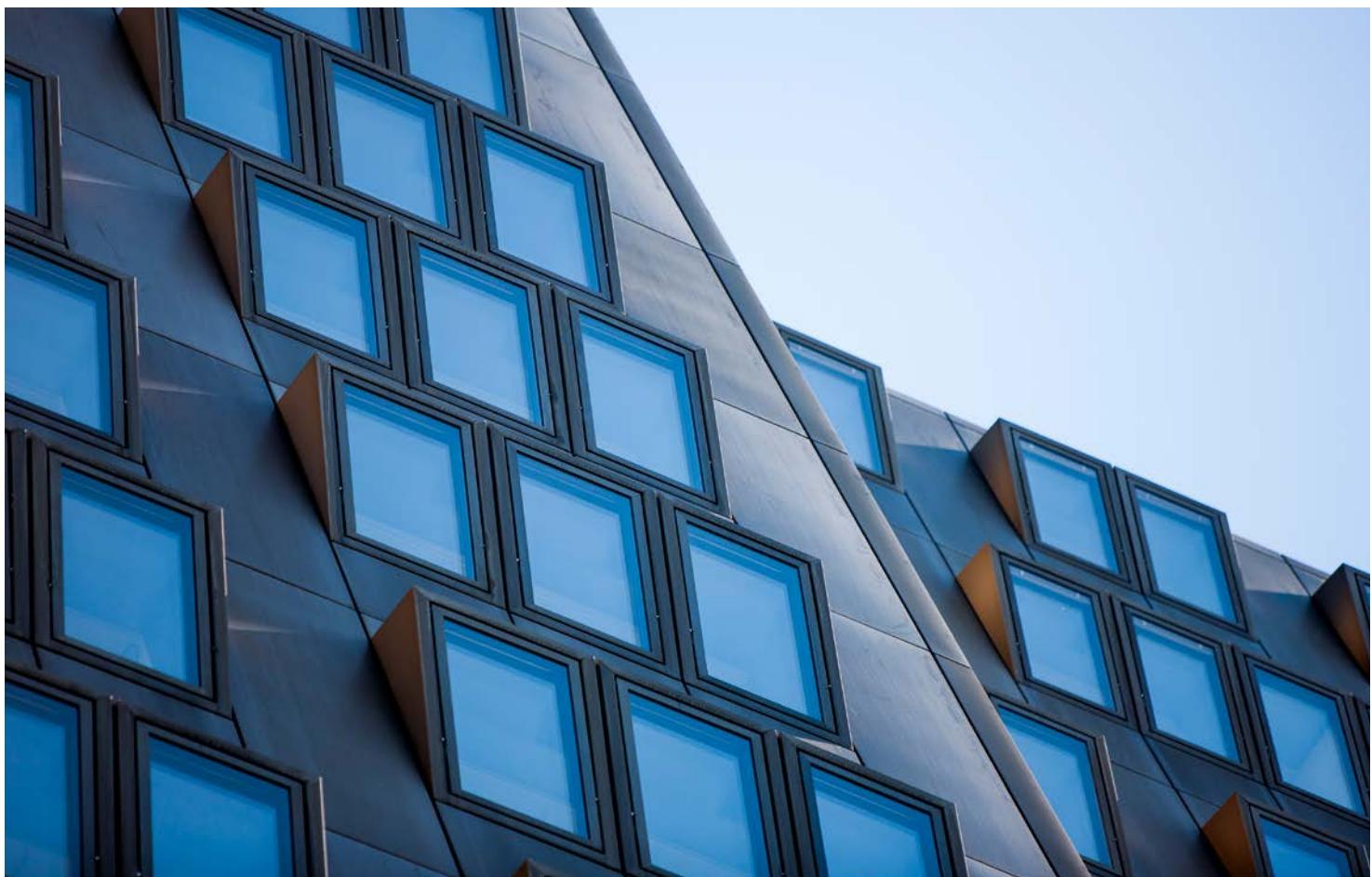




Versorgung von Personen mit postakuten Infektionssyndromen

Reihe BUND 2026/3
Bericht des Rechnungshofes





Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punkteweise 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.

Prüfkompetenz des Rechnungshofes

Zur Überprüfung der Gebarung des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände, der Gemeinden und anderer durch Gesetz bestimmter Rechtsträger ist der Rechnungshof berufen. Der Gesetzgeber versteht die Gebarung als ein über das bloße Hantieren mit finanziellen Mitteln hinausgehendes Verhalten, nämlich als jedes Verhalten, das finanzielle Auswirkungen (Auswirkungen auf Ausgaben, Einnahmen und Vermögensbestände) hat. „Gebarung“ beschränkt sich also nicht auf den Budgetvollzug; sie umfasst alle Handlungen der prüfungsunterworfenen Rechtsträger, die finanzielle oder vermögensrelevante Auswirkungen haben.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Rechnungshof Österreich

1030 Wien, Dampfschiffstraße 2

www.rechnungshof.gv.at

Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich

Herausgegeben: Wien, im Jänner 2026

AUSKÜNFTE

Rechnungshof

Telefon (+43 1) 711 71 – 8946

E-Mail info@rechnungshof.gv.at

Bluesky: [@rhsprecher.bsky.social](https://www.bluesky.social/@rhsprecher)

facebook/RechnungshofAT

FOTOS

Cover, S. 9: Rechnungshof/Achim Bieniek



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Glossar	5
Prüfungsziel	11
Bürgerbeteiligung	11
Kurzfassung	12
Zentrale Empfehlungen	18
Zahlen und Fakten zur Prüfung	21
Prüfungsablauf und -gegenstand	23
Überblick und Definition	25
Epidemiologie und Datenlage	29
Rahmenbedingungen der Versorgung	36
Allgemeines	36
Versorgungspfad	37
Spezifische Versorgungsstrukturen	41
Leistungen und Daten von Sozialversicherung und Krankenanstalten	44
Allgemeines	44
Ausgewählte Leistungen	47
Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und Krankengeld	51
Rehabilitation durch die Pensionsversicherungsanstalt	58
Stationäre Aufenthalte und ambulante Besuche in Fondskrankenanstalten	62
Ausgewählte Aspekte zu Leistungen des Bundes	66
Behindertenpass des Sozialministeriumservice	66
Anträge auf Pflegegeld wegen PAIS	67
Begutachtungen	70
Maßnahmen und Projekte	79
Oberster Sanitätsrat	79
Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS)	83
Nationales Referenzzentrum für postvirale Syndrome	88
Webtool	90
Maßnahmenpaket für die Abklärung nach COVID-19-Infektionen	94
Schlussempfehlungen	97
Anhang A	102
Ressortbezeichnung und -verantwortliche	102
Anhang B	103



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufig verwendete Definitionen für Folgeerscheinungen nach einer COVID-19-Infektion (Auswahl)	26
Tabelle 2: Ausgewählte Prävalenzangaben zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS)	29
Tabelle 3: Ausgewählte Geld-, Sach- bzw. Verwaltungsleistungen ÖGK, PVA und Bund	47
Tabelle 4: Kenndaten zur Förderung von „Long Covid – das Webtool“	91

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungspfad für Long COVID auf Basis „Leitlinie S1 für das Management postviraler Zustände am Beispiel Post-COVID-19“	38
Abbildung 2: Abgeschlossene PAIS-Arbeitsunfähigkeitsmeldungen – 1. Jänner 2020 bis 30. Juni 2024	53
Abbildung 3: Stationäre Aufenthalte mit PAIS-Hauptdiagnosen	63



Abkürzungsverzeichnis

AB	Anfragebeantwortung
Abs.	Absatz
AG	Arbeitsgruppe
AP	Aktionsplan
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
COVID	corona virus disease (Coronaviruskrankheit)
D-A-CH	Deutschland, Österreich, Schweiz
d.h.	das heißt
DIAG	Diagnosen- und Leistungsdokumentation für Analysen im Gesundheitswesen
et al.	et alii (und andere)
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
(f)f.	folgend
G(es)mbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
Hrsg.	Herausgeber
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IT	Informationstechnologie



ME/CFS Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom

Mio. Million

Mrd. Milliarde

NELC Network of Expertise on Long COVID

NICE National Institute for Health and Care Excellence

NIG Nationales Impfremium

ÖBAK Österreichische Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung

OECD Organisation for Economic Co-operation and Development

(Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

ÖGK Österreichische Gesundheitskasse

ÖSG Österreichischer Strukturplan Gesundheit

OSR Oberster Sanitätsrat

PAIS postakute Infektionssyndrome

PEM Post-Exertionelle Malaise

PVA Pensionsversicherungsanstalt

rd. rund

RH Rechnungshof

S. Seite

SARS-CoV-2 Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2

SMS Sozialministeriumservice

SV Sozialversicherung

TZ Textzahl

u.a. unter anderem

WHO World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Z Ziffer

z.B. zum Beispiel



Glossar

Biomarker

Biomarker sind messbare biologische Parameter, die für die Prognose und Diagnostik z.B. von Krankheiten genutzt werden können.¹

Epidemiologie

Epidemiologie ist die Lehre von der Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten sowie deren Bedeutung für die Bevölkerung. Außerdem untersucht die Epidemiologie u.a. Risikofaktoren und Ursachen von Krankheiten, deren Verlauf sowie entstehende soziale und wirtschaftliche Folgen.²

Epstein-Barr-Virus

Epstein-Barr-Virus ist der Name des für eine infektiöse – auch Pfeiffersches Drüsenvirus genannte – Erkrankung verantwortlichen Virus. Neben einer akuten Verlaufsform des Epstein-Barr-Virus gibt es eine chronisch verlaufende Form.³

extramurale Versorgung

Als extramurale Versorgung wird die Versorgung außerhalb der Krankenanstalten, insbesondere bei niedergelassenen (Fach-)Ärztinnen oder (Fach-)Ärzten, bezeichnet.

Fondskrankenanstalten

Fondskrankenanstalten sind Krankenanstalten, die aus den Landesgesundheitsfonds öffentliche Mittel nach dem System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) erhalten.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-10

Die ICD-10 ist die 10. Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation. Der ICD-Code ist ein weltweit anerkanntes System, mit dem medizinische Diagnosen einheitlich benannt werden.⁴

¹ siehe dazu <https://www.dzif.de/de/glossar/biomarker> (abgerufen am 23. Juni 2025)

² siehe dazu <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/E/epidemiologie-hk.html> (abgerufen am 5. Mai 2025)

³ siehe dazu <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/K/lexikon-mononucleosis-infectiosa.html> und <https://epstein-barr.org/> (beide abgerufen am 22. April 2025)

⁴ siehe dazu https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-WHO/_node.html, <https://www.pschyrembel.de/ICD/T024C> und <https://gesund.bund.de/was-sind-icd-und-ops-codes#icd-verschlus-selung> (alle abgerufen am 4. Juni 2025)



Kanadische Konsensuskriterien

Die Kanadischen Konsensuskriterien sollen Ärztinnen und Ärzte dabei unterstützen, Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (**ME/CFS**) zu diagnostizieren. Die Diagnose nach den Kanadischen Konsensuskriterien erfordert das Vorhandensein von Fatigue mit klar definiertem Beginn, Post-Exertioneller Malaise (PEM), Schlafproblemen und Schmerzen.⁵

kardiovaskulär

Kardiovaskulär bedeutet „das Herz und das Gefäßsystem betreffend“.

Kriterienkatalog nach Fukuda (CDC 1994)

Die Fukuda-Kriterien sind der am häufigsten verwendete Kriterienkatalog in der ME/CFS-Forschung. Sie werden auch im klinischen Alltag zur Diagnosestellung eingesetzt.⁶

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

Beim LKF-System handelt es sich um ein Fallpauschalen-System, das in Abhängigkeit von Leistungen, Diagnosen, Aufenthaltsdauer und Intensivpflege je Krankenhausaufenthalt bundesweit einheitlich Verrechnungspunkte festlegt.

Leitlinien

Eine medizinische Leitlinie ist eine systematisch, wissenschaftlich entwickelte und praktische Orientierungs- und Entscheidungshilfe für Ärztinnen und Ärzte. Folgende Leitlinientypen werden unterschieden: S1-Leitlinie: Empfehlungen auf der Basis eines informellen Konsenses; S2-Leitlinie: entweder Empfehlungen auf der Basis eines strukturierten Konsenses (S2k) oder Empfehlungen auf der Basis einer systematischen Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (S2e); S3: Die Leitlinie hat alle Elemente einer systematischen Entwicklung durchlaufen (Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung).⁷

Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS)

Laut „Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS)“ (in der Folge: **Aktionsplan PAIS**) wird mit dem Begriff ME/CFS eine komplexe Multisystemerkrankung bezeichnet, die durch Post-Exertionelle Malaise (PEM), pathologische Fatigue sowie weitere Symptome wie Schlafstörungen, Schmerzen und kognitive Beeinträchtigungen gekennzeichnet ist.

⁵ siehe dazu https://www.iqwig.de/download/n21-01_me-cfs-aktueller-kenntnisstand_abschlussbericht_v1-0.pdf (abgerufen am 1. April 2025)

⁶ siehe dazu https://www.iqwig.de/download/n21-01_me-cfs-aktueller-kenntnisstand_abschlussbericht_v1-0.pdf (abgerufen am 1. April 2025)

⁷ siehe dazu <https://www.oegp.at/aerztinnen/s3-leitlinien/> und <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/gesundes-leben/patient-artzt/medizinische-leitlinien-hilfe-bei-der-therapie-entscheidung> (beide abgerufen am 2. April 2025)



Post-Exertionelle Malaise (PEM)

PEM bezeichnet laut Aktionsplan PAIS eine belastungsinduzierte Verschlechterung des Gesundheitszustands, die sich durch eine gestörte physiologische Aktivitäts- und Erholungsreaktion auszeichnet. PEM führt demnach zu einer Verschlechterung der Symptome z.B. nach körperlicher, kognitiver oder emotionaler Anstrengung sowie sensorischer Überreizung. Reaktionen würden entweder unmittelbar oder mit Verzögerung auftreten und könnten Tage (mindestens 14 Stunden), Wochen oder länger anhalten.

Posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom (POTS)

POTS ist laut Aktionsplan PAIS eine Regulationsstörung des autonomen Nervensystems, bei der es beim Aufstehen zu einem starken Anstieg der Herzfrequenz kommt, oft verbunden mit Schwindel und Schwäche.

Prävalenz

Prävalenz ist die Häufigkeit eines Vorkommnisses (z.B. Erkrankung) in einer bestimmten Population während eines bestimmten Zeitraums.⁸

SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2)

SARS-CoV-2 ist der Name des für eine COVID-19-Infektion verantwortlichen Virus.

Sozialministeriumservice (SMS)

Das Sozialministeriumservice war zur Zeit der Geburgsüberprüfung eine dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz nachgeordnete Dienststelle. In seinen Zuständigkeitsbereich fielen laut seiner Website u.a. Angelegenheiten der Pflegevorsorge und der Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderungen.

Ständiger Koordinierungsausschuss

Aufgabe des Ständigen Koordinierungsausschusses war es, die Agenden der Bundes-Zielsteuerungskommission vorzubereiten und zu koordinieren sowie die Umsetzung von Beschlüssen der Bundes-Zielsteuerungskommission zu unterstützen. Er setzte sich aus je neun Vertreterinnen bzw. Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung zusammen.

⁸ siehe dazu <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/P/lexikon-praevalenz.html> (abgerufen am 5. Mai 2025)



Syndrom

Als Syndrom bezeichnet man ein durch Zusammentreffen verschiedener Symptome gekennzeichnetes Krankheitsbild, dessen Symptome alle durch eine gleiche Ursache ausgelöst werden, bzw. einen sich in die gleiche Krankheitsrichtung entwickelnden Symptomenkomplex, den verschiedene Ursachen auslösen.⁹

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte haben einen Einzelvertrag mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern abgeschlossen. Sie verrechnen die erbrachten Leistungen grundsätzlich direkt mit diesen (nicht mit den Patientinnen und Patienten).

⁹ siehe dazu <https://www.pschyrembel.de/syndrom/KOM29/doc/> (abgerufen am 4. Juni 2025)



VERSORGUNG VON PERSONEN MIT POSTAKUTEN INFJEKTIONSSYNDROMEN

Postakute Infektionssyndrome (PAIS) sind – laut dem vom Gesundheitsministerium im November 2024 veröffentlichten Aktionsplan – Erkrankungen, bei denen u.a. neurologische, kardiovaskuläre (d.h. das Herz und das Gefäßsystem betreffende) und immunologische Symptome nach einer akuten Infektion bestehen bleiben oder neu auftreten. Krankheitsbilder, die zu PAIS zählten, waren u.a. Long/Post COVID oder Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS). Obwohl diese laut Aktionsplan PAIS schon lange bekannt waren, gab es noch keinen (internationalen) Konsens über eine klare Definition.

Die Ermittlung der epidemiologischen Datenlage zu PAIS bzw. Long/Post COVID und ME/CFS in Österreich war schwierig. Gesicherte epidemiologische Daten wären jedoch eine wesentliche Grundlage für die Planung einer adäquaten Versorgung der Betroffenen. Die mangelnde Verfügbarkeit von validen Daten lag u.a. an der noch zur Zeit der Gebarungsüberprüfung fehlenden verpflichtenden Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich. Da österreichische Daten nur teilweise verfügbar waren, wurde auf internationale Studien zurückgegriffen, um Schätzwerte zur Verbreitung von PAIS zu erhalten. Diese Schätzwerte wiesen jedoch eine hohe Schwankungsbreite auf. Das 2024 eingerichtete Nationale Referenzzentrum für postvirale Syndrome sollte vor allem als zentraler Wissens-Hub und Wissensdrehscheibe dienen, für Datenmanagement und -analyse etwa war es nicht zuständig.

Verschiedentlich wurde die Auffassung vertreten, dass Bedarf und Notwendigkeit für adäquate bzw. spezifische Versorgungsstrukturen für PAIS-Erkrankte hoch seien, diese aber fehlen würden. Der Aktionsplan PAIS empfahl u.a. den Aufbau von Behandlungseinrichtungen bzw. -stellen. Länder überlegten oder planten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung spezifische PAIS-(Versorgungs-)Strukturen bzw. nahmen solche in Aussicht, wobei teilweise u.a. auch die konkrete Ausgestaltung und Finanzierung noch unklar waren. PAIS-Betroffene hatten, sofern sie die allgemein gültigen Voraussetzungen erfüllten, insbesondere Anspruch auf Geld-, Sach- bzw. Verwaltungsleistungen der Sozialversicherung und des Bundes. Dabei kam Gutachten sowohl bei der Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension als auch bei Pflegegeld und Behindertenpass erhebliche Bedeutung zu. Schriftliche Regelungen (z.B. Prozesse) zur Möglichkeit von Hausbesuchen gab es in der Pensionsversicherungsanstalt und im Sozialministeriumservice nicht. Für die zielgerichtete Fortbildung von Gutachterinnen und Gutachtern erachtete der RH auch die Pensionsversicherungsanstalt und das Sozialministeriumservice für mitverantwortlich.

Der RH hielt u.a. eine klare Definition von PAIS, eine rasche Verbesserung der Datenlage und eine zeitnah zu erarbeitende länderübergreifende Gesamtstrategie für eine adäquate Versorgung von PAIS-Betroffenen für zweckmäßig. Dabei wäre auch auf einen effizienten und effektiven Ressourceneinsatz unter Berücksichtigung bestehender Angebote zu achten.



Versorgung von Personen
mit postakuten Infektionssyndromen



WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Versorgung von Personen mit postakuten Infektionssyndromen

Prüfungsziel



Der RH überprüfte von Juli 2024 bis März 2025 die Versorgung von Personen mit postakuten Infektionssyndromen (**PAIS**). Überprüfte Stellen waren das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, der Dachverband der Sozialversicherungsträger, das Sozialministeriumservice, die Österreichische Gesundheitskasse und die Pensionsversicherungsanstalt.

Prüfungsziele waren

- die Darstellung und Beurteilung der Datenlage und -qualität für PAIS,
- die Darstellung und Beurteilung von Maßnahmen des Bundes, u.a. Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS), Nationales Referenzzentrum für postvirale Syndrome,
- die Erhebung und Darstellung von Versorgungsangeboten für PAIS sowie
- die Analyse ausgewählter sozialrechtlicher Aspekte im Zusammenhang mit PAIS (u.a. Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Grad der Behinderung und Behindertenpass, Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension).

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2019 bis 2023. Bei Bedarf ging der RH auch auf frühere bzw. spätere Entwicklungen bis Jahresanfang 2025 ein.

Bürgerbeteiligung

Mitentscheidend für die Themenauswahl waren Hinweise aus dem Bürgerbeteiligungsverfahren des RH, u.a. die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom (**ME/CFS**) zu überprüfen.



Kurzfassung

Definition und Datenlage

PAIS war ein Sammelbegriff für diverse Krankheitsbilder, die – laut dem vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**) im November 2024 veröffentlichten Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS) (in der Folge: **Aktionsplan PAIS**) – nach einer viralen oder bakteriellen Infektion auftreten konnten. Kennzeichnend für PAIS-Betroffene war laut Fachliteratur, dass sie sich – ohne dass dies erklärbar war – nicht von einer Infektion erholten. Verschiedene Symptome wie Belastungsintoleranz, unverhältnismäßige Müdigkeit, Beeinträchtigungen des Nerven- oder Immunsystems, grippeähnliche Symptome und eine Vielzahl unspezifischer Symptome waren charakteristisch für diese Krankheitsbilder. Zu PAIS zählten laut Aktionsplan PAIS u.a. „postakute virale oder postakute infektiöse Syndrome nach SARS-CoV-2“ (Long/Post COVID) oder ME/CFS. Sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche konnten betroffen sein. Da ME/CFS als schwere Verlaufsform von Long/Post COVID auftreten konnte, ging die Fachliteratur von einem Anstieg der Betroffenenzahl als Folge der COVID-19-Pandemie aus; mangels eines spezifischen Biomarkers wurde ME/CFS nach internationalen Kriterien diagnostiziert. Obwohl PAIS laut Aktionsplan PAIS schon lange bekannt waren, gab es zur Zeit der Geburungsüberprüfung noch keinen (internationalen) Konsens über eine klare Definition. ([TZ 2](#))

Laut Aktionsplan PAIS lieferten zur Zeit der Geburungsüberprüfung folgende drei Diagnosecodes – entsprechend der 10. Revision der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (**ICD-10**) der Weltgesundheitsorganisation – Hinweise auf das PAIS-Geschehen:

- „U09.9 Post-Covid-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“,
- „G93.3 Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom“ und
- „G90.8 Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems“.

In Österreich war eine Diagnosecodierung nach ICD-10 zur Zeit der Geburungsüberprüfung nur im Krankenanstalten- und Rehabilitationsbereich (teilweise) verpflichtend. ([TZ 2](#))

Die Ermittlung der epidemiologischen Datenlage zu PAIS bzw. Long/Post COVID und ME/CFS in Österreich war schwierig. Da österreichische Daten nur teilweise verfügbar waren, wurde auf internationale Studien zurückgegriffen, um Schätzwerte zur Verbreitung zu erhalten. Diese Schätzwerte wiesen jedoch eine hohe Schwankungsbreite auf. Darüber hinaus unterschieden sich oftmals Studiendesigns sowie Studienpopulationen. Zudem lagen Prävalenzschätzungen häufig mehrere internationale Studien zugrunde. Die mangelnde Verfügbarkeit valider Daten war u.a. auf diverse



Herausforderungen zurückzuführen, wie eine fehlende PAIS-Definition, das Fehlen einer systematischen Diagnosecodierung, Anwendung unterschiedlicher Diagnosekriterien sowie die Art der Diagnostik und Fehldiagnosen bzw. fehlende Diagnosen. [\(TZ 3\)](#)

Aktionsplan und Nationales Referenzzentrum

Im Jahr 2024 erarbeitete eine multiprofessionelle und interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe mit über 60 nominierten Mitgliedern (u.a. Gesundheitsministerium, Länder, Sozial- und Pensionsversicherung, Selbst- und Angehörigenvertretungen) den Aktionsplan PAIS. Diesen veröffentlichte das Gesundheitsministerium ohne vorangehende Diskussion bzw. Abstimmung – etwa in den Zielsteuerungsgremien – im November 2024. Der Aktionsplan PAIS verstand sich als „strategisches Expertenpapier mit Empfehlungscharakter“. Er enthielt 58 – zum Teil (sehr) allgemein formulierte – Empfehlungen zu acht Handlungsfeldern (u.a. Definition, Datenlage, Versorgung, soziale Absicherung). Abgesehen von einer Bezugnahme auf die Gesundheitsreform 2023 bzw. den Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 zum Krankenanstaltenbereich enthielt der Aktionsplan PAIS keine Angaben zu den konkreten Kosten der einzelnen Empfehlungen bzw. kaum Angaben zu deren Finanzierung. Ebenso wenig traf er etwa Aussagen zum konkreten Umsetzungsprozess bzw. -zeitplan, zu Priorisierungen von Empfehlungen oder zu Evaluierungsmodalitäten. Nach den Festlegungen in den (Prae-)Kick-off-Treffen im Dezember 2024 zu Arbeitspaketen und Hauptzuständigkeiten wurden laut Gesundheitsministerium die weiteren Schritte zur Umsetzung im Wesentlichen den jeweiligen Stakeholdern überlassen. In einem für Juni 2025 geplanten Symposium solle über die bisherigen Arbeiten und die Umsetzung der Maßnahmen berichtet und diskutiert werden. [\(TZ 19, TZ 20\)](#)

Nach einer europaweiten Ausschreibung erteilte das Gesundheitsministerium der Medizinischen Universität Wien im September 2024 den Zuschlag für das Nationale Referenzzentrum für postvirale Syndrome (in der Folge: **Nationales Referenzzentrum**). Die Vertragslaufzeit betrug drei Jahre, als Auftragsentgelt waren insgesamt höchstens 778.720 EUR (ohne Umsatzsteuer) vereinbart. Das Nationale Referenzzentrum diene vor allem als zentraler Wissens-Hub und Wissensdrehzscheibe, war aber – im Unterschied zu anderen Nationalen Referenzzentren – für Aufgaben wie Datenmanagement und wissenschaftliche Aufbereitung, Auswertung und Analyse von Daten nicht zuständig; laut Gesundheitsministerium sei es rein unterstützend tätig. Ebenso wenig war es Aufgabe des Nationalen Referenzzentrums, ein PAIS-Register zu führen bzw. Patientinnen und Patienten zu versorgen. [\(TZ 21\)](#)



Rahmenbedingungen der Versorgung

Obwohl in Österreich valide Informationen zur Verbreitung von PAIS fehlten, seien laut Ausführungen eines Arbeitskreises bzw. einer Arbeitsgruppe des Obersten Sanitätsrats, dem „wichtigsten Beratungsgremium“ der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers „zu Fragestellungen und Angelegenheiten des Gesundheitswesens“, Bedarf und Notwendigkeit einer adäquaten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit PAIS („sehr“) „hoch“. Es brauche u.a. Versorgungsstrukturen auf allen Ebenen der gesundheitlichen Versorgung (Primärversorgung, Sekundärversorgung und tertiäre Versorgung). Weder im Arbeitskreis noch in der Arbeitsgruppe waren die Länder, die Landesgesundheitsfonds und/oder die Sozialversicherung vertreten. Der Aktionsplan PAIS wies für PAIS-Betroffene u.a. darauf hin, dass „derzeit [...] ihre Versorgung aus verschiedenen Gründen nur eingeschränkt verfügbar“ sei. Zum Handlungsfeld Versorgung empfahl der Aktionsplan PAIS zehn Maßnahmen, u.a. den Aufbau von spezifischen Versorgungsstrukturen. ([TZ 3](#), [TZ 4](#), [TZ 17](#))

Der in der „Leitlinie S1 für das Management postviraler Zustände am Beispiel Post-COVID-19“ definierte Versorgungspfad gelte laut Gesundheitsministerium zur Zeit der Gebarungsüberprüfung für PAIS insgesamt. Dieser sah eine erste Abklärung vor allem im allgemeinmedizinischen niedergelassenen Bereich vor und falls erforderlich weitere Diagnostik bzw. Behandlung etwa im fachärztlichen niedergelassenen Bereich bzw. in speziellen Versorgungsstrukturen. Das Gesundheitsministerium plante die Umsetzung der Empfehlung im Aktionsplan PAIS „Erstellung eines weiterentwickelten Versorgungspfades gemäß Leitlinie S1 inklusive ME/CFS“ gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung. ([TZ 5](#))

Länder überlegten oder planten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung spezifische PAIS-(Versorgungs-)Strukturen bzw. nahmen solche in Aussicht, wobei zum Teil etwa auch die konkrete Ausgestaltung und Finanzierung (z.B. Länder und Sozialversicherung gemeinsam) noch unklar waren. Konkret geplant waren oder erst im Raum standen dabei u.a. Anlaufstellen zur „Weiterleitung“ von PAIS-Betroffenen an z.B. den niedergelassenen fachärztlichen Bereich bzw. den Krankenanstaltenbereich oder eigene PAIS-Versorgungsstrukturen wie Ambulanzen bzw. ein Kompetenzzentrum. ([TZ 6](#))

Daten von Sozialversicherung und Krankenanstalten

Abgesehen davon, dass verlässliche und vollständige Daten über das PAIS-Geschehen in Österreich fehlten, wiesen verfügbare Daten Limitationen auf. Daher konnten sie die PAIS-Situation nur ansatz- bzw. näherungsweise abbilden. Dies war u.a. auf die nach wie vor fehlende Verpflichtung zur Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich zurückzuführen. Trotz der gesetzlich vorgesehenen Frist hatte das



Gesundheitsministerium nicht die notwendigen Voraussetzungen geschaffen, um eine gesetzeskonforme und rechtzeitige Umsetzung mit Jänner 2025 zu ermöglichen. Die Mitte Dezember 2024 kundgemachte Gesundheitsdokumentationsverordnung legte das Inkrafttreten der darin normierten Bestimmungen für den gesamten niedergelassenen Bereich erst mit Jänner 2026 fest. ([TZ 7](#))

Für eine ansatz- bzw. näherungsweise Darstellung des PAIS-Geschehens in Österreich zog der RH u.a. Arbeitsunfähigkeitsmeldungen der Österreichischen Gesundheitskasse (**ÖGK**), Maßnahmen der Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**) im Bereich ambulante und stationäre Rehabilitation und Daten aus dem Bereich der Fondskrankenanstalten heran. Bei der Auswahl der Datenquellen orientierte sich der RH an parlamentarischen Anfragebeantwortungen des Gesundheitsministers, er beschränkte sich bei seinen Auswertungen auf die drei mit dem Gesundheitsministerium abgestimmten und auch im Aktionsplan PAIS genannten PAIS-Diagnosen. ([TZ 7](#))

So waren bei der ÖGK im Zeitraum Jänner 2020 bis Ende Juni 2024 104.199 abgeschlossene Arbeitsunfähigkeitsmeldungen mit PAIS-Diagnosen erfasst, davon 90 % in den Jahren 2021 und 2022. Drei Viertel der 104.199 abgeschlossenen PAIS-Arbeitsunfähigkeitsmeldungen dauerten maximal zehn Tage, 90 % maximal 25 Tage. Die PVA erfasste für PAIS-Diagnosen von 2019 bis 2024 14.240 Rehabilitationsaufenthalte (2.700 ambulant, 11.540 stationär). Ambulante PAIS-Rehabilitationsaufenthalte stiegen von 2021 bis 2024 auf das 3,6-Fache (705 Aufenthalte) an, stationäre PAIS-Rehabilitationsaufenthalte erreichten im Jahr 2022 mit 4.425 Aufenthalten den Höhepunkt und sanken danach stetig (2024: 1.814 Aufenthalte). Ein Vergleich von Zuweisungsdiagnosen mit Entlassungsdiagnosen ergab etwa, dass bei G93.3 Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom von 1.082 stationären Rehabilitationsaufenthalten nur 42 % ihre Diagnose behielten, bei U09.9 Post-Covid-19-Zustand von 1.387 Rehabilitationsaufenthalten nur 33 %. Dies, obwohl laut PVA eine gute Abklärung im Vorfeld zweckmäßig sei, um die Zuweisung zielgerichtet vornehmen zu können. ([TZ 9](#), [TZ 11](#))

In Fondskrankenanstalten gab es 2018 bis 2023 2.737 stationäre Aufenthalte mit PAIS-Hauptdiagnosen, davon 74 % in den Jahren 2021 und 2022; als Zusatzdiagnose wurden PAIS bei 9.168 Aufenthalten erfasst. Im spitalsambulanten Bereich verzeichneten die Fondskrankenanstalten im genannten Zeitraum 4.266 PAIS-Besuche; im Unterschied zum stationären Bereich war im spitalsambulanten Bereich jedoch erst ab 2025 bundesweit verpflichtend für jeden ambulanten Besuch mindestens eine Diagnose nach ICD-10 zu codieren. ([TZ 12](#))



Ausgewählte Leistungen

Der RH analysierte ausgewählte Geld-, Sach- bzw. Verwaltungsleistungen der ÖGK, der PVA und des Bundes unter dem Aspekt von PAIS. Er orientierte sich dabei an Leistungen, die (teilweise) eine diagnosebezogene Auswertung zuließen, im Aktionsplan PAIS oder in parlamentarischen Anfragebeantwortungen des Gesundheitsministers thematisiert wurden. Dies betraf etwa Pflegegeld, Krankengeld, Rehabilitationsgeld und Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension als Geldleistungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen als Sachleistung und Behindertenpass als Verwaltungsleistung. PAIS-Betroffene hatten, sofern sie die allgemein gültigen Voraussetzungen erfüllten, etwa Anspruch auf diese Geld-, Sach- bzw. Verwaltungsleistungen der Sozialversicherung und des Bundes. Die vom RH analysierten Leistungen unterschieden im Zugang oder in den Anspruchsvoraussetzungen nicht zwischen PAIS-Betroffenen oder anderen anspruchsberechtigten Personen. Zwischen Jänner 2020 und Juni 2024 bezogen 176 PAIS-Betroffene Rehabilitationsgeld. Im Zeitraum 2019 bis 2024 wurde 313 PAIS-Betroffene eine Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension zugesprochen. Die Daten zum Pflegegeld waren insofern unvollständig, als eine qualitätsgesicherte Erfassung der ICD-10-Diagnosen bei Pflegegeldbegutachtungen nicht vorgesehen war. Soweit Diagnosen für die PVA beim Pflegegeld auswertbar waren, stellten sich die Daten wie folgt dar: Im Zeitraum 2019 bis Juni 2024 erhielten 168 PAIS-Betroffene Pflegegeld zuerkannt. Davon waren 139 Personen in den Pflegegeldstufen 1 oder 2 und fünf Personen in den Pflegegeldstufen 5 bis 7. ([TZ 8](#))

Der Behindertenpass diente dem Nachweis einer Behinderung, gewährte selbst aber keine Geld- oder Sachleistungen. Ob und in welchem Ausmaß z.B. Vergünstigungen bzw. Zuwendungen bei Vorliegen eines gültigen Behindertenpasses gewährt wurden, regelten die jeweiligen Materiengesetze. Das Sozialministeriumservice führte die Verfahren zur Feststellung des Grades der Behinderung. PAIS-Diagnosen waren aus den Behindertenpassverfahren elektronisch nicht auswertbar. Die Vorgaben für das Sozialministeriumservice waren in der Einschätzungsverordnung geregelt. Das Gesundheitsministerium lehnte ein Ansuchen vom Jänner 2024 um Aufnahme der Erkrankung „Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue Syndrom“ (ME/CFS) ICD-10 G93.3 in die Anlage zur Einschätzungsverordnung“ im Oktober 2024 mit der Begründung ab, dass es bei der Beurteilung des Grades der Behinderung nicht auf die Diagnose, sondern auf die Auswirkungen der jeweiligen Funktionsbeeinträchtigungen ankomme. Bei Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen, die nicht in der Anlage angeführt seien, sei der Grad der Behinderung gemäß Einschätzungsverordnung in Analogie zu vergleichbaren Funktionsbeeinträchtigungen festzulegen. ([TZ 13](#))



Der Nationale Aktionsplan Behinderung 2022–2030 machte darauf aufmerksam, dass die Einschätzungsverordnung einen defizitorientierten Ansatz verfolge. Das Vorhaben des Gesundheitsministeriums, die wissenschaftlichen Kenntnisse zu ME/CFS in die im Nationalen Aktionsplan Behinderung 2022–2030 vorgesehene Weiterentwicklung der Einschätzungsverordnung und den damit verbundenen Diskussionsprozess einfließen zu lassen, hielt der RH für zweckmäßig. (TZ 13)

Begutachtungen

Für die Zuerkennung etwa von Pflegegeld, Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension oder Behindertenpass war in vielen Fällen eine medizinische (d.h. ärztliche oder pflegerische) Begutachtung der Antragstellerinnen und Antragsteller durch die PVA bzw. das Sozialministeriumservice notwendig. Medizinische Gutachten dienten der Sachverhaltsfeststellung und stellten eine wesentliche Entscheidungsgrundlage dar. Allerdings hatten weder die PVA noch das Sozialministeriumservice besondere Vorgaben für Gutachten zu PAIS. (TZ 15)

Das Sozialministeriumservice veranlasste für die Erstellung von Gutachten, mit Einzelfallausnahmen, keine Hausbesuche; die Begutachtung fand in den jeweiligen Landesstellen oder in Arztpraxen statt. Die PVA führte Begutachtungen zu Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension in Begutachtungskompetenzzentren durch. Hausbesuche würden laut PVA „tunlichst“ im Bereich des Pflegegelds durchgeführt, im Bereich der Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension waren solche nur in Ausnahmefällen möglich. Bei einer Kombination von Anträgen auf Pflegegeld und Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension konnten laut PVA die im häuslichen Umfeld erhobenen Pflegegeldgutachten in manchen Fällen auch für die Entscheidung über die Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension herangezogen werden. Dies entschied die PVA individuell. Für (stark) mobilitätseingeschränkte Personen waren bei PVA und Sozialministeriumservice Krankentransporte möglich. Weder bei der PVA noch beim Sozialministeriumservice gab es schriftliche Vorgaben (z.B. Prozesse) zur Möglichkeit von Hausbesuchen. Zudem hatte die PVA – im Unterschied zum Sozialministeriumservice – keine vorab definierten Richtlinien, unter welchen Voraussetzungen z.B. Gutachten ohne persönliche Begutachtung erfolgen konnten. Die PVA und zuweilen auch das Sozialministeriumservice beriefen sich auf die ärztliche Fortbildungsverpflichtung ihrer Gutachterinnen und Gutachter. Nach Ansicht des RH sollte die fachliche Fortbildung zur Sicherstellung von qualitätsvollen Gutachten jedoch nicht nur den ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern selbst, sondern auch den verfahrensführenden Stellen obliegen, die diese Gutachten beauftragten. (TZ 15, TZ 16)



Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz

- Gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung wären
 - unter Einbindung der Österreichischen Ärztekammer geeignete Maßnahmen zu forcieren, um die Datenlage zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS) in Österreich zu verbessern. Dies auch, um den Bedarf an einer zielgerichteten Versorgung der PAIS-Patientinnen und -Patienten auf Basis einer zuverlässigen Versorgungsplanung definieren und diese in der Folge umsetzen zu können.
 - Dabei wäre zu prüfen, ob Register eine Möglichkeit wären, um die PAIS-Datenlage langfristig und nachhaltig weiterzuentwickeln.
 - Als kurzfristige Maßnahme wäre auch die Durchführung epidemiologischer Studien zu prüfen.
 - Die Vor- und Nachteile etwaiger Maßnahmen wären dabei auch im Hinblick auf einen effizienten und effektiven Maßnahmenmix und Ressourceneinsatz zu analysieren. (TZ 3)
- Gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung wäre – ausgehend vom Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS) und unter Berücksichtigung der Arbeiten des Nationalen Referenzzentrums für postvirale Syndrome – zeitnah eine länderübergreifende Gesamtstrategie für eine adäquate PAIS-Versorgung zu erarbeiten. Dabei wäre u.a. auch im Hinblick auf die lückenhafte Datenlage (TZ 3) und die unklare Definition von PAIS (TZ 2) auf einen effizienten und effektiven Ressourceneinsatz unter Berücksichtigung bestehender Angebote zu achten. (TZ 6)
- Vor einer etwaigen erneuten Ausschreibung des Nationalen Referenzzentrums für postvirale Syndrome wären die Leistungsanforderungen zu evaluieren; insbesondere wären das Leistungsprofil auf seine Zweckmäßigkeit und ein Anpassungsbedarf betreffend Datenmanagement und -analyse zu prüfen; gegebenenfalls wären die hierfür erforderlichen rechtlichen Grundlagen zu schaffen. (TZ 21)



Pensionsversicherungsanstalt

- Es wäre zu analysieren, wie Zuweisungen zu Rehabilitationseinrichtungen zielgerichteter vorgenommen werden könnten, um einen optimalen Rehabilitationsaufenthalt sicherzustellen. In diese Analyse wären auch die Verkürzungen und Verlängerungen von PAIS-Rehabilitationsaufenthalten miteinzubeziehen. (TZ 11)

Sozialministeriumservice und Pensionsversicherungsanstalt

- Im Interesse der Nachvollziehbarkeit wären vorab Kriterien schriftlich festzulegen, wann welche Art der Begutachtung – insbesondere persönliche Begutachtungen wie Hausbesuche oder z.B. in Begutachtungskompetenzzentren – grundsätzlich zur Anwendung kommen sollte. Dabei wären auch die Art der Erkrankung, die im Gutachten zu beurteilende Frage, die gesetzlichen Vorgaben und die personellen und finanziellen Ressourcen der Pensionsversicherungsanstalt bzw. des Sozialministeriumservice zu berücksichtigen. (TZ 15)



Versorgung von Personen
mit postakuten Infektionssyndromen



Zahlen und Fakten zur Prüfung

Versorgung von Personen mit postakuten Infektionssyndromen (PAIS)						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ausgewählte PAIS-Kennzahlen¹	Anzahl					
Arbeitsunfähigkeitsmeldungen (Österreichische Gesundheitskasse)	- ²	485	19.087	75.016	7.421	2.190 ³
ambulante Besuche in Fonds- krankenanstalten ⁴	75	65	1.020	1.948	1.147	- ⁵
stationäre Aufenthalte in Fonds- krankenanstalten ⁶	498	403	3.437	4.694	2.342	- ⁵
ambulante Rehabilitationen ⁶ (Pensionsversicherungsanstalt)	0	0	196	869	930	705
stationäre Rehabilitationen ⁶ (Pensionsversicherungsanstalt)	20	22	2.116	4.425	3.143	1.814

¹ Den Auswertungen lagen die drei ICD-10-Codes „G93.3 Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom“, „G90.8 Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems“ und „U09.9 Post-Covid-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“ zugrunde ([TZ 9](#), [TZ 11](#), [TZ 12](#)).

ICD-10 = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation); weltweit anerkanntes System zur einheitlichen Benennung von medizinischen Diagnosen.

² Daten aufgrund der Fusion der Gebietskrankenkassen erst ab 2020 vorhanden

³ bis 30. Juni 2024

⁴ Laut Gesundheitsministerium würden die spitalsambulanten Daten mangels Codierungsverpflichtung das tatsächliche PAIS-Geschehen möglicherweise nicht vollständig abbilden ([TZ 12](#)).

⁵ zur Zeit der Geburungsüberprüfung noch keine endgültigen Daten für 2024 verfügbar

⁶ Haupt- und Zusatzdiagnosen

Quellen: BMSGPK; DIAG; ÖGK; PVA; bezughabende Rechtsquellen



Versorgung von Personen
mit postakuten Infektionssyndromen



Prüfungsablauf und -gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte von Juli 2024 bis März 2025 die Versorgung von Personen mit postakuten Infektionssyndromen (**PAIS**). Mitentscheidend für die Themenauswahl waren Hinweise aus dem Bürgerbeteiligungsverfahren des RH, u.a. die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom (**ME/CFS**) zu überprüfen.

(2) PAIS sind laut Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS) (in der Folge: **Aktionsplan PAIS**) Erkrankungen, bei denen u.a. neurologische, kardiovaskuläre und immunologische Symptome nach einer akuten Infektion bestehen bleiben oder neu auftreten. Das Gesundheitsministerium veröffentlichte den Aktionsplan PAIS im November 2024. Der RH geht darauf u.a. in [TZ 19](#) und [TZ 20](#) näher ein.

Im Herbst 2024 nahm das Nationale Referenzzentrum für postvirale Syndrome (in der Folge: **Nationales Referenzzentrum**) an der Medizinischen Universität Wien seine Arbeit auf ([TZ 21](#)).

(3) Überprüfte Stellen waren das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**)¹⁰, der Dachverband der Sozialversicherungsträger, das Sozialministeriumservice, die Österreichische Gesundheitskasse (**ÖGK**) und die Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**). Darüber hinaus führte der RH u.a. Erhebungen bei der Gesundheit Österreich GmbH (**GÖG**) und bei den Ländern durch.

(4) Prüfungsziele waren

- die Darstellung und Beurteilung der Datenlage und -qualität für PAIS,
- die Darstellung und Beurteilung von Maßnahmen des Bundes, u.a. Aktionsplan PAIS, Nationales Referenzzentrum,
- die Erhebung und Darstellung von Versorgungsangeboten für PAIS sowie
- die Analyse ausgewählter sozialrechtlicher Aspekte im Zusammenhang mit PAIS (u.a. Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, Grad der Behinderung und Behinderungenpass, Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension).

Dieser Fokus stand im Einklang mit dem Ziel 3 der Agenda 2030 der Vereinten Nationen für nachhaltige Entwicklung: ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters zu gewährleisten und ihr Wohlergehen zu fördern.

¹⁰ Im überprüften Zeitraum wechselte die Ressortbezeichnung des für Gesundheit zuständigen Ministeriums mehrmals. Siehe dazu Anhang A; der RH verwendet in der Folge einheitlich die Bezeichnung **Gesundheitsministerium**. Seine Empfehlungen richtet er infolge der mit 1. April 2025 in Kraft getretenen Bundesministeriengesetz-Novelle 2025, BGBl. I 10/2025, an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.



(5) Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2019 bis 2023. Bei Bedarf ging der RH auch auf frühere bzw. spätere Entwicklungen bis Jahresanfang 2025 ein.

(6) Die Kontrolle durch den RH ist keine vorab durchzuführende oder begleitende, sondern eine ausschließlich nachgängige, d.h. eine Ex-post-Kontrolle. Dem RH ist von Verfassungs wegen somit nur die Prüfung von abgeschlossenen Vorgängen der Gebarung mit öffentlichen Geldern gestattet. Dadurch wird sichergestellt, dass er nicht in operative Abläufe im Sinne einer begleitenden Kontrolle eingebunden ist und dass er unabhängig bleibt. Insofern und vor dem Hintergrund, dass Forschung und Datenlage zu PAIS oder Behandlungen dieser Erkrankungen aufgrund laufend neuer (medizinischer) Erkenntnisse von hoher Dynamik geprägt sind, fokussiert der RH in diesem Bericht auf die zeitnahe Beurteilung der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung vorhandenen Faktenlage und bestehenden Angebote zu PAIS.

Im Hinblick auf die zentrale Aufgabe des RH, Transparenz und Rechenschaft über öffentliche Mittel objektiv sicherzustellen, handelt er dabei von den überprüften Stellen unabhängig sowie eigenständig und leitet faktenbasiert Beurteilungen und Empfehlungen gemäß seinen Prüfungsmaßstäben Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit sowie Rechtmäßigkeit ab. Dies auch im Unterschied zu Rolle und Zielen von Betroffenen-Initiativen oder Interessengruppen oder von für den Aufgabenvollzug verantwortlichen Stellen auf Bundes- und Landesebene.

(7) Zu dem im Juli 2025 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die ÖGK und die PVA im September 2025 sowie das Gesundheitsministerium im September 2025 und im Oktober 2025 Stellung; die Stellungnahme des Gesundheitsministeriums umfasste auch die Empfehlungen an das Sozialministeriumservice. Der Dachverband der Sozialversicherungsträger verzichtete auf eine Stellungnahme. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen an das Gesundheitsministerium, die ÖGK und die PVA im Jänner 2026.



Überblick und Definition

2.1 (1) PAIS war ein Sammelbegriff für diverse Krankheitsbilder, die gemäß dem vom Gesundheitsministerium im November 2024 veröffentlichten Aktionsplan PAIS ([TZ 19](#), [TZ 20](#)) nach einer viralen oder bakteriellen Infektion auftreten konnten. Kennzeichnend für PAIS-Betroffene war laut Fachliteratur, dass sie sich – ohne dass dies erklärbar war – nicht von einer Infektion erholten. Verschiedene Symptome wie Belastungsintoleranz, unverhältnismäßige Müdigkeit, Beeinträchtigungen des Nerven- oder Immunsystems, grippeähnliche Symptome und eine Vielzahl unspezifischer Symptome waren charakteristisch für diese Krankheitsbilder.¹¹

(2) Krankheitsbilder, die zu PAIS zählten, waren laut Aktionsplan PAIS u.a. „postakute virale oder postakute infektiöse Syndrome nach SARS-CoV-2“ (Long/Post COVID, siehe Klammerpunkt (3) in dieser TZ), ME/CFS (siehe Klammerpunkt (4) in dieser TZ), die chronische Epstein-Barr-Virus-Infektion oder auch das posturale orthostatische Tachykardiesyndrom (POTS). Sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche konnten betroffen sein. In Fachliteratur wurde aufgrund der Aktualität vor allem Long/Post COVID in diesem Zusammenhang diskutiert. Da ME/CFS als schwere Verlaufsform von Long/Post COVID auftreten konnte, ging Fachliteratur von einem Anstieg der Betroffenenzahl als Folge der COVID-19-Pandemie aus.

Obwohl PAIS laut Aktionsplan PAIS schon lange bekannt waren, gab es zur Zeit der Geburungsüberprüfung noch keinen (internationalen) Konsens über eine klare Definition. Daher empfahl der Aktionsplan PAIS die „Pragmatische Einigung auf die einheitliche Verwendung einer Definition von PAIS in Österreich“.

In Österreich stellte zur Zeit der Geburungsüberprüfung die „Leitlinie S1 für das Management postviraler Zustände am Beispiel Post-COVID-19“ (in der Folge: **Leitlinie S1**)¹² aus dem Jahr 2023 Informationen zum Kenntnisstand zu postviralen Zuständen zur Verfügung. Die Leitlinie S1 enthielt vor allem Informationen im Zusammenhang mit Versorgung, Diagnostik, therapeutischen Optionen, Patientenführung sowie zur Rehabilitation von postviralen Zuständen. Das Krankheitsbild ME/CFS wurde darin – so die Leitlinie S1 – aufgrund seiner Komplexität nicht umfassend behandelt. Informationen zum Krankheitsbild ME/CFS wurden in Österreich u.a. durch das interdisziplinäre, kollaborative D-A-CH Konsensus Statement zur Diagnostik und Behandlung von ME/CFS (in der Folge: **D-A-CH Konsensus Statement**)¹³ zur Verfügung gestellt.

¹¹ *Choutka et al.*, Unexplained post-acute infection syndromes, nature medicine 2022, 911; Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Hrsg.), Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS) (2024)

¹² *Rabady et al.*, Leitlinie S1 für das Management postviraler Zustände am Beispiel Post-COVID-19, Wiener klinische Wochenzzeitung 2023, 525

¹³ *Hoffmann et al.*, Interdisziplinäres, kollaboratives D-A-CH Konsensus-Statement zur Diagnostik und Behandlung von Myalgischer Enzephalomyelitis/Chronischem Fatigue-Syndrom, Wiener klinische Wochenzzeitung 2024, 103



(3) Der Begriff „Long COVID“ wurde laut Leitlinie S1 ursprünglich in den Sozialen Medien von Patientinnen und Patienten verwendet, die anhaltende Symptome nach einer COVID-19-Infektion hatten. In der Literatur tauchten mit der Zeit diverse Begriffe für Personen mit Folgeerscheinungen nach einer COVID-19-Infektion auf. Zu finden waren u.a. Post COVID, Long/Post COVID, Post-COVID-Zustand und Post-COVID-Syndrom. Die Leitlinie S1 verwendete den Begriff Long/Post COVID zum besseren Verständnis, wies jedoch auf den lediglich beschreibenden Charakter des Begriffs hin.

Auf EU-Ebene wurde im Rahmen der Arbeiten des Network of Expertise on Long COVID (**NELC**) – einer Untergruppe der Public Health Expert Group der Europäischen Kommission – an sieben „specific actions“ gearbeitet. Dazu zählte u.a. die Festlegung einer Definition. Das Gesundheitsministerium brachte fachlichen Input ein und nahm an einer Umfrage des NELC teil. Es bekundete zudem sein Interesse an einer fachlichen Mitarbeit bei den „specific actions“. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren diese Arbeiten noch nicht abgeschlossen und es existierten verschiedene Definitionen parallel, weil noch keine Vereinheitlichung der Nomenklatur erreicht wurde. Unterschieden wurde u.a. je nach Dauer der anhaltenden Symptome. Häufig verwendete Definitionen waren z.B.:

Tabelle 1: Häufig verwendete Definitionen für Folgeerscheinungen nach einer COVID-19-Infektion (Auswahl)

Institution	Bezeichnung	Definition
World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)	Post COVID-19 condition (Post-COVID-19-Zustand)	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbestehen oder Entwicklung neuer Symptome drei Monate nach einer COVID-19-Infektion • keine andere Diagnose für die mindestens zwei Monate anhaltenden Symptome
National Institute for Health and Care Excellence (Vereinigtes Königreich)	Acute COVID-19 (Akuterkrankung COVID-19)	<ul style="list-style-type: none"> • Anzeichen und Symptome von COVID-19 bis zu vier Wochen
	Ongoing symptomatic COVID-19 (anhaltende Symptome von COVID-19)	<ul style="list-style-type: none"> • Anzeichen und Symptome von COVID-19 zwischen vier und zwölf Wochen
	Post-COVID-19 syndrome (Post-COVID-19-Syndrom)	<ul style="list-style-type: none"> • Anzeichen und Symptome, die während oder nach einer COVID-19-Infektion entstanden, mehr als zwölf Wochen anhielten und nicht anders erklärt werden konnten
Centers for Disease Control and Prevention (USA)	Long COVID	<ul style="list-style-type: none"> • chronischer Zustand nach einer COVID-19-Infektion, der mindestens drei Monate bestand

Quellen: WHO; NICE; CDC; Zusammenstellung: RH

Die Leitlinie S1 folgte den Definitionen des britischen National Institute for Health and Care Excellence (**NICE**). Sie verwendete – in Anlehnung an internationale Literatur – die gebräuchlichsten Begriffe für anhaltende Symptome nach einer COVID-19-Infektion synonym. Der RH verwendet in seinem Bericht, analog zur Leitlinie S1,



ebenfalls die gängigen Begriffe für anhaltende Symptome nach einer COVID-19-Infektion synonym bzw. je nach zugrunde liegender Quelle.

(4) Gemäß Aktionsplan PAIS wurde auch das Krankheitsbild ME/CFS den postakuten Infektionssyndromen zugeordnet und galt als schwere Verlaufsform von PAIS mit dem Leitsymptom Post-Exertionelle Malaise (**PEM**). Es handelte sich bei diesem Krankheitsbild um eine komplexe Multisystemerkrankung, für die zur Zeit der Geburtsüberprüfung noch keine spezifischen Biomarker¹⁴ in der Diagnostik existierten. Laut D-A-CH Konsensus Statement wurde die Krankheit daher „nach international konsentierten klinischen Kriterien wie den Kanadischen Konsensuskriterien [...] diagnostiziert“. Zu den gebräuchlichsten Kriterienkatalogen zählte – so der Bericht „ME/CFS – Aktueller Kenntnisstand“ des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (in der Folge: **IQWiG-Bericht 2023**)¹⁵ – auch der „Kriterienkatalog nach Fukuda (CDC 1994)“. Darüber hinaus wurden in der Praxis auch noch weitere Kriterienkataloge angewendet.¹⁶ In internationaler Literatur wurde zwischen vier Schweregraden von ME/CFS unterschieden (leicht, moderat, schwer, sehr schwer).

Laut Fachliteratur waren Frauen häufiger von ME/CFS betroffen als Männer. Zudem konnte das Krankheitsbild alle Altersgruppen betreffen.

(5) Laut Aktionsplan PAIS lieferten zur Zeit der Geburtsüberprüfung die drei ICD-10-Diagnosecodes „U09.9 Post-Covid-19-Zustand, nicht näher bezeichnet“ (in der Folge: **U09.9 Post-Covid-19-Zustand**), „G93.3 Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom“ (in der Folge: **G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom**) und „G90.8 Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems“ Hinweise auf das PAIS-Geschehen.

In Österreich war eine Diagnosecodierung nach ICD-10 zur Zeit der Geburtsüberprüfung nur im Krankenanstalten- und Rehabilitationsbereich (teilweise) verpflichtend (**TZ 11**, **TZ 12**). Eine Ausweitung auf den niedergelassenen Bereich war mit 1. Jänner 2026 geplant (**TZ 7**).

¹⁴ Zur Zeit der Geburtsüberprüfung lieferten aktuelle Forschungsergebnisse Hinweise auf mögliche Biomarker. Siehe dazu z.B. <https://science.orf.at/stories/3230210/> und <https://healthcare-in-europe.com/de/news/long-covid-genomdaten-bessere-diagnose-therapie.html> (beide abgerufen am 21. Mai 2025)

¹⁵ „Das unabhängige [...] IQWiG untersucht den Nutzen und den Schaden von medizinischen Maßnahmen für Patientinnen und Patienten.“ IQWiG, Myalgische Enzephalomyelitis / Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) – Aktueller Kenntnisstand (2023); siehe dazu <https://www.iqwig.de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele/> und <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/myalgische-enzephalomyelitis-chronic-fatigue-syndrome-me-cfs.html> (beide abgerufen am 18. Februar 2025).

¹⁶ Weitere gebräuchliche Kriterienkataloge waren z.B. die klinische Leitlinie für CFS/ME des britischen NICE, die internationalen Konsensuskriterien für ME und der Kriterienkatalog des Institute of Medicine.



- 2.2 Der RH hielt fest, dass es sich bei PAIS um Erkrankungen handelte, bei denen verschiedene Symptome nach einer akuten (virusalen oder bakteriellen) Infektion bestehen blieben oder neu auftraten. Zu PAIS zählten u.a. die Krankheitsbilder Long/Post COVID und ME/CFS.

Der Begriff „Long COVID“ beschrieb anhaltende Symptome nach einer COVID-19-Infektion. Zur Zeit der Geburtsüberprüfung existierten unterschiedliche Begriffe für Folgeerscheinungen nach einer COVID-19-Infektion und diverse Definitionen. Eine Vereinheitlichung der Terminologie in diesem Zusammenhang war noch nicht erreicht.

Der RH hielt fest, dass es sich bei ME/CFS um eine komplexe Multisystemerkrankung handelte, die u.a. durch das Leitsymptom PEM gekennzeichnet war und anhand verschiedener Kriterienkataloge diagnostiziert wurde.

Der Aktionsplan PAIS empfahl vor dem Hintergrund eines (international) fehlenden Konsenses die „Pragmatische Einigung auf die einheitliche Verwendung einer Definition von PAIS in Österreich“.

Der RH verwies auf die Bedeutung einer PAIS-Definition etwa im Hinblick auf Epidemiologie und Datenlage (TZ 3). Für ihn war das Streben nach einer einheitlichen Verwendung einer PAIS-Definition in Österreich als erster Schritt nachvollziehbar. Er wies auf die Bemühungen auf europäischer Ebene hin, etwa zur Festlegung einer Long-COVID-Definition.



Epidemiologie und Datenlage

3.1 (1) Die Ermittlung der epidemiologischen Lage zu PAIS bzw. Long/Post COVID und ME/CFS in Österreich war aufgrund fehlender umfassender Daten schwierig. Bei in Fachliteratur und Medien kommunizierten Daten zur Prävalenz handelte es sich um Schätzwerte, die auf internationalen Daten beruhten. Österreichische Daten lagen nur teilweise und mit Einschränkungen vor (TZ 7 bis TZ 9, TZ 11 bis TZ 14). Auch der Aktionsplan PAIS (TZ 19, TZ 20) verwies auf die unzureichende und uneinheitliche Datenlage zu PAIS.

Auf internationalen Daten basierende Schätzwerte wiesen eine hohe Schwankungsbreite auf und basierten häufig auf unterschiedlichen Grundgesamtheiten. Darüber hinaus unterschieden sich oftmals Studiendesigns und Studienpopulationen. Zudem lagen Prävalenzschätzungen häufig mehrere internationale Studien zugrunde. Die folgende Tabelle stellt ausgewählte – zur Zeit der Geburungsüberprüfung verfügbare – Prävalenzangaben dar:

Tabelle 2: Ausgewählte Prävalenzangaben zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS)

Quelle	Angabe zur Prävalenz	Prävalenz absolut (Region)	weitere Informationen zur Prävalenzangabe
Long/Post COVID			
• GÖG Ergebnisbericht: „Long COVID: Status quo, Problemlagen und Herausforderungen in der Versorgung“ (2022)	<ul style="list-style-type: none"> 10 % bis 20 % der COVID-19-PatientInnen mit Beschwerden mehr als sechs Wochen 2 % bis 5 % der COVID-19-PatientInnen mit Beschwerden mehr als zwölf Wochen 	–	<ul style="list-style-type: none"> keine zentrale Erfassung von Long-COVID-PatientInnen Prävalenzschätzungen im deutschsprachigen Raum ähnlich keine Angabe zur Datenbasis
• Leitlinie S1 für das Management postviraler Zustände am Beispiel Post-COVID-19 (2023)	<ul style="list-style-type: none"> 2,3 % bis über 80 % auf Basis verschiedener Grundgesamtheiten 	–	<ul style="list-style-type: none"> keine Quantifizierung möglich deutliche Schwankungsbreite der Häufigkeit von Long COVID in der verfügbaren internationalen Literatur
• Deutsche S1-Leitlinie „Long/Post-Covid“ (2024)	<ul style="list-style-type: none"> 2,9 % der Gesamtbevölkerung im Vereinigten Königreich 	–	<ul style="list-style-type: none"> Prävalenzangabe auf Basis einer Erhebung des ONS (Vereinigtes Königreich)
• Website des Robert Koch Instituts (Update 2025)	<ul style="list-style-type: none"> 5 % bis 10 % der COVID-19-PatientInnen (WHO-Falldefinition) 	–	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung kontrollierter Studien schwierig Basis der Prävalenzangabe: vorliegende bevölkerungsbasierte (internationale) Kohortenstudien



Quelle	Angabe zur Prävalenz	Prävalenz absolut (Region)	weitere Informationen zur Prävalenzangabe
<ul style="list-style-type: none"> ONS (Vereinigtes Königreich) Prävalenzstudien: „Prevalence of ongoing symptoms following coronavirus (COVID-19) infection in the UK: 30 March 2023“ (2023); „Self-reported coronavirus (COVID-19) infections and associated symptoms, England and Scotland: November 2023 to March 2024“ (2024) 	<ul style="list-style-type: none"> 2,9 % der Gesamtbevölkerung im Vereinigten Königreich 3,3 % der Bevölkerung in England und Schottland 	–	<ul style="list-style-type: none"> landesweite (Vereinigtes Königreich) Umfrage zur Selbsteinschätzung von Long COVID im Jahr 2023 Umfrage zur Selbsteinschätzung von Long COVID in England und Schottland, November 2023 bis März 2024
<ul style="list-style-type: none"> OECD: „The impacts of long COVID across OECD countries“ (2024) 	<ul style="list-style-type: none"> 10 % bis 30 % der COVID-19-PatientInnen 	<ul style="list-style-type: none"> 39 Mio. bis 117 Mio. Personen (OECD) 	<ul style="list-style-type: none"> Ermittlung der genauen Prävalenz schwierig Prävalenzangaben basierten auf internationalen Studien Personen mit anhaltenden Symptomen über zwölf Wochen nach COVID-19-Infektion (entspricht der Definition gemäß NICE, <u>TZ 2</u>)
<ul style="list-style-type: none"> Website der WHO: „Post COVID-19 condition (Long COVID)“ (Update 2022) 	<ul style="list-style-type: none"> 10 % bis 20 % der COVID-19-PatientInnen 	<ul style="list-style-type: none"> 17 Mio. Personen in der WHO Europa Region (2020 bis 2021) 	<ul style="list-style-type: none"> exakte Daten konnten nicht ermittelt werden Prävalenzangaben basierten auf mehreren Studien
ME/CFS			
<ul style="list-style-type: none"> D-A-CH Konsensus Statement (2024) MUW et al.: Praxisleitfaden (2024) 	<ul style="list-style-type: none"> 0,3 % bis 0,9 % der Gesamtbevölkerung 	<ul style="list-style-type: none"> 26.000 bis 80.000 Personen in Österreich, Schweiz 140.000 bis 310.000 Personen in Deutschland 	<ul style="list-style-type: none"> keine genauen Daten für Österreich, Deutschland, Schweiz Prävalenzangaben präpandemisch, basierten auf internationalen Studien Annahme: Verdoppelung als Folge der COVID-19-Pandemie
<ul style="list-style-type: none"> IQWiG (Deutschland): „Myalgische Enzephalomyelitis/ Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) – Aktueller Kenntnisstand“ (2023) 	–	<ul style="list-style-type: none"> 140.000 bis 310.000 Personen in Deutschland 	<ul style="list-style-type: none"> Prävalenzangaben basierten auf vier internationalen Studien, die Kriterienkataloge mit dem Leitsymptom PEM verwendeten präpandemische Schätzung Anstieg nach COVID-19-Pandemie erschien plausibel
<ul style="list-style-type: none"> Website des deutschen BMG (Update 2022) 	–	<ul style="list-style-type: none"> 250.000 Personen in Deutschland 	<ul style="list-style-type: none"> Prävalenzangabe präpandemisch keine Angabe zur Datenbasis
<ul style="list-style-type: none"> deutsche KBV: „Öffentliche Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Dt. Bundestages am 19. April 2023“ 	–	<ul style="list-style-type: none"> 350.000 bis 400.000 Personen in Deutschland 2018 bis 2019 500.000 Personen in Deutschland 2021 	<ul style="list-style-type: none"> Behandlungsfälle mit der Diagnose G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom nach ICD 10-GM in Deutschland



Quelle	Angabe zur Prävalenz	Prävalenz absolut (Region)	weitere Informationen zur Prävalenzangabe
<ul style="list-style-type: none"> • Website CDC (USA) (Update 2024) • CDC: „Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome in Adults: United States, 2021 – 2022“ 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,3 % der Erwachsenen 	<ul style="list-style-type: none"> • 836.000 bis 3,3 Mio. Personen in den USA 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Angabe zur Datenbasis auf Website • Basis der Prozent-Prävalenzangabe war national repräsentative Haushaltsbefragung in USA

BMG = Bundesministerium für Gesundheit (Deutschland); CDC = Centers for Disease Control and Prevention; D-A-CH = Deutschland, Österreich und Schweiz; GÖG = Gesundheit Österreich GmbH; ICD 10-GM = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, German Modification; IQWiG = Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen; KBV = Kassenärztliche Bundesvereinigung (Deutschland); MUW = Medizinische Universität Wien; NICE = National Institute for Health and Care Excellence; OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development; ONS = Office for National Statistics; PEM = Post-Exertionelle Malaise; WHO = World Health Organization

Zusammenstellung: RH

Zur Schätzung der Häufigkeit von ME/CFS in Österreich verwiesen sowohl der Praxisleitfaden „Care for ME/CFS“ (2024) (in der Folge: **Praxisleitfaden**)¹⁷ als auch das D-A-CH Konsensus Statement auf eine systematische Übersichtsstudie¹⁸ aus dem Jahr 2020. Diese Arbeit ermittelte ME/CFS-Prävalenzen für unterschiedliche Personengruppen und Diagnosemethoden sowie -kriterien. Die Ergebnisse variierten stark je nach Diagnoseart und angewendeten Diagnosekriterien. In den in der Studie verwendeten Daten wurden Patientinnen und Patienten am häufigsten anhand des Kriterienkatalogs nach Fukuda (CDC 1994) identifiziert, bei dessen Anwendung würde laut Studie eine Prävalenz von 0,89 % in der Gesamtbevölkerung ermittelt. Dies entspreche laut D-A-CH Konsensus Statement und Praxisleitfaden rd. 80.000 Personen in der österreichischen Bevölkerung vor der COVID-19-Pandemie. Laut Nationalem Referenzzentrum handle es sich bei dieser Studie um die zur Zeit der Geburtsüberprüfung aktuellste und umfassendste systematische Übersichtsstudie. Aufgrund der stark variierenden Ergebnisse sei von einem breiten Spektrum (0,3 % bis 0,9 % der Gesamtbevölkerung) ausgegangen worden.

Um den Kenntnisstand zu ME/CFS zu ermitteln, beauftragte das deutsche Bundesministerium für Gesundheit eine Studie beim IQWiG. Die Ergebnisse wurden im IQWiG-Bericht 2023 veröffentlicht: Die Schätzung des Instituts lag bei 140.000 bis 310.000 Betroffenen in Deutschland vor der COVID-19-Pandemie. Als Basis für die Berechnung wurden vier unterschiedliche wissenschaftliche Studien verwendet. Ein Anstieg nach der COVID-19-Pandemie erscheine laut Bericht plausibel, sei jedoch nicht quantifizierbar.

¹⁷ siehe dazu <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueber-uns/news/2024/me/cfs-neuer-praxisleitfaden-erschienen/> (abgerufen am 23. Juni 2025)

¹⁸ Lim et al., Systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME), Journal of Translational Medicine 2020, <https://translational-medicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12967-020-02269-0> (abgerufen am 18. Februar 2025)



(2) Der Mangel an präzisen bzw. umfassenden Daten zur Häufigkeit von PAIS war auf diverse Herausforderungen zurückzuführen. Dazu zählten u.a.:

(a) Definition

Obwohl PAIS schon lange bekannt waren, gab es noch keine Einigung auf eine einheitliche und konkrete Definition (TZ 2). Die Anwendung unterschiedlicher Definitionen von Long/Post COVID in verschiedenen Studien könnte laut Fachliteratur außerdem zu Schwierigkeiten beim Vergleich dieser Studien führen. Gemäß Leitlinie S1 sei die enorme Schwankungsbreite der Long-COVID-Prävalenzdaten mit großer Wahrscheinlichkeit auf die Anwendung unterschiedlicher Definitionskriterien und Forschungsmethoden zurückzuführen. Laut IQWiG-Bericht 2023 zum aktuellen Kenntnisstand von ME/CFS sei das Vorliegen von PEM in aktuellen Kriterienkatalogen zur Diagnose von ME/CFS unerlässlich, der fehlende internationale Konsens zur Definition von PEM jedoch ein Hindernis.

(b) Diagnosecodierung

Eine Codierung nach ICD-10 war bis Ende 2024 nur im Krankenanstalten- und Rehabilitationsbereich (teilweise) verpflichtend (TZ 7, TZ 11, TZ 12). Die ab 2025 geplante Ausweitung auf den niedergelassenen ambulanten Bereich wurde auf Jänner 2026 verschoben (TZ 7).

Seit 2021 gab es den ICD-10-Code U09.9 Post-Covid-19-Zustand. Diese Codierung würde jedoch gemäß dem Bericht „Long COVID: Status quo, Problemlagen und Herausforderungen in der Versorgung“ der GÖG aus dem Jahr 2022 in der Praxis nicht immer umgesetzt. In der Leitlinie S1 wurde ebenfalls dargelegt, dass die Qualität der Codierung für Long/Post COVID uneinheitlich sei. Auch international gebe es laut OECD keine weitverbreitete und systematische Verwendung der ICD-Codierung für Long COVID. Laut Nationalem Referenzzentrum sei ein Problem bei der Diagnosecodierung von ME/CFS, dass für bestimmte Symptome, wie PEM, kein spezifischer Diagnosecode existiere. Zudem gebe es für viele PAIS keinen eigenen ICD-10-Code.

(c) Diagnosekriterien

Bei der Diagnose von ME/CFS konnte die Anwendung von verschiedenen Diagnosekriterien (TZ 2) zu unterschiedlichen Prävalenzschätzungen führen. Gemäß IQWiG-Bericht 2023 zum aktuellen Kenntnisstand von ME/CFS berücksichtige die Mehrzahl der epidemiologischen Studien Daten, die auf Basis des Kriterienkatalogs nach Fukuda (CDC 1994) identifiziert wurden. Bei diesen Kriterien war das Leitsymptom PEM für die Diagnose nicht erforderlich. In Österreich lag der Fokus gemäß D-A-CH-Konsensus Statement bei der Diagnose von ME/CFS auf den Kanadischen Konsen-



suskriterien, bei denen PEM ein Hauptkriterium darstellte. ME/CFS-Kriterien, die das Leitsymptom PEM nicht berücksichtigten, seien laut D-A-CH Konsensus Statement veraltet.

(d) Diagnoseart

Prävalenzschätzungen für ME/CFS unterschieden sich auch je nach Art der Diagnose. Laut IQWiG-Bericht 2023 zum aktuellen Kenntnisstand von ME/CFS führe die Einschätzung durch Ärztinnen und Ärzte möglicherweise zu einer Unterschätzung der Prävalenz, die Einschätzung durch Patientinnen und Patienten selbst zu einer Überschätzung.

(e) Fehldiagnosen bzw. fehlende Diagnosen

Für ME/CFS-Betroffene sei es laut D-A-CH Konsensus Statement oft schwierig, die korrekte Diagnose zu bekommen. Laut Fachliteratur seien 84 % bis 90 % der ME/CFS-Patientinnen und -Patienten nicht oder fehldiagnostiziert und rund ein Viertel der Betroffenen sei ans Haus gebunden oder bettlägerig. Es wurde angenommen, dass diese Personengruppe an Studien und Befragungen oft nicht teilnehmen konnte, was eine Prävalenzschätzung zusätzlich erschwere.

(3) Das „Manifest Empfehlung zur Versorgung vom Menschen mit postakuten Infektionssyndromen (PAIS)“ (in der Folge: **Manifest**; [TZ 4](#), [TZ 19](#)) des Arbeitskreises „spezifische Anlaufstellen“ (in der Folge: **PAIS-Arbeitskreis**; [TZ 4](#), [TZ 19](#)) des Obers-ten Sanitätsrats (**OSR**) wies u.a. auf den Mangel an österreichischen Daten hin. Auch der Aktionsplan PAIS verwies auf die Notwendigkeit verlässlicher epidemiologischer Daten als Basis für eine adäquate Versorgungsplanung.

(4) Zur Verbesserung der Datenlage empfahl der Aktionsplan PAIS, eine einheitliche Diagnosecodierung einzuführen, Daten für die Forschung zur Verfügung zu stellen und die gesetzlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass eine Verknüpfung von Daten verschiedener Sozialversicherungsträger möglich ist.

Die Etablierung einer einheitlichen Definition und Codierung könne laut Gesundheitsministerium jedoch längere Zeit dauern, wodurch „verlässliche Daten erst in ein paar Jahren vorhanden wären“. Die Entdeckung eines Biomarkers zur sicheren Diagnose von PAIS-Krankheitsbildern würde den Zeitraum verkürzen. Laut Nationalem Referenzzentrum könne eine Prävalenzstudie die Datenlage, zumindest bei ME/CFS, kurzfristig verbessern.



Weiters empfahl der Aktionsplan PAIS die Einführung eines „österreichweiten (klinischen und Forschungs-)Registers“.¹⁹ Geplant sei laut Gesundheitsministerium ein erkrankungsspezifisches Register²⁰, das sowohl für Forschungszwecke als auch zur epidemiologischen Datenerfassung dienen solle. Details zur Umsetzung, vor allem im Hinblick auf die enthaltenen Informationen, Zuständigkeiten sowie die Finanzierung, waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch offen. Die Einführung des Registers sei – so das Gesundheitsministerium – jedoch auch von der Umsetzung weiterer Maßnahmen abhängig, wie der Etablierung einer einheitlichen Definition und Codierung sowie von gesetzlichen Grundlagen zur Verknüpfung von Daten.

- 3.2 Der RH hielt fest, dass die Ermittlung der epidemiologischen Datenlage zu PAIS bzw. Long/Post COVID und ME/CFS in Österreich schwierig war. Da österreichische Daten nur teilweise verfügbar waren, wurde auf internationale Studien zurückgegriffen, um Schätzwerte zur Verbreitung zu erhalten. Diese Schätzwerte wiesen jedoch eine hohe Schwankungsbreite auf.

Die mangelnde Verfügbarkeit valider Daten war u.a. auf diverse Herausforderungen zurückzuführen, wie eine fehlende PAIS-Definition, das Fehlen einer systematischen Diagnosecodierung, die Anwendung unterschiedlicher Diagnosekriterien sowie die Art der Diagnostik und Fehldiagnosen bzw. fehlende Diagnosen.

Obwohl in Österreich valide Informationen zur Verbreitung von PAIS nicht vorlagen, seien laut dem Manifest Bedarf und Notwendigkeit einer adäquaten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit PAIS („sehr“) „hoch“ (**TZ 4**). Gemäß dem Aktionsplan PAIS wären gesicherte epidemiologische Daten jedoch eine wesentliche Grundlage für die Planung einer adäquaten Versorgung der Betroffenen; er sah daher eine Reihe von Empfehlungen zur Verbesserung der Datenlage vor.

¹⁹ Register im Gesundheitsbereich sammelten Gesundheitsdaten von Patientinnen und Patienten in einer Datenbank. Diese Gesundheitsinformationen konnten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung verwendet werden. Es gab unterschiedliche Arten von Registern, die je nach Zweck und Ziel unterschieden wurden. Beispiele waren u.a. Epidemiologische und Surveillance-Register, Qualitätsregister, produktspezifische Register, erkrankungsspezifische Register oder auch Forschungsregister. Siehe dazu <https://aihta.at/page/register-in-oesterreich-und-deren-verwendung-zur-verbesserung-der-gesundheitsversorgung/de> (abgerufen am 21. Februar 2025).

²⁰ Gemäß dem Bericht der HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH „Register in Österreich und deren Verwendung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung“ (2023) enthielten erkrankungsspezifische Register Informationen zu bestimmten Krankheitsbildern von Patientinnen und Patienten.



Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung

- unter Einbindung der Österreichischen Ärztekammer geeignete Maßnahmen zu forcieren, um die PAIS-Datenlage in Österreich zu verbessern. Dies auch, um den Bedarf an einer zielgerichteten Versorgung der PAIS-Patientinnen und -Patienten auf Basis einer zuverlässigen Versorgungsplanung definieren und diese in der Folge umsetzen zu können.
- Dabei wäre zu prüfen, ob Register eine Möglichkeit wären, um die PAIS-Datenlage langfristig und nachhaltig weiterzuentwickeln.
- Als kurzfristige Maßnahme wäre auch die Durchführung epidemiologischer Studien zu prüfen.
- Die Vor- und Nachteile etwaiger Maßnahmen wären dabei auch im Hinblick auf einen effizienten und effektiven Maßnahmenmix und Ressourceneinsatz zu analysieren.

Die uneinheitliche Definition konnte laut Leitlinie S1 bzw. Fachliteratur sowohl zu Schwierigkeiten beim Vergleich von Studien führen als auch zu der hohen Schwankungsbreite der publizierten Prävalenzdaten. Der RH verwies auf seine Ausführungen in TZ 2, wonach für ihn das Streben nach einer einheitlichen Verwendung einer PAIS-Definition in Österreich als erster Schritt nachvollziehbar war.

Zur noch lückenhaften Codierung verwies der RH auf seine Empfehlungen an das Gesundheitsministerium in TZ 7 zur Umsetzung der Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich spätestens mit 1. Jänner 2026 und in TZ 12 zur treffenden und umfassenden Codierung sowohl im stationären als auch im spitalsambulanten Bereich.

- 3.3 Das Gesundheitsministerium begrüßte in seiner Stellungnahme die Empfehlung. Es wolle die Datenlage zu PAIS als Voraussetzung insbesondere für die Abschätzung des qualitativen und quantitativen Versorgungsbedarfs möglichst rasch verbessern. Dies sei sowohl im Aktionsplan PAIS vorgesehen als auch eine der wesentlichen Aufgaben des vom Gesundheitsministerium beauftragten Nationalen Referenzzentrums. Dieses sammle und bereite u.a. bestehende internationale und nationale wissenschaftliche Erkenntnisse zu postviralen Syndromen auf. In diesem Zusammenhang würden auch die Möglichkeit eines Registers bzw. die Durchführung von epidemiologischen Studien in die Überlegungen miteinbezogen.



Rahmenbedingungen der Versorgung

Allgemeines

4.1

(1) Das vom PAIS-Arbeitskreis erstellte und von der OSR-Arbeitsgruppe „postvirale/postinfektiöse Syndrome“ (in der Folge: **PAIS-Arbeitsgruppe**; [TZ 18](#), [TZ 19](#)) im Wege der OSR-Geschäftsstelle dem Ministerbüro des Gesundheitsministers im November 2023 vorgelegte Manifest ([TZ 3](#), [TZ 19](#)) führte u.a. aus, dass adäquate Versorgungsstrukturen fehlten, aber Bedarf und Notwendigkeit („sehr“) „hoch“ seien. Zu bestehenden Strukturen verwies das Manifest darauf, dass es zu diesem Zeitpunkt nur für wenige Teilbereiche von PAIS-Erkrankungen vier Spezialambulanzen in Österreich gebe; darüber hinaus gebe es „keine spezifische medizinische und gesundheitliche Versorgung im öffentlichen System (einzelne niedergelassene Privatärzt:innen behandeln diese Patient:innen)“. Auch ein diesbezügliches spezifisches Rehabilitationsangebot „am Wohnort/digital“ gebe es zu diesem Zeitpunkt nicht. Es brauche u.a. Versorgungsstrukturen auf allen Ebenen der gesundheitlichen Versorgung (Primärversorgung, Sekundärversorgung und tertiäre Versorgung)²¹.

Die „Empfehlungen der AG postvirale/postinfektiöse Syndrome des Obersten Sanitätsrates“ vom November 2023, denen schließlich ([TZ 19](#)) das Manifest als Grundlagendokument angehängt war, sprachen ebenfalls von einem „hohen“ Versorgungsbedarf. Weder im PAIS-Arbeitskreis noch in der PAIS-Arbeitsgruppe waren die Länder, die Landesgesundheitsfonds und/oder die Sozialversicherung vertreten.

(2) Der Aktionsplan PAIS wies für PAIS-Betroffene im Handlungsfeld Versorgung u.a. darauf hin, dass „derzeit [...] ihre Versorgung aus verschiedenen Gründen nur eingeschränkt verfügbar“ sei. Er verwies etwa auf das „Versorgungsnetzwerk Post-COVID Tirol“ ([TZ 6](#)). Bei fehlender Behandlung steige das Risiko einer Chronifizierung. Im Handlungsfeld Versorgung empfahl der Aktionsplan PAIS zehn Maßnahmen. Diese umfassten u.a. die Erstellung eines weiterentwickelten Versorgungspfads ([TZ 5](#)), den Aufbau von „dezentralen transdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungseinrichtungen in der extramuralen ambulanten Fachversorgung (Sekundärversorgung) für PAIS“ und von „interdisziplinären und transprofessionellen Behandlungsstellen zur bedarfsgerechten, spezialisierten Versorgung“.

Gemäß Dokument vom 17. Dezember 2024 zum Thema „Schnürung von ‚Maßnahmenpaketen‘ für die Umsetzung des AP PAIS“²² ([TZ 20](#)) sollten etwa die beiden

²¹ „Sekundärversorgung“: Das Manifest verwies auf Kapitel 9 der Leitlinie S1, worin etwa „Extra- oder intramurale ambulante Anlaufstellen für Patient:innen mit der Möglichkeit zur weiterführenden Abklärung“ und „Telemedizinische Services“ genannt wurden; „tertiäre Versorgung“: u.a. „Schaffung eines nationalen Kompetenzzentrums für PAIS“.

²² **AP** = Aktionsplan



oben genannten Empfehlungen zu Behandlungseinrichtungen bzw. -stellen aufgrund „der Zuständigkeit der Zielsteuerungspartner“ gemeinsam im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit bearbeitet werden. Die Weiterentwicklung des Versorgungspfads war dem Paket „Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)“ zugeordnet²³.

- 4.2 Der RH hielt fest, dass laut Manifest vom November 2023 adäquate Versorgungsstrukturen für PAIS-Betroffene fehlten, aber Bedarf und Notwendigkeit („sehr“) „hoch“ seien. Die „Empfehlungen der AG postvirale/postinfektiöse Syndrome des Obersten Sanitätsrates“ sprachen ebenfalls von einem „hohen“ Versorgungsbedarf. Weder im PAIS-Arbeitskreis noch in der PAIS-Arbeitsgruppe waren die Länder, die Landesgesundheitsfonds und/oder die Sozialversicherung vertreten. Der Aktionsplan PAIS wies für PAIS-Betroffene u.a. darauf hin, dass „derzeit [...] ihre Versorgung aus verschiedenen Gründen nur eingeschränkt verfügbar“ sei. Zum Handlungsfeld Versorgung empfahl der Aktionsplan PAIS zehn Maßnahmen, u.a. den Aufbau von spezifischen Versorgungsstrukturen.

Der RH verwies auf seine Empfehlungen an das Gesundheitsministerium in TZ 3, geeignete Maßnahmen zu forcieren, um die PAIS-Datenlage in Österreich zu verbessern, und in TZ 6, zeitnah eine länderübergreifende Gesamtstrategie für eine adäquate PAIS-Versorgung zu erarbeiten.

Versorgungspfad

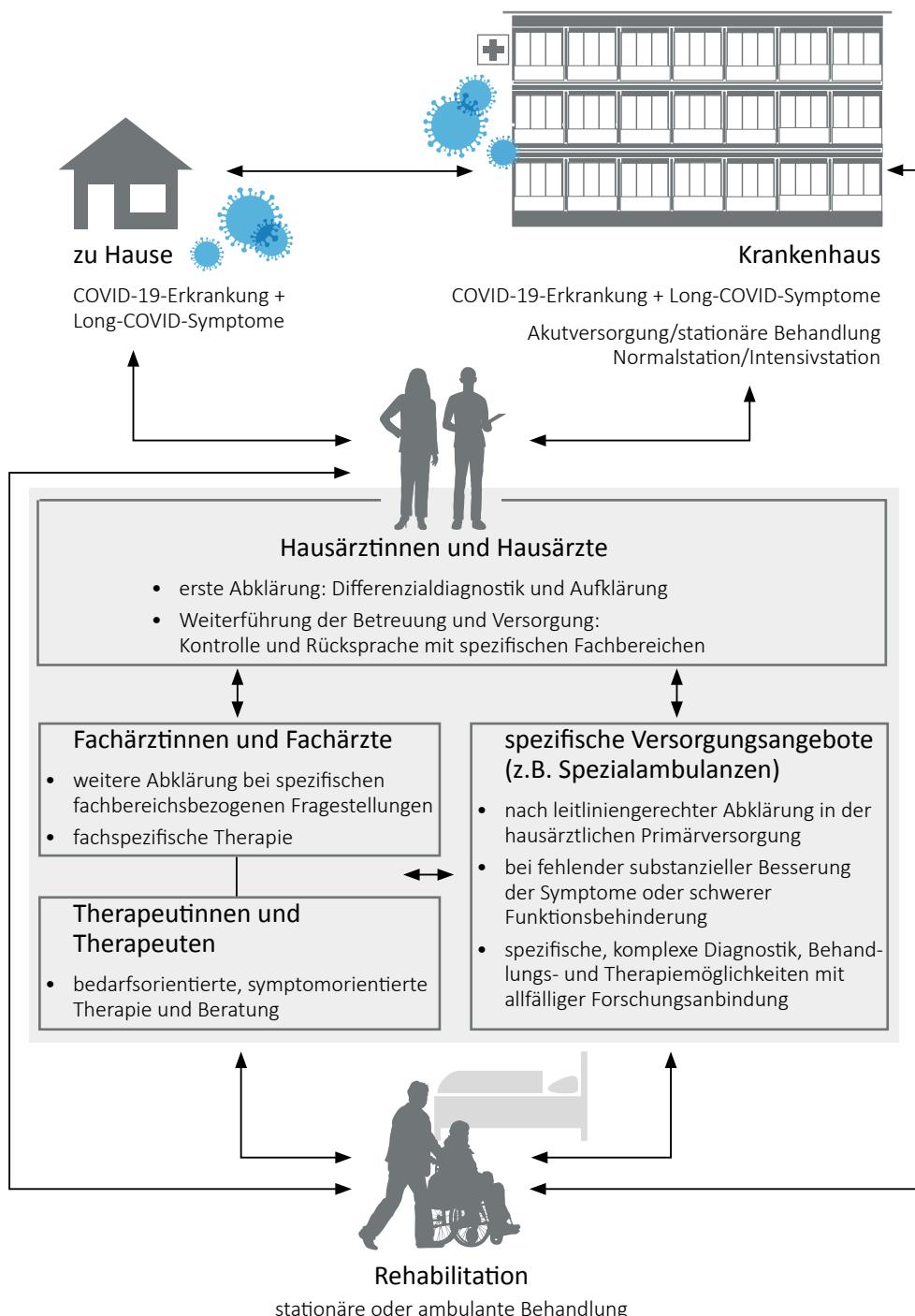
- 5.1 (1) Die Leitlinie S1 definierte einen Versorgungspfad für Long COVID (in der Folge: **Versorgungspfad**). Laut Gesundheitsministerium gelte dieser zur Zeit der Gebrauchsüberprüfung für PAIS insgesamt; es verwies auf die geplante Weiterentwicklung.

²³ Paket 1: „Verankerung im Jahresarbeitsprogramm [...] der GÖG. Die GÖG nimmt hierbei die Rolle des Projektmanagements ein und koordiniert die Einbindung relevanter Stakeholder. [...]“



Dieser Versorgungspfad wurde in vereinfachter Form auf der Website des Gesundheitsministeriums wie folgt dargestellt:

Abbildung 1: Versorgungspfad für Long COVID auf Basis „Leitlinie S1 für das Management post-viraler Zustände am Beispiel Post-COVID-19“



Quelle: Website Gesundheitsministerium, <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Corona/long-covid.html> (abgerufen am 16. März 2025); Darstellung: RH



Dem Versorgungspfad zufolge sei – so das Gesundheitsministerium – der erste Schritt eine Erstabklärung, die vorwiegend in der Primärversorgung (vor allem bei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern) stattfinden solle. Bei Bedarf solle eine Vermittlung an niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte und auch Therapeutinnen und Therapeuten vorgenommen werden. Eine weitere Abklärung in speziellen Versorgungsangeboten, wie Spezialambulanzen, könne bei komplexen Fällen notwendig sein. Sowohl nach Behandlung einer COVID-19-Erkrankung in einer Krankenanstalt als auch bei einer zu Hause auskurierten Erkrankung solle je nach Schweregrad und auftretenden Symptomen bei Rehabilitationsbedürftigkeit eine stationäre oder ambulante Rehabilitation veranlasst werden.²⁴

(2) Laut Gesundheitsministerium falle die Empfehlung im Aktionsplan PAIS „Erstellung eines weiterentwickelten Versorgungspfades gemäß Leitlinie S1 inklusive ME/CFS“ in seine Hauptzuständigkeit und sei dem Umsetzungspaket der GÖG zugeordnet. Geplant sei, Länder und Sozialversicherung in die Erstellung einzubinden. Im Rahmen eines für Juni 2025 geplanten Symposiums sollte über erste Umsetzungsfolge zum Aktionsplan PAIS berichtet werden.

(3) Laut Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (in der Folge: **Reformvereinbarung 2024**)²⁵ und Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024²⁶ sollten die Länder für den Zeitraum 2024 bis 2028 durchschnittlich jährlich rd. 600 Mio. EUR zusätzlich erhalten. Die zusätzlichen Mittel waren – so die genannten Rechtsgrundlagen – für „Strukturreformen und zur Stärkung des spitalsambulanten Bereichs“ einzusetzen, insbesondere für den Auf- und Ausbau von spitalsambulanten Angeboten (einschließlich telemedizinischer Leistungen) sowie die Fortführung bereits initierter Vorhaben mit dem Ziel, den stationären Bereich zu entlasten bzw. in einzelnen Bereichen zu ersetzen. „Auf Basis des ÖSG und RSG“²⁷ waren demonstrativ – neben elf anderen Maßnahmen – auch Vorhaben zur „Versorgung von Menschen mit komplexen postviralen/postinfektiösen Syndromen“ umfasst. Entsprechendes sah auch der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 vor.

Für den niedergelassenen Bereich waren entsprechende Maßnahmen (und definierte finanzielle Mittel) in den genannten Rechtsquellen nicht explizit²⁸ vorgesehen.

²⁴ siehe dazu <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Corona/long-covid.html> (abgerufen am 6. April 2025)

²⁵ BGBI. I 2/2025, Art. 31

²⁶ BGBI. I 191/2023, § 57 Abs. 1a, § 59f Abs. 3

²⁷ ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit; RSG = Regionaler Strukturplan Gesundheit

²⁸ Laut Gesundheitsministerium könnten aber die Mittel gemäß Art. 31 Abs. 1 Z 1 der Reformvereinbarung 2024 (jährlich 300 Mio. EUR) für PAIS eingesetzt werden.



(4) Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) 2023 mit dem Planungshorizont 2030 enthielt keine Ausführungen zu PAIS. Laut Gesundheitsministerium sei aktuell (Dezember 2024) nicht geplant, PAIS in den ÖSG aufzunehmen. In einem ersten Schritt sei eine möglichst valide Datenbasis zur PAIS-Prävalenz herzustellen.

5.2 Der RH hielt fest, dass der in der Leitlinie S1 definierte Versorgungspfad laut Gesundheitsministerium zur Zeit der Gebarungsüberprüfung für PAIS insgesamt gelte. Dieser sah eine erste Abklärung vor allem im allgemeinmedizinischen niedergelassenen Bereich vor und falls erforderlich weitere Diagnostik bzw. Behandlung etwa im fachärztlichen niedergelassenen Bereich bzw. in speziellen Versorgungsstrukturen. Das Gesundheitsministerium plante die Umsetzung der Empfehlung im Aktionsplan PAIS „Erstellung eines weiterentwickelten Versorgungspfades gemäß Leitlinie S1 inklusive ME/CFS“ gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung.

Der RH wies darauf hin, dass u.a. gemäß Reformvereinbarung 2024 und Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 die Länder für den Zeitraum 2024 bis 2028 durchschnittlich jährlich rd. 600 Mio. EUR zusätzlich erhalten sollten. Zur Verwendung der zusätzlichen Mittel waren in einer demonstrativen Aufzählung u.a. auch Vorhaben zur „Versorgung von Menschen mit komplexen postviralen/postinfektiösen Syndromen“ genannt. Für den niedergelassenen Bereich waren entsprechende Maßnahmen (und definierte finanzielle Mittel) in den genannten Rechtsquellen nicht explizit vorgesehen. Der RH hielt in diesem Zusammenhang fest, dass der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung aktuelle PAIS-Versorgungspfad einen Fokus auf den niedergelassenen Bereich setzte und der Aktionsplan PAIS eine Reihe von Empfehlungen an die Sozialversicherung richtete (TZ 20).

Weiters wies der RH darauf hin, dass laut Gesundheitsministerium aktuell (Dezember 2024) nicht geplant sei, PAIS in den ÖSG 2023 aufzunehmen. In einem ersten Schritt sei eine möglichst valide Datenbasis zur PAIS-Prävalenz herzustellen.

Der RH verwies auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in TZ 6, zeitnah eine länderübergreifende Gesamtstrategie für eine adäquate PAIS-Versorgung zu erarbeiten.



Spezifische Versorgungsstrukturen

6.1 (1) In einer dem Ständigen Koordinierungsausschuss am 22. November 2024 vorgelegten Information ([TZ 20](#)) wurde zum Aktionsplan PAIS u.a. Folgendes ausgeführt:

- „Der Grad der Konkretisierung im Dokument ist noch gering, die Unterlage soll aber Ausgangspunkt für weitere Schritte zur Verbesserung der Versorgung und des Umgangs mit PAIS sein.“
- „Für die Etablierung neuer Strukturen gibt es nach heutigem Kenntnisstand noch kein Modell, es ist zu prüfen, ob erforderliche Ressourcen in den bestehenden Strukturen [...] ausreichend zur Verfügung stehen“, bzw. sollte „aufbauend auf einer verbesserten Analyse der PatientInnenzahlen geprüft werden, wo diese Strukturen zu verstärken oder entsprechend zu adaptieren wären“.

(2) Im Protokoll zum Prae-Kick-off-Treffen zum Start der Umsetzung des Aktionsplans PAIS im Dezember 2024 ([TZ 20](#)) wurde u.a. ausgeführt: „Aus Sicht der Ländervertreter²⁹ ist es nicht sinnvoll, neue Strukturen aufzubauen, wie derzeit im Aktionsplan gefordert, solange unklar ist, um wie viele Betroffene es sich tatsächlich handelt. Der Aufbau neuer Strukturen muss begründbar sein, da dies bedeuten würde, woanders Ressourcen abzuziehen. Derzeit ist nicht geklärt, wie viele Patient:innen tatsächlich nicht betreut sind, ob es tatsächlich Spezialambulanzen braucht oder ob der niedergelassene Bereich [...] die Patient:innen übernehmen kann.“

(3) Der RH befragte – auch unter Hinweis u.a. auf die in [TZ 4](#) genannten Empfehlungen des Aktionsplans PAIS im Handlungsfeld Versorgung zu Behandlungseinrichtungen bzw. -stellen – Landesgesundheitsfonds und Sozialversicherung u.a. zu der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestehenden und geplanten Versorgungssituation für PAIS-Betroffene. Die im Wesentlichen im Dezember 2024 und Jänner 2025 eingetroffenen Beantwortungen der Fragebögen des RH sowie weitere (Internet-)Recherchen ergaben zusammengefasst u.a. Folgendes:

(a) Zu der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestehenden Versorgungssituation für PAIS-Betroffene wiesen einzelne Landesgesundheitsfonds in ihren Fragebeantwortungen auf die koordinierende Zuständigkeit bzw. primäre Versorgungsverantwortung im (allgemeinmedizinischen) niedergelassenen Bereich gemäß Leitlinie S1 hin. Für den Krankenanstaltenbereich wurde mehrheitlich auf bestehende Strukturen bzw. die Regelversorgung verwiesen. Teilweise wurden spezifische Versorgungsstrukturen (z.B. Spezialambulanzen, Sprechstunden, Versorgungsnetzwerk mit Koordinationsstelle) angegeben; diese fokussierten zur Zeit der Abfrage in der Regel (noch) auf Long-COVID-Betroffene.

²⁹ Laut Protokoll nahmen an der Besprechung Oberösterreich, Salzburg und Wien teil.



Auch einzelne Sozialversicherungsträger wiesen für PAIS-Betroffene auf angebotene kurative und rehabilitative Maßnahmen im Rahmen der „Regelversorgung“ hin. Darüber hinaus nannten manche Sozialversicherungsträger konkrete spezifische Angebote vor allem für Long-COVID-Betroffene (z.B. Koordination und zielgerichtete Zuweisung, Telefon-Hotline, spezifische rehabilitative Leistungen).

(b) Zu geplanten bzw. in Aussicht genommenen PAIS-spezifischen Versorgungsstrukturen u.a. in den Ländern zeichneten sich etwa Medienberichten zufolge – auch nach der Übermittlung der Fragebeantwortungen – bis März 2025 teilweise neue, dynamische bzw. sich ändernde Entwicklungen und Bestrebungen ab.

Länder überlegten oder planten spezifische PAIS-(Versorgungs-)Strukturen bzw. nahmen solche in Aussicht, wobei zum Teil etwa auch die konkrete Ausgestaltung und Finanzierung (z.B. Länder und Sozialversicherung gemeinsam) noch unklar waren. Konkret geplant waren oder erst im Raum standen dabei u.a. Anlaufstellen – etwa unter Hinweis auf das „Versorgungsnetzwerk Post-COVID Tirol“ (siehe unten Klammerpunkt (c)) – zur „Weiterleitung“ von PAIS-Betroffenen an z.B. den niedergelassenen fachärztlichen Bereich bzw. den Krankenanstaltenbereich oder eine Kooperation mit dem Versorgungsnetzwerk und eigene PAIS-Versorgungsstrukturen, wie Ambulanzen bzw. ein Kompetenzzentrum.

Einzelne Sozialversicherungsträger verwiesen in ihren Fragebeantwortungen vom Jänner 2025 u.a. darauf, dass etwa die Umsetzung von Empfehlungen des Aktionsplans PAIS zu Behandlungseinrichtungen bzw. -stellen nicht in ihren (primären) Zuständigkeitsbereich fiele.

(c) Der Aktionsplan PAIS erwähnte das seit 2021 bestehende „Versorgungsnetzwerk Post-COVID Tirol“: Demzufolge verfüge dieses über eine zentrale Koordinationsstelle; Patientinnen und Patienten, die am Post-COVID-19-Syndrom erkrankt seien, würden begleitet, behandelt und „ressourcenorientiert“ unterstützt. Erste Ansprechpersonen seien Hausärztinnen und Hausärzte und in nächster Ebene niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte. Die dritte Versorgungsstufe sei in der „Universitätsklinik“ angesiedelt. Das Angebot sei innerhalb bestehender Versorgungsstrukturen aufgebaut worden.³⁰

Der Aktionsplan PAIS empfahl zum Behandlungsfeld Versorgung auch die Einführung eines Programms zur strukturierten Betreuung. Diese Maßnahme beinhaltete die Klärung und Etablierung verschiedener Rahmenbedingungen wie die Förderung und Vergütung von Case Management und Care Management durch Angehörige der Gesundheits- und Sozialberufe.

³⁰ siehe dazu auch <https://www.liv.tirol/page.cfm?vpath=disease-management-programme/post-covid-tirol> (abgerufen am 2. März 2025)



(4) Gemäß Gesundheitsministerium seien einige Länder bereits an das Nationale Referenzzentrum für Informationen zu Prävalenz und Aufbau von Strukturen bzw. Anlaufstellen herangetreten. Das Gesundheitsministerium und das Nationale Referenzzentrum würden den Ländern nahelegen, dass Kooperationen – etwa zwischen extramuralem und intramuralem Bereich oder überregional – sinnvoll wären, um verfügbare Ressourcen optimal zu nutzen. Das Gesundheitsministerium wies darauf hin, dass das Nationale Referenzzentrum aktuell (März 2025) einen Leitfadenentwurf zur Ausgestaltung (Ausstattung etc.) von Behandlungsstellen als Unterstützung aufbereite.

(5) Das Regierungsprogramm 2025–2029 sah den weiteren „Ausbau von Expertisezentren für seltene Erkrankungen (z.B. Ausbau von Versorgungsstrukturen für ME/CFS basierend auf den NAP³¹ für PAIS)“ vor.

(6) Eine Betroffenenorganisation wies gegenüber dem RH u.a. darauf hin, dass für ME/CFS aufgrund der Schwere und Komplexität der Krankheit spezialisierte Anlaufstellen erforderlich seien. Wichtig sei ein Angebot für alle Schweregrade, darunter auch für Betroffene, die das Haus nicht mehr verlassen könnten. Laut Aktionsplan PAIS bringe ME/CFS spezielle Anforderungen für die Versorgung Betroffener mit sich.

6.2 Der RH hielt fest, dass nach einer dem Ständigen Koordinierungsausschuss am 22. November 2024 vorgelegten Information der Grad der Konkretisierung im Aktionsplan PAIS noch gering sei. Für die Etablierung neuer Strukturen gebe es noch kein Modell; zu prüfen sei, ob erforderliche Ressourcen in den bestehenden Strukturen ausreichend zur Verfügung stünden bzw. – aufbauend auf einer verbesserten Analyse der Patientenzahlen – wo diese Strukturen zu verstärken oder zu adaptieren wären.

Der RH hielt fest, dass zur Zeit der Geburungsüberprüfung Länder spezifische PAIS-(Versorgungs-)Strukturen mit zum Teil unterschiedlichen Ansätzen überlegten oder planten bzw. solche in Aussicht nahmen, wobei teilweise etwa auch die konkrete Ausgestaltung und Finanzierung noch unklar waren.

Das Gesundheitsministerium und das Nationale Referenzzentrum würden den Ländern Kooperationen – etwa zwischen extramuralem und intramuralem Bereich oder überregional – nahelegen. Aktuell (März 2025) – so das Gesundheitsministerium – bereite das Nationale Referenzzentrum einen Leitfadenentwurf zur Ausgestaltung (Ausstattung etc.) von Behandlungsstellen als Unterstützung auf.

³¹ NAP = Nationaler Aktionsplan



Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung – ausgehend vom Aktionsplan PAIS und unter Berücksichtigung der Arbeiten des Nationalen Referenzzentrums – zeitnah eine länderübergreifende Gesamtstrategie für eine adäquate PAIS-Versorgung zu erarbeiten. Dabei wäre u.a. auch im Hinblick auf die lückenhafte Datenlage ([TZ 3](#)) und die unklare Definition von PAIS ([TZ 2](#)) auf einen effizienten und effektiven Ressourceneinsatz unter Berücksichtigung bestehender Angebote zu achten.

- 6.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums werde gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung in den Zielsteuerungsgremien an einer länderübergreifenden adäquaten Strategie für die PAIS-Versorgung mit Nachdruck gearbeitet. Dabei würden sowohl der Aktionsplan PAIS als auch die Arbeiten des Nationalen Referenzzentrums berücksichtigt.

Leistungen und Daten von Sozialversicherung und Krankenanstalten

Allgemeines

- 7.1 (1) Daten zu PAIS waren etwa bei der vom RH befragten ÖGK und PVA sowie bei den Krankenanstalten u.a. wegen fehlender Datenerfassung oder anderer Limitationen (z.B. fehlende Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich, individuelles Codierungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten, Unschärfen bei der Definition von PAIS ([TZ 2](#))) unvollständig, sodass auch dem RH bei seinen Auswertungen keine verlässlichen Daten über die Prävalenz von PAIS in Österreich zur Verfügung standen. Der RH versuchte daher, das PAIS-Geschehen in Österreich unter Heranziehung nachfolgender Datenquellen ansatz- bzw. näherungsweise darzustellen:
- Arbeitsunfähigkeitsmeldungen der ÖGK ([TZ 9](#)),
 - Maßnahmen der PVA im Bereich ambulante und stationäre Rehabilitation ([TZ 11](#)),
 - stationäre Aufenthalte und ambulante Besuche in Fondsrankenanstalten ([TZ 12](#)).

(2) Bei der Auswahl der Datenquellen orientierte sich der RH an parlamentarischen Anfragebeantwortungen³² des Gesundheitsministers, er beschränkte sich bei seinen Auswertungen auf die drei mit dem Gesundheitsministerium abgestimmten und auch im Aktionsplan PAIS genannten PAIS-Diagnosen ([TZ 2](#)).

³² parlamentarische Anfragebeantwortungen 2023: 15509/AB, 16242/AB; parlamentarische Anfragebeantwortungen 2024: 17313/AB, 17509/AB, 17550/AB



Auch der Aktionsplan PAIS befasste sich mehrmals mit der Verfügbarkeit von Daten zu diesem Krankheitsbild. Er empfahl dazu z.B. in Maßnahme 36 die „systematische Erfassung und Auswertung der Daten zur sozialen Absicherung von PAIS-Betroffenen bei der Krankenkasse, Pensionsversicherung und Sozialministeriumservice“.

(3) Unter anderem die Reformvereinbarung 2024 und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen³³ (dieses ab 1. Jänner 2025) sahen eine Verpflichtung zur Diagnosedokumentation etwa für den niedergelassenen Bereich vor.³⁴ Diese sollte für Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag ab 1. Jänner 2025 in Kraft treten, für jene ohne Kassenvertrag ab 1. Jänner 2026. Die Bestimmungen dieses Gesetzes waren durch Verordnung der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers zu konkretisieren. Die diesbezügliche Gesundheitsdokumentationsverordnung³⁵ wurde am 13. Dezember 2024 kundgemacht, das Inkrafttreten der darin normierten Bestimmungen für den gesamten niedergelassenen Bereich mit 1. Jänner 2026 festgelegt.

Das Gesundheitsministerium gab dazu an, dass zwar frühzeitig mit der Erarbeitung der erforderlichen Anpassung der Gesundheitsdokumentationsverordnung begonnen worden sei, es aber bei deren Fertigstellung und Erlassung aufgrund nicht vorhersehbarer, langwieriger Abstimmungsprozesse zu starken Verzögerungen gekommen sei. Aufgrund des verspäteten Inkrafttretens der Verordnung und zur technischen Umsetzung (Einführung und Testung eines eigenen Codierservice) solle die Verpflichtung zur Diagnosedokumentation im niedergelassenen Bereich mit 1. Jänner 2026 beginnen.

7.2 Der RH hielt fest, dass keine verlässlichen und vollständigen Daten über das PAIS-Geschehen in Österreich zur Verfügung standen (TZ 3). Verfügbare Daten wiesen zudem Limitationen auf. Daher konnten sie die PAIS-Situation nur ansatz- bzw. näherungsweise abbilden. Dies war u.a. auf die nach wie vor fehlende Verpflichtung zur Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich zurückzuführen, deren Einführung der RH in der Vergangenheit schon mehrfach empfohlen hatte³⁶. In diesem Zusammenhang kritisierte er, dass das Gesundheitsministerium trotz der gesetzlich vorgeesehenen Frist nicht die notwendigen Voraussetzungen geschaffen hatte, um eine gesetzeskonforme und rechtzeitige Umsetzung mit 1. Jänner 2025 zu ermöglichen.

³³ BGBl. 745/1996 i.d.g.F.

³⁴ So sah z.B. auch der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 für den Bund in seinem operativen Ziel 3, Maßnahme 2 die „strukturierte Unterstützung bei Einführung der ambulanten Diagnosecodierung gemäß ICD für Vertragspartner:innen der SV sowie Spitalsambulanzen 2025, für Nicht-Vertragspartner:innen 2026“ vor.

³⁵ BGBl. II 367/2024 i.d.g.F.

³⁶ so z.B. in seinen Berichten „Ambulante Versorgung in Kärnten“ (u.a. Reihe Bund 2023/35, TZ 4), „Erstversorgung im Salzkammergut-Klinikum Vöcklabruck, im Klinikum Wels-Grieskirchen sowie im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried“ (Reihe Bund 2016/12, TZ 15) und in seinem Bericht „Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung“ (Reihe Bund 2019/8, TZ 20)



Er empfahl daher dem Gesundheitsministerium, verstkt darauf hinzuwirken, dass die nunmehr normierte verpflichtende Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich spätestens mit 1. Jänner 2026 umgesetzt wird.

Der RH wies darauf hin, dass Maßnahme 36 des Aktionsplans PAIS die systematische Erfassung und Auswertung der Daten zur sozialen Absicherung von PAIS-Betroffenen bei der Krankenkasse, der Pensionsversicherung und dem Sozialministeriumservice als Ziel hatte. Er hielt fest, dass Einschrkungen der Datenqualität, etwa aufgrund der noch fehlenden Verpflichtung zur Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich, eine Herausforderung darstellten. Hinzu kamen bei PAIS Unschärfen bei der Definition (TZ 2).

Der RH verwies auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in TZ 3, geeignete Maßnahmen zu forcieren, um die PAIS-Datenlage in Österreich zu verbessern.

- 7.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei es im Rahmen seiner Möglichkeiten sehr bemüht, die verpflichtende Diagnosedokumentation ab dem Jahr 2026 sicherzustellen. Diese Daten seien wesentliche Voraussetzungen für Steuerung von Struktur, Organisation, Qualität und Finanzierung der sterreichischen Gesundheitsversorgung. Ebenso werde auf eine korrekte und vollständige Dokumentation geachtet werden.



Ausgewählte Leistungen

- 8.1 (1) Der RH fokussierte seine Analyse auf ausgewählte Geld-, Sach- bzw. Verwaltungsleistungen der ÖGK, der PVA und des Bundes unter dem Aspekt von PAIS. Er orientierte sich dabei an Leistungen, die (teilweise) eine diagnosebezogene Auswertung zuließen bzw. im Aktionsplan PAIS oder in parlamentarischen Anfragebeantwortungen³⁷ des Gesundheitsministers thematisiert wurden:

Tabelle 3: Ausgewählte Geld-, Sach- bzw. Verwaltungsleistungen ÖGK, PVA und Bund

Leistung bzw. Begünstigung	Kosten-träger	verfahrens-führende Stelle	Überblick (Auswahl)
Geldleistungen			
Pflegegeld (TZ 14)	Bund	PVA	<ul style="list-style-type: none"> • bei ständigem Betreuungs- und Hilfsbedarf wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen (Sinnes-)Behinderung <ul style="list-style-type: none"> – voraussichtlich mindestens sechs Monate andauernd – ständiger Pflegebedarf von monatlich mehr als 65 Stunden
Krankengeld (TZ 10)	ÖGK	ÖGK	<ul style="list-style-type: none"> • bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit; Anspruch hatten u.a.: <ul style="list-style-type: none"> – Erwerbstätige in einem aktiven Beschäftigungsverhältnis – geringfügig Beschäftigte mit freiwilliger Selbstversicherung – unter speziellen Voraussetzungen: z.B. Personen, die nicht mehr pflichtversichert und erwerbslos waren (Schutzfrist) • maximale Dauer: 26 bzw. unter bestimmten Voraussetzungen 52 Wochen laut ASVG; Verlängerung durch ÖGK-Statuten auf 78 Wochen möglich
Rehabilitationsgeld	ÖGK	PVA	<ul style="list-style-type: none"> • bei vorübergehender Berufsunfähigkeit¹ bzw. Invalidität² für mindestens sechs Monate <ul style="list-style-type: none"> – per Bescheid des Pensionsversicherungsträgers (z.B. PVA) oder per gerichtlichem Vergleich, wenn <ul style="list-style-type: none"> - berufliche Rehabilitation nicht zweckmäßig und zumutbar war und - Geburtsdatum nach dem 31. Dezember 1963 lag • Feststellung durch Pensionsversicherungsträger bei Antrag auf Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension, Auszahlung und Festlegung der Höhe durch Krankenversicherungsträger (z.B. ÖGK)
Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditäts-pension	PVA	PVA	<ul style="list-style-type: none"> • bei voraussichtlich dauerhafter Berufsunfähigkeit¹ bzw. Invalidität² (ab 1964 geborene Personen) sofern: <ul style="list-style-type: none"> – kein Rechtsanspruch auf geeignete und zumutbare berufliche Rehabilitation (z.B. Umschulung) – Erfüllung der Wartezeit – Nichterfüllung der Voraussetzungen für Alterspension oder Ähnliches • subsidiär zu Rehabilitationsmaßnahmen • für vor 1964 geborene Personen: befristete oder unbefristete Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension möglich

³⁷ parlamentarische Anfragebeantwortungen 2023: 15509/AB, 16242/AB; parlamentarische Anfragebeantwortungen 2024: 17313/AB, 17509/AB, 17550/AB



Leistung bzw. Begünstigung	Kosten- träger	verfahrens- führende Stelle	Überblick (Auswahl)
Sach- bzw Verwaltungsleistungen			
Rehabilitations- maßnahmen (<u>TZ 11</u>)	PVA	PVA	<ul style="list-style-type: none"> • bei vorübergehender Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität • Ziel: Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit in Bezug auf die bisher ausgeübte Tätigkeit • stationär und ambulant möglich
Behinderten- pass ³ (<u>TZ 13</u>)	Bund	Sozial- ministeriu- mservice	<ul style="list-style-type: none"> • Grad der Behinderung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 % • u.a. Pflegegeldbeziehende oder Beziehende erhöhter Familienbeihilfe hatten gesetzlichen Anspruch • keine Geld- oder Sachleistung, aber z.B. Vergünstigungen laut Materiengesetzen, wie durch <ul style="list-style-type: none"> – Zusatzeintrag „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitäts einschränkung aufgrund einer Behinderung“, kostenlose Autobahnvignette

ASVG = Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. 189/1955 i.d.g.F.

ÖGK = Österreichische Gesundheitskasse

PVA = Pensionsversicherungsanstalt

¹ Berufsunfähigkeit (§ 273 ASVG, bei Angestellten): Minderung der Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen einer körperlich und geistig gesunden Person von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten (bei Vorliegen von bestimmten Versicherungszeiten); ansonsten: bei Unvermögen, bei einer anderen zumutbaren Tätigkeit wenigstens die Hälfte des Entgelts zu erwerben, das ein körperlich und geistig Gesunder regelmäßig durch eine solche Tätigkeit erzielt

² Invalidität (§ 255 ASVG, bei Arbeiterinnen und Arbeitern): bei Tätigkeit in überwiegend erlernten (angelernten) Berufen Minderung der Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte eines körperlich und geistig Gesunden von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten; bei Tätigkeit in nicht überwiegend erlernten (angelernten) Berufen: Unvermögen, bei einer anderen zumutbaren Tätigkeit wenigstens die Hälfte des Entgelts zu erwerben, das ein körperlich und geistig Gesunder regelmäßig durch eine solche Tätigkeit erzielt

³ Der Behindertenpass diente gemäß den gesetzlichen Grundlagen als Nachweis einer Behinderung; die Ausstellung des Behindertenpasses war eine Verwaltungsleistung. Mit der Ausstellung allein wurden keine Zuwendungen (weder Geld- noch Sachleistungen) gewährt. Dies war in den jeweiligen Materiengesetzen geregelt.

Quellen: BMSGPK; ASVG; ÖGK; PVA; Sozialministeriumservice; Zusammenstellung: RH

Geldleistungen wie Krankengeld, Rehabilitationsgeld, Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension und Pflegegeld standen auch PAIS-Betroffenen bei Erfüllen der allgemein gültigen und gesetzlich festgelegten Anspruchsvoraussetzungen zur Verfügung. Bei Streitigkeiten über das Bestehen von Leistungsansprüchen in diesen Bereichen konnte Klage beim zuständigen Arbeits- und Sozialgericht erhoben werden. Gegen ablehnende Bescheide des Sozialministeriumservice zum Behindertenpass konnten (PAIS-)Betroffene Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht erheben.

(2) Die Daten der ÖGK bzw. PVA zum Rehabilitationsgeld, zur Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension und zum Pflegegeld zeigten u.a. Folgendes:

(a) Rehabilitationsgeld

Ab Jänner 2020 bis Juni 2024 bezogen 176 PAIS-Betroffene von der ÖGK Rehabilitationsgeld (davon 69 % Frauen). Diese waren im Durchschnitt 45 Jahre alt. Der Gesamtaufwand betrug 5,53 Mio. EUR.³⁸ Im Jahr 2023 bezogen nach Angaben der

³⁸ verlässliche Daten aufgrund der Fusion der neun Gebietskrankenkassen erst ab 2020 verfügbar; ausschließlich Hauptdiagnosen; bei 43 Personen Rehabilitationsbezug bereits abgeschlossen



PVA insgesamt 17.401 Personen (Stand Dezember 2023) Rehabilitationsgeld, die Ausgaben im Jahr 2023 betrugen 398,75 Mio. EUR.

(b) Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension

Im Zeitraum 2019 bis 2024 bewilligte die PVA 313 PAIS-Betroffenen eine Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension (davon 49 % Frauen)³⁹. Diese waren im Durchschnitt 54 Jahre alt. Der Gesamtaufwand betrug 12,49 Mio. EUR.

Im Jahr 2024 wurden insgesamt rd. 10.100 Anträge auf Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension positiv erledigt. Der Gesamtaufwand der PVA für sämtliche Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspensionen betrug im Jahr 2024 2,063 Mrd. EUR.

(c) Pflegegeld

Laut PVA sei die qualitätsgesicherte Erfassung von ICD-10-Diagnosen bei Begutachtungen nach dem Bundespflegegeldgesetz⁴⁰ nicht vorgesehen, weil bei der Begutachtung eine Beurteilung des Pflegebedarfs im Vordergrund stehe. Soweit ICD-10-Codes für die PVA beim Pflegegeld auswertbar waren, stellten sich die Daten wie folgt dar: Im Zeitraum 2019 bis Juni 2024 erhielten 168 PAIS-Betroffene (Frauanteil: 70 %) Pflegegeld zuerkannt. Davon waren 139 Personen in den Pflegegeldstufen 1 oder 2, 24 in den Pflegegeldstufen 3 oder 4 und fünf Personen in den Pflegegeldstufen 5 bis 7. Das Durchschnittsalter betrug 52 Jahre. Der Gesamtaufwand belief sich auf 0,92 Mio. EUR.

Im Zeitraum 2020 bis 2024 bearbeitete die PVA 3.123 Pflegegeldfälle, bei denen Diagnosen auswertbar vorhanden waren; davon wurden 683 positiv erledigt.

(3) Darüber hinaus gab es auch andere Geld- und Sachleistungen, die PAIS-Betroffene bei Erfüllung der allgemein geltenden Voraussetzungen in Anspruch nehmen konnten. Dazu zählten z.B. die Krankenbehandlung in Form von ärztlicher Hilfe sowie Heilmittel und Heilbehelfe (Versicherungsleistungen der ÖGK), die Behandlung in einer Krankenanstalt, das Wiedereingliederungsgeld – zur Unterstützung von Menschen, die nach längerer Erkrankung schrittweise in den Arbeitsprozess zurückkehrten⁴¹ – und Sozialhilfeleistungen der Länder.

(4) Laut Aktionsplan PAIS wüssten Betroffene häufig nicht, welche Leistungen ihnen zustehen würden und welche beruflich-integrativen (z.B. Ergotherapie) und psycho-sozialen Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. Familienberatung, Betroffenenvertre-

³⁹ Insgesamt gab es 2.083 Anträge mit PAIS als Haupt- oder Zusatzdiagnose, die von der PVA medizinisch begutachtet wurden.

⁴⁰ BGBI. 110/1993 i.d.g.F.

⁴¹ für die Dauer der Wiedereingliederungsteilzeit



tung) es gebe. Er empfahl daher u.a. die Ausarbeitung eines „Informationspfads“ über alle potenziell verfügbaren sozioökonomischen Leistungen bei andauernder Krankheit für Betroffene und Angehörige.

- 8.2 Der RH hielt fest, dass PAIS-Betroffene, sofern sie die allgemein gültigen Voraussetzungen erfüllten, etwa Anspruch auf Geld-, Sach- bzw. Verwaltungsleistungen der Sozialversicherung und des Bundes hatten. Die vom RH analysierten Leistungen unterschieden im Zugang oder in den Anspruchsvoraussetzungen nicht zwischen PAIS-Betroffenen oder anderen anspruchsberechtigten Personen.

Der RH hielt fest, dass zwischen Jänner 2020 und Juni 2024 176 PAIS-Betroffene Rehabilitationsgeld bezogen. Im Zeitraum 2019 bis 2024 wurde 313 PAIS-Betroffene eine Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension zugesprochen.

Die Daten zum Pflegegeld waren insofern unvollständig, als eine qualitätsgesicherte Erfassung der ICD-10-Diagnosen bei Pflegegeldbegutachtungen nicht vorgesehen war. Gemäß den bei der PVA auswertbaren ICD-10-Codes erhielten im Zeitraum 2019 bis Juni 2024 168 PAIS-Betroffene Pflegegeld zuerkannt. Der überwiegende Teil (83 %) war in der Pflegegeldstufe 1 oder 2, fünf Personen in der Pflegegeldstufe 5, 6 oder 7.

Vor dem Hintergrund, dass Geld-, Sach- bzw. Verwaltungsleistungen zur sozialen Absicherung allen Anspruchsberechtigten unabhängig von ihrer Erkrankung zugänglich waren, hielt der RH eine Informationsübersicht mit generellen Hinweisen über gesetzlich verfügbare Angebote und Leistungen bei chronischen Krankheiten im Sozialbereich für zweckmäßig.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit der Sozialversicherung eine gesamthafte Informationsübersicht mit Links zu Websites über gesetzlich vorgesehene, verfügbare Leistungen im Sozialbereich des Bundes und der Sozialversicherung für chronisch Kranke und deren Angehörige auszuarbeiten.

- 8.3 Das Gesundheitsministerium nahm die Empfehlung in seiner Stellungnahme zur Kenntnis. Die von der gesetzlichen Sozialversicherung gewährten Leistungen würden an alle Personen, die die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen erfüllten, gleichermaßen und ohne Differenzierungen gewährt. Es werde nicht zwischen PAIS-Betroffenen und anderen anspruchsberechtigten Personen unterschieden. Neben den auf den jeweiligen Websites bereitgestellten Kontaktdata und Beratungsangeboten für die Inanspruchnahme und Durchführung medizinischer Maßnahmen seien vorrangig die jeweils behandelnden Ärztinnen und Ärzte als zuständige Ansprechpersonen heranzuziehen.

- 8.4 Der RH entgegnete dem Gesundheitsministerium, dass auch der Aktionsplan PAIS eine gesamthafte Informationsübersicht für chronisch Kranke und deren Angehörige



forderte. Eine solche könnte behandelnde Ärztinnen und Ärzte oder andere beratende Stellen ebenso entlasten bzw. unterstützen wie Betroffene bzw. deren Angehörige selbst. Dies vor allem auch im Hinblick auf Leistungen im Sozialbereich, wofür Ärztinnen und Ärzte nicht die erste Anlaufstelle waren. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Arbeitsunfähigkeitsmeldungen und Krankengeld

Arbeitsunfähigkeitsmeldungen

- 9.1 (1) Den Beginn der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit hatte die Ärztin bzw. der Arzt oder eine Krankenanstalt binnen einer Woche an den Krankenversicherungsträger zu melden.⁴² Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der ÖGK nutzten dafür das elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldeservice über das e-Card-System. Über dieses hatten sie u.a. Patientendaten, den Beginn und das (voraussichtliche) Ende der Arbeitsunfähigkeit und die Diagnose im Freitext an die ÖGK zu melden. Sofern nicht ohnehin ein ICD-10-Code als Freitext übermittelt wurde, wandelte die ÖGK diesen Freitext zunächst automationsunterstützt in einen solchen um.⁴³ Diagnosen, die etwa aufgrund von Rechtschreibfehlern oder wegen unüblicher Wortwahl nicht zugeordnet werden konnten, wurden zur Umwandlung in einen ICD-10-Code einer Sachbearbeiterin bzw. einem Sachbearbeiter zugeteilt, die bzw. der bei Unklarheiten auf ärztliche Ressourcen zurückgreifen konnte. Eine stationäre Aufnahme in einer Krankenanstalt oder in einer Kur-, Erholungs- oder Rehabilitations-Einrichtung führte automatisch zu einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung.
- (2) Die Arbeitsunfähigkeitsdaten würden laut ÖGK aufgrund des unterschiedlichen Codier- bzw. Diagnoseverhaltens ihrer Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, aufgrund der fehlenden Verpflichtung zur Diagnosedokumentation im niedergelassenen Bereich und wegen der fallweise nicht konkreten Diagnosenbenennungen durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Einschränkungen aufweisen (TZ 7). Insbesondere könne sich die Codier- bzw. Diagnosepraxis mit fortschreitender Forschung weiterentwickeln. Im überprüften Zeitraum habe es sich bei „Post COVID“ noch um eine sehr junge Erkrankung mit einer großen Symptomvielfalt gehandelt, wodurch sich auch unterschiedliche symptombezogene ICD-10-Codierungsmöglichkeiten ergeben hätten⁴⁴.

⁴² § 138 Abs. 3 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

⁴³ Die ÖGK verwendete dafür ein Software-Programm, das Freitextdiagnosen und auch entsprechende Abkürzungen mit einer laufend überarbeiteten Tabelle abglich. Die Tabelle enthielt die häufigsten Diagnosebegriffe und verknüpfte diese mit dem zugehörigen ICD-10-Code.

⁴⁴ So wurde laut ÖGK der Code U09.9 Post-Covid-19-Zustand etwa auch verwendet, um bei anderen Störungen anzugeben, dass sie im Zusammenhang mit einer vorausgegangenen (aber abgeschlossenen) COVID-19-Infektion standen.



(3) Bei der ÖGK waren im Zeitraum 1. Jänner 2020 bis 30. Juni 2024 104.199⁴⁵ abgeschlossene Arbeitsunfähigkeitsmeldungen von 96.333 Personen mit PAIS-Diagnosen erfasst. Zudem bestanden für diese Diagnosen noch 526 offene Arbeitsunfähigkeitsmeldungen von 526 Personen. Rund 90 % der abgeschlossenen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen fielen in die Jahre 2021 und 2022 (72 % im Jahr 2022 und 18 % im Jahr 2021).

Die im Zeitraum Jänner 2020 bis Ende Juni 2024 erfassten Personen waren im Durchschnitt 42 Jahre alt und würden laut ÖGK die Altersgruppe vor der Pensionierung abbilden.⁴⁶ In jedem Jahr waren mehr Frauen als Männer arbeitsunfähig gemeldet, insgesamt betrafen 58 % der 104.199 abgeschlossenen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen aufgrund einer PAIS-Diagnose Frauen. Laut ÖGK sei die stärkere Betroffenheit von Frauen bereits Gegenstand verschiedener Studien gewesen, jedoch noch nicht abschließend erklärbar.

(4) Die am häufigsten erfasste Dauer⁴⁷ für abgeschlossene Arbeitsunfähigkeitsmeldungen für PAIS-Diagnosen waren fünf Tage, gefolgt von zwei Tagen, drei Tagen, einem Tag und vier Tagen⁴⁸.

⁴⁵ Das waren 32 Fälle von G90.8 Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems, 7.742 Fälle von G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom und 96.425 Fälle von U09.9 Post-Covid-19-Zustand.

⁴⁶ Die Arbeitsunfähigkeitsdaten der ÖGK erfassten nur jene Personen, bei denen der ÖGK eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung übermittelt wurde. So waren z.B. Kinder oder Pensionistinnen und Pensionisten nicht oder nur in geringem Ausmaß erfasst.

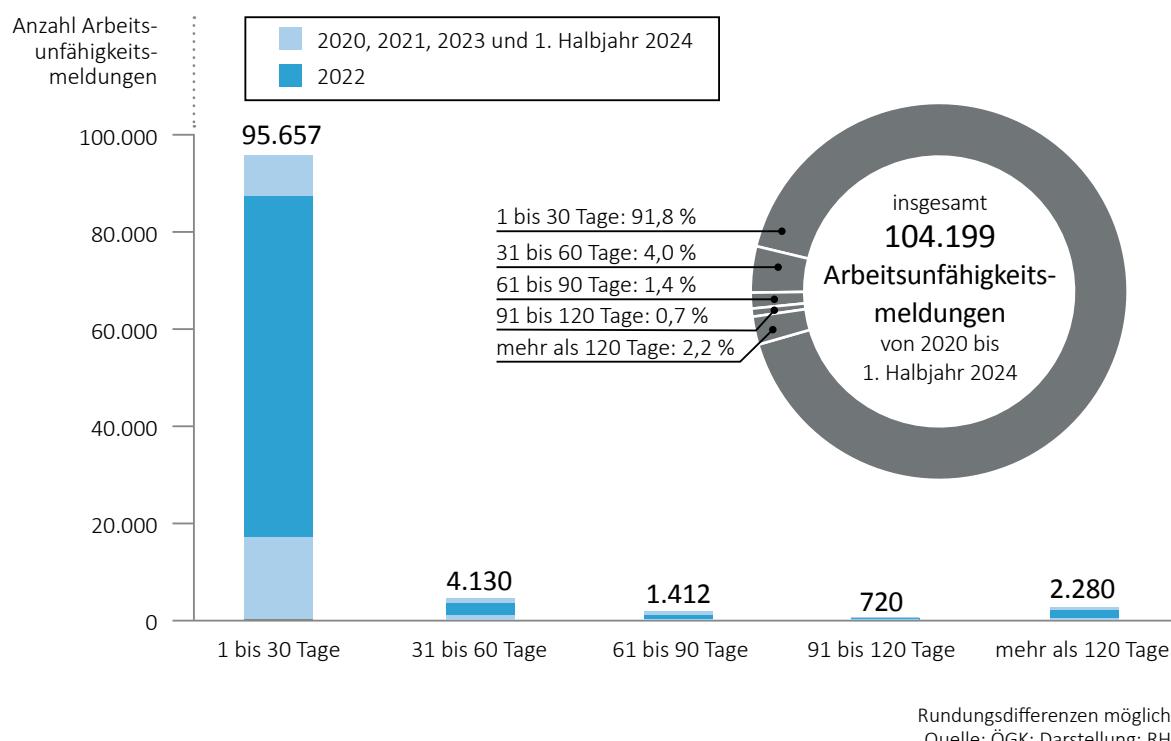
⁴⁷ Gemäß „Österreichischem Fehlzeitenreport 2024“ waren unselbstständig Beschäftigte im Jahr 2023 durchschnittlich 15,4 Kalendertage arbeitsunfähig gemeldet. Eine Arbeitsunfähigkeit dauerte durchschnittlich 9,3 Tage. 2023 dauerten 41 % aller erfassten Arbeitsunfähigkeitsfälle weniger als vier Tage.

⁴⁸ fünf Tage: 13.669 Fälle, zwei Tage: 12.143 Fälle, drei Tage: 11.873 Fälle, ein Tag: 10.457 Fälle, vier Tage: 10.354 Fälle



Die nachfolgende Abbildung stellt die Verteilung der 104.199 abgeschlossenen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen im Zeitverlauf dar:

Abbildung 2: Abgeschlossene PAIS-Arbeitsunfähigkeitsmeldungen –
1. Jänner 2020 bis 30. Juni 2024



Drei Viertel der 104.199 PAIS-Arbeitsunfähigkeitsmeldungen dauerten maximal zehn Tage, 90 % maximal 25 Tage. Bezogen auf die einzelnen Diagnosen waren etwa drei Viertel der Fälle bei Diagnose G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom nach maximal 15 Tagen und bei Diagnose U09.9 Post-Covid-19-Zustand nach maximal zehn Tagen abgeschlossen. Die ÖGK gab dazu an, dass jeder Krankheitsverlauf individuell sei, dies begründe die unterschiedlichen Krankheits- sowie Arbeitsunfähigkeitsdauern.

(5) Die Dauer länger währende PAIS-Arbeitsunfähigkeitsmeldungen häufte sich geringfügig bei 185 Tagen (rund ein halbes Jahr) sowie eindeutig bei 367 Tagen (rund ein Jahr). Laut ÖGK sei dies auf den maximalen Leistungszeitraum beim Krankengeld zurückzuführen; dieser war je nach dem zuvor bestehenden Versicherungsverhältnis mit 26 bzw. 52 Wochen festgesetzt (TZ 10). Personen, die ihren Anspruch auf Krankengeld ausgeschöpft hatten, wurden, wie auch bei einer Gesundmeldung, nicht mehr erfasst.



- 9.2 Der RH hielt fest, dass bei der ÖGK im Zeitraum Jänner 2020 bis Ende Juni 2024 104.199 abgeschlossene Arbeitsunfähigkeitsmeldungen von 96.333 Personen mit PAIS-Diagnosen erfasst waren. Zu berücksichtigen war etwa, dass die Arbeitsunfähigkeitsdaten der ÖGK nur jene Personen umfassten, bei denen der ÖGK auch eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung übermittelt wurde, und dass das Diagnose- und Codierverhalten der Ärztinnen und Ärzte unterschiedlich war. Rund 90 % der abgeschlossenen Arbeitsunfähigkeitsmeldungen fielen in die Jahre 2021 (18 %) und 2022 (72 %).

Die erfassten Personen waren durchschnittlich 42 Jahre alt und es waren mehr Frauen (rd. 58 %) als Männer an PAIS erkrankt. Die häufigste Diagnose war mit 93 % U09.9 Post-Covid-19-Zustand. Drei Viertel der 104.199 abgeschlossenen PAIS-Arbeitsunfähigkeitsmeldungen dauerten maximal zehn Tage, 90 % maximal 25 Tage.

Mangels valider Daten zum PAIS-Geschehen ([TZ 3](#)) erachtete der RH die Arbeitsunfähigkeitsdaten trotz ihrer Einschränkungen als eine zentrale Datenquelle.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit der ÖGK und den anderen Krankenversicherungsträgern sowie unter Einbindung des Nationalen Referenzzentrums ([TZ 21](#)) zu analysieren, ob und wie Arbeitsunfähigkeitsmeldungen die Datenlage zu PAIS verbessern können.

Zur Verbesserung der Datenqualität der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen verwies der RH auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in [TZ 7](#) zur Umsetzung der Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich spätestens mit 1. Jänner 2026.

- 9.3 Das Gesundheitsministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.
- 9.4 Der RH verwies gegenüber dem Gesundheitsministerium nochmals auf die Bedeutung von gesicherten epidemiologischen Daten zum PAIS-Geschehen in Österreich. Er wiederholte daher seine Empfehlung, die Datenlage zu verbessern, und erinnerte an die Zusage des Gesundheitsministeriums, die Datenlage zu PAIS möglichst rasch verbessern zu wollen, dies als Voraussetzung insbesondere für die Abschätzung des qualitativen und quantitativen Versorgungsbedarfs ([TZ 3](#)).



Krankengeld

10.1 (1) Anspruchsberechtigte (Tabelle 3, TZ 8) bekamen für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit⁴⁹ bis zur Dauer von 26 Wochen Krankengeld ausbezahlt. Waren diese innerhalb der letzten zwölf Monate vor dem Eintritt des Versicherungsfalles mindestens sechs Monate krankenversichert, verlängerte sich grundsätzlich⁵⁰ die Anspruchsdauer auf bis zu 52 Wochen. Durch die Satzung der zuständigen Krankenversicherungsträger konnte die Höchstdauer des Krankengeldanspruchs auf bis zu 78 Wochen erhöht werden.

Die ÖGK gewährte laut ihrer Satzung das Krankengeld bis zu 78 Wochen, wenn aufgrund einer ärztlichen Begutachtung durch den medizinischen Dienst das Erreichen der Arbeitsfähigkeit und die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess innerhalb dieses Zeitraums zu erwarten waren. Die ärztliche Begutachtung war spätestens in der 40. bis 44. Woche des Krankengeldbezugs durchzuführen.

Der Krankenversicherungsträger war darüber hinaus gemäß § 139 Abs. 6 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz verpflichtet, die versicherte Person sechs Wochen vor Ablauf der Höchstdauer des Krankengeldanspruchs (Aussteuerung) über den bevorstehenden Wegfall dieses Anspruchs und die sozialversicherungsrechtlichen Möglichkeiten in der Folge zu informieren. Zudem mussten die Krankenversicherungsträger eine Abschrift dieser Information dem zuständigen Pensionsversicherungsträger übermitteln. § 307h Allgemeines Sozialversicherungsgesetz sah für die Pensionsversicherungsträger wiederum vor, in Fällen des bevorstehenden Wegfalls des Krankengelds dafür zu sorgen, dass Gutachten bei z.B. Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension (TZ 15) innerhalb von sechs Wochen ab Antragstellung erstellt werden konnten.

Der RH erhabt anhand von zehn nach dem Zufallsprinzip ausgewählten, ausgesteuerten PAIS-Arbeitsunfähigkeitsfällen im Zeitraum Jänner 2020 bis Ende Juni 2024, ob die ÖGK die ärztlichen Begutachtungen spätestens in der 40. bis 44. Woche des Krankengeldbezugs durchführte. Diese fanden nicht in jedem Fall in diesem Zeitraum statt, bei einer Person etwa erst in der 55. Woche des Krankengeldbezugs. Die ÖGK begründete dies damit, dass einerseits bis Juni 2023 die COVID-19-Schutzmaßnahmen in Kraft gewesen seien (Krankengeldbeziehende konnten deshalb zwischen einer persönlichen, einer aktenlagigen Begutachtung mittels Befundübermittlung oder einer telefonischen Begutachtung wählen). Andererseits beschrieb die ÖGK

⁴⁹ Eine Auszahlung durch die Krankenversicherungsträger war gemäß §§ 138 und 139 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz grundsätzlich ab dem vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit vorgesehen. Der Dienstgeber zahlte das volle Gehalt bzw. den Lohn – abhängig von der Beschäftigungsdauer und den relevanten gesetzlichen Bestimmungen – in der Regel zwischen sechs und zwölf Wochen weiter aus.

⁵⁰ ausgenommen für die nach § 122 Abs. 2 Z 2 und 3 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz angeführten Personen (z.B. Personen, die nach § 21a Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977, BGBl. 609/1977 i.d.g.F., keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe hatten)



Fallkonstellationen, bei denen keine Untersuchung zwischen der 40. und 44. Woche erfolgte⁵¹.

(2) Nicht in jedem vom RH ausgewählten PAIS-Fall wurde die versicherte Person sechs Wochen vor Ablauf der Höchstdauer des Krankengeldanspruchs über den bevorstehenden Wegfall informiert bzw. wurde eine gleichlautende Abschrift dieser Information dem zuständigen Pensionsversicherungsträger übermittelt. Die ÖGK gab an, dass zwar nicht in jedem Fall ein gesondertes Schreiben an den Pensionsversicherungsträger beigefügt werde, dieser aber „jedenfalls über den Druck eines entsprechenden Schreibens informiert“ werde. Die genaue Form der Übermittlung sei abhängig von der jeweiligen Landesstelle bzw. deren Einstellung im verwendeten Software-Produkt.

(3) Im Zeitraum Jänner 2020 bis Ende Juni 2024 zahlte die ÖGK an wegen PAIS-Diagnosen als arbeitsunfähig gemeldete Personen rd. 30 Mio. EUR Krankengeld aus. Bei 91.913 (88,2 %) PAIS-Arbeitsunfähigkeitsmeldungen zahlte die ÖGK wegen der kurzen Dauer der Arbeitsunfähigkeit kein Krankengeld.

10.2 Der RH vermerkte kritisch, dass der medizinische Dienst der ÖGK – entgegen der Satzung der ÖGK – nicht in jedem vom RH nach dem Zufallsprinzip ausgewählten PAIS-Fall die Krankengeldbezieherinnen und -bezieher wegen PAIS spätestens in der 40. bis 44. Woche des Krankengeldbezugs begutachtete. Der RH wies darauf hin, dass durch Verzögerungen bei der Begutachtung auch das Risiko bestand, Versicherte nicht innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist von sechs Wochen vor Ablauf der Höchstdauer des Krankengeldanspruchs über das Bezugsende informieren zu können.

Der RH empfahl daher der ÖGK, im Interesse einer rechtzeitigen Information ihrer Versicherten über ein bevorstehendes Bezugsende die ärztlichen Begutachtungen von Krankengeldbezieherinnen und -beziehern satzungsgemäß durchzuführen.

Der RH bemängelte darüber hinaus, dass – je nach Landesstelle – die ÖGK, entgegen den gesetzlichen Vorgaben, nicht immer eine Abschrift des an die Versicherten versendeten Informationsschreibens über das bevorstehende Ende des Krankengeldbezugs an die Pensionsversicherungsträger übermittelte. Der RH hielt die bloße Information darüber, dass ein Schreiben versendet wurde, für nicht ausreichend. Er sah zudem das Risiko, dass die Pensionsversicherungsträger nicht vollständig informiert wurden, und verwies auf deren gesetzliche Verpflichtung, in Fällen des bevorstehenden Wegfalls des Krankengelds Gutachten z.B. in Fällen der Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension binnen sechs Wochen ab Antragstellung zu erstellen.

⁵¹ Gab es keine Abmeldung über den medizinischen Dienst der ÖGK, war die Abmeldung nicht im Software-Produkt der ÖGK abgebildet. Dies war z.B. der Fall bei automatischen Abmeldungen wie der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit wegen Arbeitsversuchs, Rehabilitationsaufenthalten oder Ortswechseln.



Der RH empfahl daher der ÖGK, sicherzustellen, dass ihre Landesstellen die Vorgaben gemäß § 139 Abs. 6 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz umsetzen und in Hinkunft Abschriften der Informationsschreiben an ihre Versicherten über den bevorstehenden Wegfall des Krankengeldbezugs in jedem Fall an die zuständigen Pensionsversicherungsträger übermitteln.

10.3 Die ÖGK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie die Versicherten spätestens sechs Wochen vor Ende des Krankengeldbezugs schriftlich informiere und zu einem Gespräch einlade. Das entspreche den Vorgaben der Satzung. Auch informiere die ÖGK Versicherte gemäß § 139 Abs. 6 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz sechs Wochen vor Erreichen der Höchstdauer des Anspruchs schriftlich. Die PVA erhalte diese Informationen in elektronischer Form. Die Empfehlungen seien damit erfüllt und würden laufend umgesetzt.

10.4 Der RH hielt gegenüber der ÖGK fest, dass ihm für die Jahre 2023 und 2024 Fälle vorlagen, bei denen die ÖGK Personen mit Krankengeldbezug erst in der 46. bis 55. Kalenderwoche begutachtete. Durch Verzögerungen bei der Begutachtung bestand auch das Risiko, Versicherte nicht innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist von sechs Wochen vor Ablauf der Höchstdauer des Krankengeldanspruchs über das Bezugsende informieren zu können.

Ebenso lagen dem RH für den Zeitraum Jänner 2020 bis Ende Juni 2024 Fälle vor, bei denen die ÖGK den Pensionsversicherungsträgern entgegen den gesetzlichen Bestimmungen keine gleichlautende Abschrift der Information über den bevorstehenden Wegfall des Krankengeldanspruchs übermittelte.

Insofern verblieb der RH bei seinen Empfehlungen.



Rehabilitation durch die Pensionsversicherungsanstalt

11.1 (1) Rehabilitation umfasste medizinische und berufliche Maßnahmen und – soweit dies zur Ergänzung erforderlich war – soziale Maßnahmen mit dem Ziel, die Erwerbsfähigkeit in Bezug auf die bisher ausgeübte Tätigkeit wiederherzustellen.⁵² Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation erbrachten primär die Pensionsversicherungsträger.⁵³

(2) Personen, die vorübergehend gemindert arbeitsfähig und rehabilitationsfähig waren, konnten beim zuständigen Pensionsversicherungsträger einen Antrag auf Rehabilitation stellen. Dieser Antrag war durch eine Ärztin bzw. einen Arzt medizinisch zu begründen (Diagnose bzw. Indikation). Die PVA rehabilitierte PAIS-Patientinnen und -Patienten in 15 eigenen Rehabilitationszentren, zwei PVA-eigenen ambulanten Zentren sowie in Vertragseinrichtungen (sowohl nach einer akuten COVID-19-Infektion als auch mit später einsetzenden Folgeerkrankungen). Da laut PVA eine PAIS-Erkrankung eine Vielzahl an Folgeschäden verursachen könne, richte sich die Rehabilitation nach der jeweiligen, oftmals individuellen Einschränkung (z.B. Atembeschwerden, Depressionen). Es gebe keine auf PAIS spezialisierten Einrichtungen und die Rehabilitation erfolge indikationsspezifisch.

(3) Laut PVA würde ihr medizinischer Dienst aufgrund der im Vordergrund stehenden Beschwerden Rehabilitationseinrichtungen zuweisen. Die Einrichtungen würden für PAIS-Patientinnen und -Patienten unterschiedliche, jeweils auf das individuelle Beschwerdebild adaptierte rehabilitative Programme anbieten.

Die PVA sei bemüht, eine Überbelastung von PAIS-Betroffenen im Rahmen der Rehabilitation durch angepasste Therapiepläne zu vermeiden. Die Erwerbsfähigkeit sollte durch die Rehabilitation erhalten bzw. wiederhergestellt, die Pflegebedürftigkeit vermindert bzw. verhindert und die Lebensqualität gesteigert werden.

(4) Die PVA bewilligte im Zeitraum 2019 bis 2024 14.240 Rehabilitationsaufenthalte⁵⁴ für PAIS-Betroffene⁵⁵ (davon 2.700 ambulant und 11.540 stationär⁵⁶). Dies

⁵² § 300 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

⁵³ Die Kranken- und Unfallversicherungsträger konnten ebenfalls medizinische Rehabilitation erbringen. Der RH überprüfte die medizinische Rehabilitation umfassend und veröffentlichte dazu die beiden Berichte „Medizinische Rehabilitation – Entwicklung und Steuerung“ (Reihe Bund 2024/34) und „Medizinische Rehabilitation – Organisation und Umsetzung“ (Reihe Bund 2024/35).

⁵⁴ Dies betraf 5.875 Männer und 8.365 Frauen; 7.277 Aufenthalte hatten U09.9 Post-COVID-19-Zustand als Zuweisungs- oder Entlassungsdiagnose; zusätzlich hatten 9.056 Aufenthalte diesen Code als Zusatzdiagnose. Zudem bewilligte die PVA im Zeitraum 2019 bis 2024 2.118 Personen mit einer PAIS-Zuweisungs- und/oder Entlassungsdiagnose, Haupt- und/oder Zusatzdiagnose einen Kuraufenthalt.

⁵⁵ als Zuweisungs- und/oder Entlassungsdiagnose, Haupt- und/oder Zusatzdiagnose

⁵⁶ stationäre Rehabilitation: Fälle, in denen Personen die stationäre Rehabilitation bewilligt bekamen und diese zumindest antraten; ambulante Rehabilitation: Fälle, in denen Personen die ambulante Rehabilitation bewilligt bekamen (Soll-Einheiten im Datensatz vorhanden)



entsprach 1,8 % der von der PVA insgesamt in diesem Zeitraum bewilligten 787.107 Rehabilitationsaufenthalte.

Während die stationären PAIS-Rehabilitationsaufenthalte im Jahr 2022 mit 4.425 Aufenthalten den Höhepunkt erreichten und danach stets abnahmen (2023: 3.143 Aufenthalte, 2024: 1.814 Aufenthalte), verzeichnete die ambulante PAIS-Rehabilitation gegenüber 2021 (196 Aufenthalte) eine Zunahme (2023: 930 Aufenthalte, 2024: 705 Aufenthalte).

Die PVA begründete die Abnahme der stationären Aufenthalte und die Zunahme der ambulanten Aufenthalte damit, dass nach Möglichkeit ein ambulantes Verfahren forciert werde.

(5) Konnte das Rehabilitationsziel innerhalb der Aufenthaltsdauer nicht erreicht werden, war eine Verlängerung des Aufenthalts möglich. Ein vorzeitiger Abbruch der Rehabilitation verkürzte den Aufenthalt.

(a) Bei 9.288 stationären PAIS-Rehabilitationen im Zeitraum 2019 bis 2024 war eine Aufenthaltsdauer von 22 Tagen vorgesehen. Davon absolvierten 78 % die vorgesehene Anzahl an Tagen, bei 9 % kam es zu einer Verkürzung (z.B. dauerten 305 Aufenthalte statt der vorgesehenen 22 Tage nur 19, 20 oder 21 Tage) und bei 13 % zu einer Verlängerung des Rehabilitationsaufenthalts (mit einer klaren Häufung bei 29 Tagen, das waren 1.058 Aufenthalte).

(b) Bei 1.971 stationären PAIS-Rehabilitationen im Zeitraum 2019 bis 2024 war eine Aufenthaltsdauer von 29 Tagen vorgesehen. Davon absolvierten 70 % die vorgesehene Anzahl an Tagen, bei 14 % kam es zu einer Verkürzung des Aufenthalts und bei 16 % der Aufenthalte zu einer Verlängerung (z.B. dauerten 108 Aufenthalte 36 Tage und 163 Aufenthalte 43 Tage).

(c) Verkürzungen seien laut PVA medizinisch (u.a. Fehlzuweisung der zuständigen Landesstelle, fehlendes Rehabilitationspotenzial) oder nicht medizinisch begründet (z.B. auf Patientenwunsch). Verlängerungen ergäben sich zum Teil aus der systembedingten Darstellung⁵⁷, zum Teil erfolgten sie z.B. aus medizinischen (z.B. Erkrankung während des Aufenthalts), sozialen (z.B. Verzögerungen bei der Organisation eines Heimplatzes) oder organisatorischen Gründen (z.B. anlässlich von Feiertagen).

⁵⁷ Ab dem Jahr 2022 gab es für Rehabilitationen eine einheitliche Aufenthaltsdauer von drei Wochen für alle Indikationen (ausgenommen Neurologie mit vier Wochen und Psychiatrie mit sechs Wochen). Längere Aufenthalte, die z.B. noch im Jahr 2021 regulär genehmigt worden waren, bildete die PVA im IT-System als Verlängerung ab.



(6) Der RH verglich bei Rehabilitationsaufenthalten mit den Diagnosen G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom und U09.9 Post-Covid-19-Zustand im Zeitraum 2019 bis 2024 die Zuweisungsdiagnose mit der Entlassungsdiagnose:

(a) Bei G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom behielten von 1.082 Rehabilitationsaufenthalten 42 % bei ihrem stationären Aufenthalt die Diagnose; bei 37 % änderte sich die Diagnose zu U09.9 Post-Covid-19-Zustand und bei 3 % zu Diagnosen, die psychische und Verhaltensstörungen betrafen.

Von 289 ambulanten Rehabilitationsaufenthalten behielten 66 % die Diagnose; bei 17 % änderte sich die Diagnose zu U09.9 Post-Covid-19-Zustand und bei 10 % war in den Auswertungen der PVA keine Entlassungsdiagnose vorhanden.

(b) Bei U09.9 Post-Covid-19-Zustand behielten von 1.387 Rehabilitationsaufenthalten 33 % bei ihrem stationären Aufenthalt die Diagnose; bei 26 % änderte sich die Diagnose zu Krankheiten des Atmungssystems und bei 18 % zur Diagnose G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom.

Von 323 ambulanten Rehabilitationsaufenthalten behielten 41 % die Diagnose; bei 9 % änderte sich die Diagnose zu G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom und bei 33 % war in den Auswertungen der PVA keine Entlassungsdiagnose vorhanden.

(c) Die PVA führte aus, dass im Zuge des Rehabilitationsaufenthalts ein umfassendes klinisches Bild erhoben werde, wodurch es zu Verschiebungen der Zuweisungshauptdiagnose und Entlassungshauptdiagnose kommen könne. Eine gute Abklärung im Vorfeld sei zweckmäßig, um die Zuweisung zielgerichtet vornehmen zu können.

(7) Der Aktionsplan PAIS empfahl im Handlungsfeld „Soziale Absicherung“ u.a. die „Förderung des Verbleibs im Berufsleben durch Früherkennung von gesundheitlichen Einschränkungen, Rehabilitation [...].“

11.2 Der RH hielt fest, dass die PVA für PAIS-Diagnosen von 2019 bis 2024 14.240 Rehabilitationsaufenthalte erfasste (2.700 ambulant und 11.540 stationär). Ambulante PAIS-Rehabilitationsaufenthalte stiegen von 2021 bis 2024 auf das 3,6-Fache (705 Aufenthalte) an, stationäre PAIS-Rehabilitationsaufenthalte erreichten im Jahr 2022 mit 4.425 Aufenthalten den Höhepunkt und sanken danach stetig (2024: 1.814 Aufenthalte).

Verbrachten PAIS-Betroffene ihre Rehabilitation in einer stationären Einrichtung, absolvierten 78 % die vorgesehene Aufenthaltsdauer von 22 Tagen, 13 % verlängerten ihren Aufenthalt und 9 % verkürzten ihn. Bei einer vorgesehenen Aufenthaltsdauer von 29 Tagen verbrachten 70 % die vorgesehene Dauer in der stationären



Rehabilitationseinrichtung, 14 % verkürzten und 16 % verlängerten ihren Aufenthalt.

Der RH verglich – sofern auswertbar – bei stationären und ambulanten Rehabilitationsaufenthalten mit den Diagnosen G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom und U09.9 Post-Covid-19-Zustand die Zuweisungsdiagnose mit der Entlassungsdiagnose. Bei G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom behielten von 1.082 stationären Aufenthalten 42 % und von 289 ambulanten Aufenthalten 66 % ihre Diagnose. Bei U09.9 Post-Covid-19-Zustand behielten von 1.387 stationären Aufenthalten 33 % und von 323 ambulanten Aufenthalten 41 % ihre Zuweisungsdiagnose. Dies, obwohl laut PVA eine gute Abklärung im Vorfeld zweckmäßig sei, um die Zuweisung zielgerichtet vornehmen zu können.

Der RH empfahl der PVA, zu analysieren, wie Zuweisungen zu Rehabilitationseinrichtungen zielgerichtet vorgenommen werden könnten, um einen optimalen Rehabilitationsaufenthalt sicherzustellen. In diese Analyse wären auch die Verkürzungen und Verlängerungen von PAIS-Rehabilitationsaufenthalten miteinzubeziehen.

Der RH wies darauf hin, dass der Aktionsplan PAIS im Handlungsfeld „Soziale Absicherung“ u.a. die „Förderung des Verbleibs im Berufsleben durch Früherkennung von gesundheitlichen Einschränkungen, Rehabilitation [...]“ empfahl. Auch vor dem Hintergrund, dass etwa von PAIS betroffene Pflegegeldbeziehende durchschnittlich 52 Jahre alt und damit im erwerbsfähigen Alter waren (TZ 8), befürwortete der RH das Streben nach einer möglichst langen Teilhabe am Berufsleben.

- 11.3 Die PVA nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.
- 11.4 Der RH verwies gegenüber der PVA nochmals auf das Ziel von Rehabilitationen, die Erwerbsfähigkeit in Bezug auf die bisher ausgeübte Tätigkeit wiederherzustellen. Er wiederholte seine Empfehlung und betonte nochmals die Bedeutung von zielgerichteten Zuweisungen zu Rehabilitationseinrichtungen für einen optimalen Rehabilitationsaufenthalt.



Stationäre Aufenthalte und ambulante Besuche in Fondskrankenanstalten

12.1 (1) Stationäre PAIS-Aufenthalte

(a) In den Jahren 2018 bis 2023 gab es in Fondskrankenanstalten insgesamt 2.737 stationäre Aufenthalte mit PAIS-Hauptdiagnosen und 9.168 Aufenthalte mit PAIS als Zusatzdiagnose. Von diesen insgesamt 11.905 Aufenthalten entfielen sowohl die meisten Haupt- als auch Zusatzdiagnosen (insgesamt 8.957, 75 %) auf Aufenthalte wegen der Diagnose U09.9 Post-Covid-19-Zustand (2.072 Aufenthalte mit Haupt- und 6.885 Aufenthalte mit Zusatzdiagnose). Dies, obwohl dieser ICD-10-Code – im Unterschied zu den anderen beiden PAIS-Diagnosen – erst seit 2021 verwendet wurde.

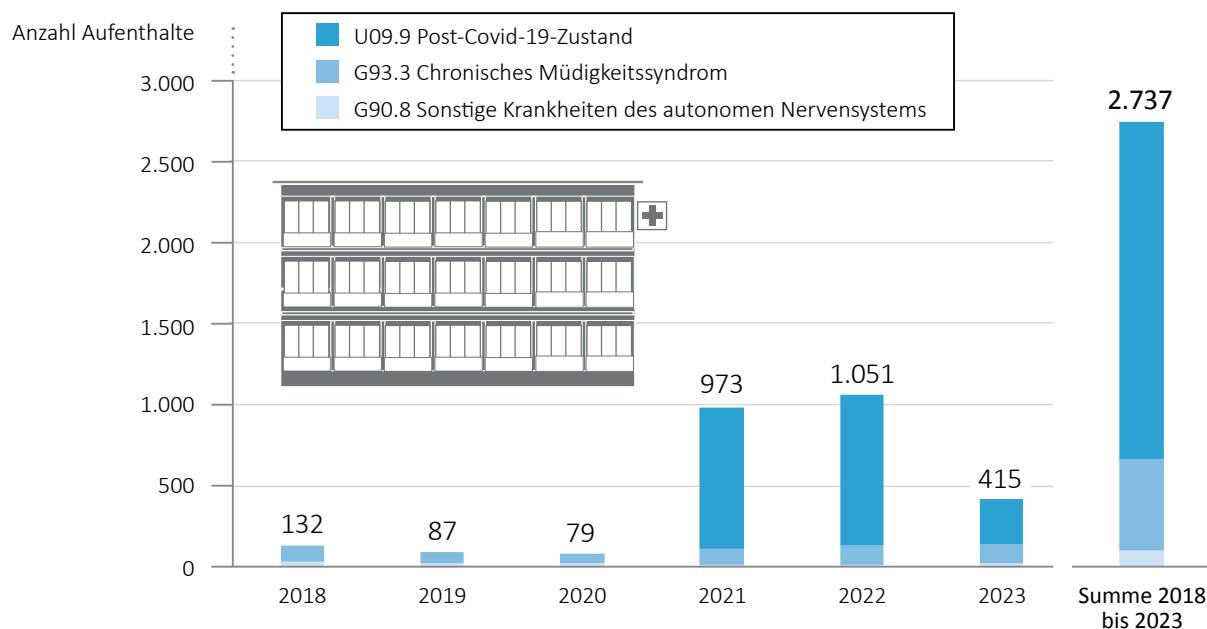
2.716 Aufenthalte (23 %) betrafen die Diagnose G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom (563 Aufenthalte mit Haupt- und 2.153 Aufenthalte mit Zusatzdiagnose) und 232 Aufenthalte (2 %) die Diagnose G90.8 Sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems (102 Aufenthalte mit Haupt- und 130 Aufenthalte mit Zusatzdiagnose).

Insgesamt gab es in den Jahren 2018 bis 2023 in Fondskrankenanstalten rd. 12 Mio. stationäre Aufenthalte.



(b) Im zeitlichen Verlauf stellten sich die 2.737 stationären Aufenthalte mit PAIS-Hauptdiagnosen in den Jahren 2018 bis 2023 wie folgt dar:

Abbildung 3: Stationäre Aufenthalte mit PAIS-Hauptdiagnosen



ICD-10 = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision)
PAIS = postakute Infektionssyndrome

Der ICD-10-Code U09.9 Post-Covid-19-Zustand wurde erst ab 2021 verwendet.

Quelle: DIAG; Darstellung: RH

Im Zeitraum 2018 bis 2023 fanden in Fondsärztekassen 38 % der 2.737 stationären Aufenthalte mit einer PAIS-Hauptdiagnose 2022 statt, 36 % im Jahr 2021 und 11 % in den Jahren 2018 bis 2020. Im Jahr 2023 war ein deutlicher Rückgang bei den Aufenthalten mit der Diagnose U09.9 Post-Covid-19-Zustand erkennbar. Das Gesundheitsministerium begründete die Entwicklungen u.a. mit der COVID-19-Pandemie.

(c) 83 % der 2.737 Aufenthalte mit PAIS-Hauptdiagnosen betrafen die Abteilungen Innere Medizin (52 %), Akutgeriatrie/Remobilisation (20 %) und Neurologie (11 %); 17 % unterschiedliche Abteilungen, wie Kinder- und Jugendheilkunde (5 %) oder Psychosomatik/Erwachsene (2 %). Die 9.168 PAIS-Zusatzdiagnosen betrafen u.a. stationäre Aufenthalte mit Hauptdiagnosen zu vor allem bösartigen Neubildungen (18 %), Krankheiten des Kreislaufsystems (16 %) und Krankheiten des Atmungssystems (12 %).⁵⁸

⁵⁸ Alle Angaben betrafen die jeweils entlassenden Abteilungen.



(d) Das durchschnittliche Alter der in den Jahren 2018 bis 2023 stationär aufgenommenen PAIS-Betroffenen (Hauptdiagnose) lag zwischen 48,4 Jahren (2019) und 60,2 Jahren (2022). Insgesamt betrachtet (gesamter Zeitraum und alle drei Diagnosen) waren 55 % weiblich.

(e) Die durchschnittliche Anzahl der Belagstage bei stationären Aufenthalten mit PAIS-Diagnosen betrug im Zeitraum 2018 bis 2023 etwa bei der Hauptdiagnose U09.9 Post-Covid-19-Zustand zwischen 9,9 Tage (2023) und 14,6 Tage (2021), bei G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom zwischen 3,4 Tage (2019) und 7,5 Tage (2021).

(2) Ambulante Besuche⁵⁹

(a) Im Unterschied zum stationären Bereich waren nach bundesweiten Vorgaben Diagnosen im spitalsambulanten Bereich bis Ende 2024 nur teilweise verpflichtend nach ICD-10 zu codieren; diese Verpflichtung betraf etwa alle vormals auch im stationären Bereich erbrachten Leistungen, wie Dialysen, Chemo- und Strahlentherapien oder Leistungen aus dem Tagesklinik-Katalog. Teilweise trafen die Länder Sonderregelungen. So hatten etwa die Kärntner Fondsrankenanstalten ab 2017 verpflichtend eine Diagnose pro ambulanten Besuch an den Kärntner Gesundheitsfonds zu übermitteln.⁶⁰

Ab 1. Jänner 2025 war bundesweit verpflichtend für jeden ambulanten Besuch mindestens eine Diagnose nach ICD-10 zu codieren, dies galt auch für telemedizinische Kontakte. Laut Gesundheitsministerium sei das Jahr 2025 als Einführungsjahr zu sehen, für das Jahr 2026 werde eine vollständige Datenmeldung erwartet.

(b) Bezogen auf die drei PAIS-Diagnosen waren im Zeitraum 2018 bis 2023 im spitalsambulanten Bereich insgesamt 4.266 ambulante PAIS-Besuche erfasst. Davon entfielen 85 % auf die Diagnose U09.9 Post-Covid-19-Zustand. Insgesamt betrachtet (gesamter Zeitraum und alle drei Diagnosen) waren 67 % weiblich. Laut Gesundheitsministerium würden die spitalsambulanten Daten mangels Codierungsverpflichtung das tatsächliche PAIS-Geschehen möglicherweise nicht vollständig abbilden.

Im Zeitraum 2018 bis 2023 wurden in Fondsrankenanstalten insgesamt 87,54 Mio. ambulante Besuche dokumentiert.

⁵⁹ Zusammenfassung von Kontakten von ambulanten Patientinnen und Patienten pro Kalendertag im spitalsambulanten Bereich, unabhängig von der Anzahl der besuchten Funktionseinheiten

⁶⁰ siehe dazu den RH-Bericht „Ambulante Versorgung in Kärnten“ (u.a. Reihe Kärnten 2023/5, TZ 4, TZ 5)



- 12.2 Der RH hielt fest, dass im Zeitraum 2018 bis 2023 in Fondskrankenanstalten insgesamt 11.905 stationäre Aufenthalte mit PAIS-Diagnosen (2.737 mit PAIS-Hauptdiagnosen und 9.168 Aufenthalte mit PAIS als Zusatzdiagnose) stattfanden. Davon entfielen insgesamt 75 % (8.957) auf die Diagnose U09.9 Post-Covid-19-Zustand. Insgesamt gab es in den Jahren 2018 bis 2023 in Fondskrankenanstalten rd. 12 Mio. stationäre Aufenthalte.

Im spitalsambulanten Bereich verzeichneten die Fondskrankenanstalten im genannten Zeitraum 4.266 PAIS-Besuche, auch hier dominierte die Diagnose U09.9 Post-Covid-19-Zustand mit einem Anteil von 85 %. Im Unterschied zum stationären Bereich war im spitalsambulanten Bereich jedoch erst ab 1. Jänner 2025 bundesweit verpflichtend für jeden ambulanten Besuch mindestens eine Diagnose nach ICD-10 zu codieren.

Der RH verwies auf seine Feststellungen in [TZ 3](#), dass nach Angaben der GÖG bzw. in der Leitlinie S1 das Codierverhalten etwa zur Diagnose U09.9 Post-Covid-19-Zustand bzw. für Long/Post COVID Verbesserungspotenzial aufwies, sowie auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium, geeignete Maßnahmen zu forcieren, um die PAIS-Datenlage zu verbessern.

Weiters wies der RH darauf hin, dass zur Zeit der Geburungsüberprüfung Länder spezifische PAIS-(Versorgungs-)Strukturen mit zum Teil unterschiedlichen Ansätzen überlegten, planten bzw. solche in Aussicht nahmen, wobei teilweise etwa auch die konkrete Ausgestaltung und Finanzierung noch unklar waren ([TZ 6](#)).

Vor diesem Hintergrund und angesichts der seit 1. Jänner 2025 geltenden umfassenden Codierpflicht im Krankenanstaltenbereich empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, auf eine treffende und umfassende Codierung sowohl im stationären als auch im spitalsambulanten Bereich hinzuwirken. Dies auch, um zur Verbesserung der PAIS-Datenlage beizutragen.

- 12.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei es im Rahmen seiner Möglichkeiten sehr bemüht, die verpflichtende Diagnosedokumentation ab dem Jahr 2026 sicherzustellen. Diese Daten seien wesentliche Voraussetzungen für Steuerung von Struktur, Organisation, Qualität und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung. Ebenso werde auf eine korrekte und vollständige Dokumentation geachtet werden.



Ausgewählte Aspekte zu Leistungen des Bundes Behindertenpass des Sozialministeriumservice

- 13.1 (1) Der Behindertenpass⁶¹ diente dem Nachweis einer Behinderung, gewährte selbst aber keine Geld- oder Sachleistungen. Ob und in welchem Ausmaß z.B. Vergünstigungen bzw. Zuwendungen bei Vorliegen eines gültigen Behindertenpasses gewährt wurden, regelten die jeweiligen Materiengesetze⁶² (TZ 8).

Das Sozialministeriumservice führte die Verfahren zur Feststellung des Grades der Behinderung und ermittelte diesen auf Basis einer ärztlichen Begutachtung (TZ 15). Die Vorgaben für das Sozialministeriumservice waren in der Einschätzungsverordnung⁶³ und deren Anlagen geregelt. PAIS-Diagnosen waren aus den Behindertenpassverfahren elektronisch nicht auswertbar.

(2) Eine Betroffenenorganisation ersuchte mit Schreiben vom Jänner 2024 das Gesundheitsministerium um Prüfung der Aufnahme der Erkrankung „„Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue Syndrom“ (ME/CFS) ICD-10 G93.3 in die Anlage zur Einschätzungsverordnung“. Sie begründete dies damit, dass das Fehlen von ME/CFS sowie PEM als Diagnoseposition in der Anlage zur Einschätzungsverordnung oft zu keiner, einer falschen oder inadäquaten Einstufung der Funktionseinschränkungen der Betroffenen führe.

(3) Das Gesundheitsministerium lehnte dieses Ansuchen mit Schreiben vom Oktober 2024 ab. Es begründete dies damit, dass es bei der Beurteilung des Grades der Behinderung nicht auf die Diagnosen, sondern vielmehr auf die Auswirkungen der jeweiligen Funktionsbeeinträchtigungen ankomme. Die Einschätzungsverordnung sehe vor, dass bei Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen, die nicht in der Anlage angeführt seien, der Grad der Behinderung in Analogie zu vergleichbaren Funktionsbeeinträchtigungen festzulegen sei. Die Auswirkungen von ME/CFS – auch unter Berücksichtigung der PEM-Symptomatik – würden daher von der Einschätzungsverordnung erfasst und auch bei der Feststellung des Grades der Behinderung berücksichtigt werden.

Zudem wies das Gesundheitsministerium darauf hin, dass der Nationale Aktionsplan Behinderung 2022–2030 eine „Evaluierung sowie die Prüfung einer Weiterentwick-

⁶¹ §§ 40 ff. Bundesbehindertengesetz, BGBl. 283/1990 i.d.g.F.

⁶² Mit dem Zusatzeintrag „Unzumutbarkeit der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel wegen dauerhafter Mobilitäts einschränkung aufgrund einer Behinderung“ war z.B. die Befreiung von der motorbezogenen Versicherungssteuer (laut Versicherungssteuergesetz 1953, BGBl. 133/1953 i.d.g.F.) oder eine kostenlose Autobahnvignette (laut Bundesstraßen-Mautgesetz 2002, BGBl. I 109/2002 i.d.g.F.) verbunden; siehe auch <https://www.bmf.gv.at/themen/steuern/kraftfahrzeuge/motorbezogene-versicherungsteuer/befreiungen-motorbezogene-vers.html> (abgerufen am 6. März 2025).

⁶³ BGBl. II 261/2010 i.d.g.F.



lung der Einschätzungsverordnung“ vorsehe. Das Gesundheitsministerium werde die vorliegenden wissenschaftlichen Kenntnisse zu ME/CFS in den Diskussionsprozess zur Weiterentwicklung der Einschätzungsverordnung mitaufnehmen.

Der Nationale Aktionsplan Behinderung 2022–2030 führte zur Einschätzungsverordnung aus, dass diese noch eine Feststellung des Grades der Behinderung nach überwiegend medizinischen Kriterien vorgebe. Mehrere Organisationen der Menschen mit Behinderungen hätten in einem gemeinsamen Strategiepapier darauf hingewiesen, dass die Einschätzungen zu sehr auf einem medizinischen, defizitorientierten Zugang zu Menschen mit Behinderungen beruhen würden.

- 13.2 Der RH wies darauf hin, dass der Nationale Aktionsplan Behinderung 2022–2030 auf den defizitorientierten Ansatz der Einschätzungsverordnung aufmerksam machte. Das Vorhaben des Gesundheitsministeriums, die wissenschaftlichen Kenntnisse zu ME/CFS in die im Nationalen Aktionsplan Behinderung 2022–2030 vorgesehene Weiterentwicklung der Einschätzungsverordnung und in den damit verbundenen Diskussionsprozess einfließen zu lassen, hielt der RH für zweckmäßig.

Anträge auf Pflegegeld wegen PAIS

- 14.1 (1) War bei einer Person ein ständiger Pflegebedarf von mehr als 65 Stunden monatlich gegeben und erfüllte diese auch die übrigen Voraussetzungen⁶⁴ für den Bezug, konnte sie Pflegegeld gemäß Bundespflegegeldgesetz⁶⁵ beziehen (TZ 8).

Der Pflegebedarf wurde auf Basis der Einstufungsverordnung⁶⁶ zum Bundespflegegeldgesetz beurteilt, Pflegegeld in sieben Stufen gewährt. Bei Pflegegeldanträgen war nur dann ein ICD-10-Code bzw. eine Diagnose vorhanden, wenn eine Ärztin oder ein Arzt begutachtete.

(2) Das Gesundheitsministerium prüfte im November 2024 bei der PVA den Vollzug des Bundespflegegeldgesetzes im übertragenen Wirkungsbereich⁶⁷. Im Vorfeld (Juli 2024) trug das Gesundheitsministerium der PVA „aufgrund der wachsenden Bedeutung des Themas ME/CFS bzw. PAIS“ auf, im Zeitraum 1. August bis 31. Oktober 2024 eine Statistik über jene Fälle zu führen, bei denen im Rahmen der Pflege-

⁶⁴ ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung bzw. einer Sinnesbehinderung, die voraussichtlich mindestens sechs Monate andauerte, und gewöhnlicher Aufenthalt in Österreich (Ausnahmen bei einem Staat des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz)

⁶⁵ § 4

⁶⁶ BGBl. II 37/1999 i.d.g.F.

⁶⁷ Selbstverwaltungskörpern, wie den Trägern der Sozialversicherung, konnten Aufgaben der staatlichen Verwaltung übertragen werden (Art. 120b Abs. 2 Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl. 1/1930 i.d.g.F.).



geldeinstufung das Vorliegen eines PAIS-Krankheitsbildes angegeben oder nachgewiesen wurde.⁶⁸

(3) Die PVA übermittelte dem Gesundheitsministerium in der Folge eine Statistik über österreichweit 36 Fälle, die einen möglichen PAIS-Bezug hatten oder haben konnten. In Anbetracht des Zeitraums von drei Monaten könne österreichweit, so die PVA, von rund zwölf Pflegegeldfällen mit einem möglichen PAIS-Bezug pro Monat gesprochen werden.

(4) Das Gesundheitsministerium kam zum Schluss, dass die Gutachten in den 36 von ihm geprüften Fällen zur Gänze korrekt ausgeführt worden seien. Der sich ergebende Pflegebedarf sei klar dargestellt und gut begründet. Bei den 25 Anträgen auf Zuerkennung von Pflegegeld sei in 48 % der Fälle (zwölf Anträge) Pflegegeld gewährt worden – davon in zwei Fällen befristet – und in 52 % der Fälle der Antrag abgelehnt worden. Der Großteil der Begutachtungen (27 Fälle oder 75 %) habe im Rahmen eines Hausbesuchs, zwei Begutachtungen hätten sowohl als Hausbesuch als auch in einem „Kompetenzzentrum Begutachtung“⁶⁹ (in der Folge: **Begutachtungskompetenzzentrum**) und 19 % der Begutachtungen in Begutachtungskompetenzzentren der PVA stattgefunden.

(5) Der RH überprüfte 20 dieser 36 Fälle mit Pflegegeldbezug u.a. auf Nachvollziehbarkeit und Verfahrensdauer:

- Davon waren zwölf Fälle Anträge auf Zuerkennung von Pflegegeld, drei Anträge auf Erhöhung des Pflegegelds und fünf Fälle Prüfungen wegen der Weitergewährung nach befristetem Pflegegeldbezug. Sechs Anträge auf Zuerkennung und zwei Anträge auf Erhöhung lehnte die PVA ab.
- Drei der antragstellenden Personen waren männlich, 17 weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 43,5 Jahren.
- Rund ein Drittel der Gutachten enthielt eine pflegegeldrelevante „F-Hauptdiagnose“⁷⁰, ein weiteres Drittel nannte als pflegegeldrelevante Hauptdiagnose G93.3 Chronisches Müdigkeitssyndrom. Die übrigen Fälle wiesen einen PAIS-Bezug entweder in ihrer Haupt- oder Zusatzdiagnose auf.
- Bei 16 Fällen setzte die PVA als Erstkontakt einen Hausbesuch an. Waren Antragstellerinnen und Antragsteller etwa beim angekündigten Hausbesuch nicht anzutreffen, lud die PVA sie ins Begutachtungskompetenzzentrum ein.

⁶⁸ Pflegefall-Dokumentationen, die im Antragsformular, in medizinischen Unterlagen (z.B. Befunden) oder in mindestens einem Gutachten einen Kontext mit „ME/CFS bzw. PAIS“ aufwiesen

⁶⁹ seit 2013 bei der PVA in den Landesstellen eingerichtet und für medizinische, berufskundliche und arbeitsmarktzogene Gutachten zuständig (§ 307g Allgemeines Sozialversicherungsgesetz)

⁷⁰ F-Diagnosen waren gemäß ICD-10 psychische und/oder Verhaltensstörungen.



- Von der Antragstellung bis zur Bescheiderstellung (in der Folge: **Verfahrensdauer**) vergingen durchschnittlich 89 Tage. Die kürzeste Dauer lag bei 42 Tagen. Waren Antragstellerinnen und Antragsteller bei angekündigten Hausbesuchen nicht anzutreffen, konnte die Verfahrensdauer laut Fallauswahl bis zu 167 Tage betragen. Bescheide über Anträge auf Zuerkennung des Pflegegelds waren nach Bundespflegegeldgesetz⁷¹ binnen sechs Monaten nach dem Einlangen des Antrags zu erlassen.
 - Die Entscheidungen in den 20 überprüften Fällen waren für den RH aufgrund der Aktenlage nachvollziehbar.
- 14.2 Der RH wies darauf hin, dass das Gesundheitsministerium im November 2024 bei der PVA eine Prüfung zum Vollzug des Bundespflegegeldgesetzes im übertragenen Wirkungsbereich durchführte. Die PVA ging im Zeitraum 1. August bis 31. Oktober 2024 österreichweit von rund zwölf Pflegegeldanträgen mit einem möglichen PAIS-Bezug pro Monat aus. Das Gesundheitsministerium kam zum Ergebnis, dass die Gutachten in den 36 von ihm geprüften Fällen korrekt ausgeführt worden seien.
- Auch die Überprüfung von PAIS-bezogenen Pflegegeldfällen durch den RH ergab, dass der überwiegende Teil der Betroffenen weiblich und im erwerbsfähigen Alter war (wie auch die Auswertung anderer Datenquellen, z.B. der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen der ÖGK, ergab; [TZ 9](#)). Die im Bundespflegegeldgesetz vorgesehene sechsmonatige Frist zur Bescheiderlassung wurde in allen vom RH überprüften Fällen eingehalten.
- Der RH hielt fest, dass die Pflegegeldakten zu PAIS im Hinblick auf die unzureichende Datenlage ([TZ 3](#)) eine weitere Informationsquelle über die tatsächliche Anzahl der PAIS-Betroffenen in Österreich sein konnten. Diese Daten boten – im Unterschied zu den nach ICD-10-Diagnosen elektronisch auswertbaren Daten in [TZ 8](#) – ein umfassenderes Bild des PAIS-Geschehens, sofern Diagnosen aufgrund einer ärztlichen Begutachtung vorhanden waren ([TZ 15](#)).
- [Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Pensionsversicherungsträgern zu analysieren, ob die systematische Erfassung aller vorhandenen Diagnosen bei Pflegegeldbegutachtungen im Sinne einer zusätzlichen auswertbaren Datenquelle für das PAIS-Geschehen in Österreich zweckmäßig wäre.](#)
- 14.3 Das Gesundheitsministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis. ME/CFS-Fälle würden nicht automatisiert in der Pflegegeldinformationsdatenbank erfasst. Angesichts der zunehmenden Relevanz dieser Thematik sowie im Hinblick auf die Ausführungen des RH habe es die PVA ersucht, eine gesonderte Liste zu führen, in welchen Pflegegeldverfahren im Zuge der Oberbegutachtung ein Zusammenhang mit ME/CFS festgestellt worden sei. Diese Liste werde einmal im

⁷¹ § 28



Quartal dem Gesundheitsministerium übermittelt. Die Verarbeitung dieser Daten (Datum der Absprache, Land, Ergebnis des Verfahrens sowie Pflegegeldstufe mit Verfahrensabschluss) erfolge manuell. Diese Vorgangsweise solle schrittweise ausgebaut, weiterentwickelt und laufend evaluiert werden.

- 14.4 Der RH hob gegenüber dem Gesundheitsministerium hervor, dass er die manuelle Datenerhebung durch die PVA und die quartalsmäßige Übermittlung an das Gesundheitsministerium als einen ersten Schritt zur Datengewinnung zum PAIS-Geschehen in Österreich sah. Aus Sicht des RH konnte dies aber die (automatisierte) systematische Erfassung aller vorhandenen Diagnosen in auswertbarer Form nicht ersetzen. Er verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Begutachtungen

- 15.1 (1) Für die Zuerkennung etwa von Pflegegeld, Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension oder des Behindertenpasses (TZ 8) war in vielen Fällen eine medizinische (d.h. ärztliche oder pflegerische) Begutachtung der Antragstellerinnen und Antragsteller durch die PVA bzw. das Sozialministeriumservice notwendig.⁷² Medizinische Gutachten dienten der Sachverhaltsfeststellung und stellten eine wesentliche Entscheidungsgrundlage dar.

Ärztliche Gutachten durften nur nach gewissenhafter ärztlicher Untersuchung und nach genauer Erhebung der im Gutachten zu bestätigenden Tatsachen ausgestellt werden.⁷³ Sie mussten zudem u.a. objektiv, schlüssig und nachvollziehbar sein und dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. Ziel war es, die beauftragte Fragestellung zu beantworten. Sowohl die PVA als auch das Sozialministeriumservice bedienten sich dafür externer und angestellter medizinischer Gutachterinnen und Gutachter.

(2) Weder die PVA noch das Sozialministeriumservice hatte besondere Vorgaben für die medizinische Begutachtung von Personen mit PAIS. Die Gutachterinnen und Gutachter der PVA und des Sozialministeriumservice erstellten medizinische Gutachten im Vier-Augen-Prinzip, durch Einhaltung einer „Oberbegutachtung“. Dabei wurden Gutachten von Ärztinnen und Ärzten der PVA bzw. des Sozialministeriumservice aktenmäßig auf Vollständigkeit und Schlüssigkeit geprüft. Beide vom RH überprüften Einrichtungen stellten ihren Gutachterinnen und Gutachtern interne

⁷² Der RH überprüfte in diesem Zusammenhang ausgewählte Begutachtungsprozesse der PVA (Pflegegeld und Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension) und des Sozialministeriumservice (Behindertenpass). Begutachtungsprozesse der ÖGK untersuchte der RH ausschließlich im Zusammenhang mit dem Krankengeld; er stellt seine Ergebnisse gesondert in TZ 10 dar.

⁷³ § 55 Ärztegesetz 1998, BGBl. I 169/1998 i.d.g.F.



Informationen und detaillierte Anleitungen zur Erstellung von Gutachten zur Verfügung.

(3) Die Begutachtungsverfahren der PVA waren wie folgt ausgestaltet:

(a) Die PVA führte Begutachtungen z.B. in Angelegenheiten der Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension mit fachärztlicher Expertise (interdisziplinäre Begutachtung einschließlich eventuell erforderlicher Zusatzuntersuchungen) in ihren Begutachtungskompetenzzentren durch.

In begründeten Ausnahmefällen würden laut PVA bei der Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension etwa für bewegungsunfähige bzw. bettlägerige Personen ein Krankentransport zur Verfügung gestellt oder unter bestimmten Voraussetzungen⁷⁴ Hausbesuche durchgeführt. Eine Begutachtung im Begutachtungskompetenzzentrum sei jedoch oftmals aus diagnostischen Gründen erforderlich, weil nur dort z.B. notwendige Untersuchungsgeräte, insbesondere für Fachärztinnen und Fachärzte, vorhanden seien.

Die Gesamtbeurteilung des Gutachtens sei, so die PVA, das Ergebnis aus Anamnese- gespräch, klinischem Status, Untersuchungsergebnissen und zur Verfügung gestellten Außenbefunden.

(b) Bei Anträgen auf Zuerkennung oder Erhöhung des Pflegegelds begutachtete die PVA bei den Antragstellerinnen und Antragstellern „tunlichst“ zu Hause. Dies auch, weil für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit auch das häusliche Umfeld zu beurteilen sei.

(c) Sofern Anträge auf Pflegegeld und Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension kombiniert wurden, entscheide die PVA individuell über den Begutachtungsort. Sollte eine Untersuchung in Begutachtungskompetenzzentren nicht möglich sein, bestehne die Möglichkeit – sofern keine weiteren (fach-)ärztlichen Gutachten erforderlich wären –, im Rahmen der Oberbegutachtung auf Basis der Pflegegeldgutachten eine Entscheidung über die Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension zu treffen.

(d) Der Begutachtungsort bzw. Anhaltspunkte über die Entscheidung darüber waren weder bei der PVA, z.B. als Prozess, noch gesetzlich explizit festgelegt. Entscheidungen über Hausbesuche, aber auch über Krankentransporte und die Zulässigkeit von Gutachten ohne persönliche Begutachtung wurden individuell getroffen.

⁷⁴ sofern einer medizinischen Begründung zufolge ein Krankentransport oder eine Begutachtung im Begutachtungskompetenzzentrum nicht zumutbar sei



(4) Die Begutachtungsverfahren des Sozialministeriumservice waren wie folgt ausgestaltet:

(a) Das Sozialministeriumservice führte seine Begutachtungen mit Ausnahme von „Aktengutachten“ in seinen Landesstellen oder in den Arztpraxen externer Gutachterinnen und Gutachter durch. Krankentransporte für mobilitätseingeschränkte Personen waren möglich, wurden aber nicht vom Sozialministeriumservice organisiert. Zudem wurden Pflegegeldgutachten unter bestimmten Umständen berücksichtigt. In besonderen Einzelfällen seien laut Sozialministeriumservice auch Hausbesuche möglich. Schriftliche Vorgaben zur Entscheidungsfindung (z.B. Prozesse) gab es dazu keine.

(b) Unter anderem die (Un-)Zulässigkeit⁷⁵ von „Aktengutachten“ regelte das Sozialministeriumservice schriftlich in einer speziellen Arbeitsunterlage für Gutachterinnen und Gutachter mit dem Titel „Das ärztliche Gutachten im Auftrag des Sozialministeriumservices“. Durch Erlass des Gesundheitsministeriums aus dem Jahr 2021 waren zudem Fälle festgelegt, in denen eine Begutachtung unterbleiben konnte.⁷⁶

(5) Zur Erstellung von Gutachten im Rahmen der Verfahren über die Gewährung einer Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension bei der PVA oder des Behindertenpasses beim Sozialministeriumservice waren Ärztinnen und Ärzte⁷⁷ berufen. Beim Pflegegeld waren zur Erstellung von Gutachten sowohl Ärztinnen und Ärzte⁷⁸ als auch Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger befugt.⁷⁹ Die Höhe des Honorars bei Pflegegeldbegutachtungen war bei beiden Berufsgruppen gleich.⁸⁰ Die Fragestellungen bzw. die Anforderungen an die Gutachten unterschieden sich je nach Verfahren, so waren bei der Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension u.a. die Leistungseinschränkung und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen, beim Pflegegeld der Pflegebedarf. Das Sozialministeriumservice zog aufgrund eines Erlasses des Gesundheitsministeriums ärztliche und pflegerische Pflegegeldgutachten aus dem Pflegegeldverfahren als Entscheidungsgrundlage heran.

15.2 Der RH hielt fest, dass den Gutachten sowohl bei der Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension als auch im Verfahren zum Pflegegeld und zum Behindertenpass erhebliche Bedeutung zukam. Er beurteilte die Umsetzung des Vier-Augen-Prinzips

⁷⁵ So waren Aktengutachten z.B. bei psychiatrischen Erkrankungen ausgeschlossen, aber zur Einschätzung des Sehvermögens möglich, sofern ein fachärztlicher Befund der Sehschärfe und des Gesichtsfelds vorlag.

⁷⁶ Bei Blindheit oder Taubblindheit etwa musste der ärztliche Dienst nicht befasst werden.

⁷⁷ Je nach Fragestellung begutachteten sowohl bei der PVA als auch beim Sozialministeriumservice Fachärztinnen und Fachärzte oder Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner.

⁷⁸ meist Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner

⁷⁹ § 8 Einstufungsverordnung

⁸⁰ Für ein Pflegegeldgutachten bezahlte die PVA zur Zeit der Geburungsüberprüfung 90 EUR, zudem gab es einen Zuschlag für Hausbesuche in Höhe von 24 EUR und für vergebliche Hausbesuche in Höhe von 27 EUR. Fachärztinnen und Fachärzte bekamen noch einen gesonderten Zuschlag in Höhe von 54 EUR.



sowohl bei der PVA als auch beim Sozialministeriumservice in Form von Oberbegutachtungen positiv.

Allerdings hatte weder die PVA noch das Sozialministeriumservice besondere Vorgaben für Gutachten zu PAIS. Der RH wies darauf hin, dass es sich bei PAIS um eine Erkrankung handelte, bei der einerseits die Definition unklar bzw. unterschiedlich und andererseits die Diagnostik schwierig war (TZ 2).

Der RH hielt fest, dass das Sozialministeriumservice für die Erstellung von Gutachten, mit Ausnahmefällen, keine Hausbesuche veranlasste; die Begutachtung fand in den jeweiligen Landesstellen oder in Arztpraxen statt. Die PVA führte Begutachtungen zu Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension in Begutachtungskompetenzzentren durch. Hausbesuche würden laut PVA „tunlichst“ im Bereich des Pflegegelds durchgeführt, im Bereich der Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension waren solche nur in Ausnahmefällen möglich. Bei einer Kombination von Anträgen auf Pflegegeld und Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension konnten laut PVA die im häuslichen Umfeld erhobenen Pflegegeldgutachten in manchen Fällen auch für die Entscheidung über die Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension herangezogen werden. Dies entschied die PVA individuell. Für (stark) mobilitätseingeschränkte Personen waren bei PVA und Sozialministeriumservice Krankentransporte möglich.

Der RH wies darauf hin, dass es bei der PVA bzw. beim Sozialministeriumservice unterschiedliche Möglichkeiten der Begutachtung gab (Hausbesuch, in Begutachtungskompetenzzentren, ohne persönliche Begutachtung, Verzicht auf Gutachten). Er bemängelte in diesem Zusammenhang, dass es weder bei der PVA noch beim Sozialministeriumservice schriftliche Vorgaben (z.B. Prozesse) zur Möglichkeit von Hausbesuchen gab. Zudem hatte die PVA – im Unterschied zum Sozialministeriumservice – keine vorab definierten Richtlinien, unter welchen Voraussetzungen z.B. Gutachten ohne persönliche Begutachtung erfolgen konnten.

Der RH empfahl daher dem Sozialministeriumservice und der PVA, im Interesse der Nachvollziehbarkeit vorab Kriterien schriftlich festzulegen, wann welche Art der Begutachtung – insbesondere persönliche Begutachtungen wie Hausbesuche oder z.B. in Begutachtungskompetenzzentren – grundsätzlich zur Anwendung kommen sollte. Dabei wären auch die Art der Erkrankung, die im Gutachten zu beurteilende Frage, die gesetzlichen Vorgaben und die personellen und finanziellen Ressourcen der PVA bzw. des Sozialministeriumservice zu berücksichtigen.

- 15.3 (1) Das Gesundheitsministerium hielt in seiner Stellungnahme grundsätzlich fest, dass das Bundespflegegeldgesetz keinen Rechtsanspruch auf eine Begutachtung in häuslicher Umgebung kenne. Vielmehr hänge die konkrete Form der Begutachtung vom jeweiligen Einzelfall ab (z.B. Art der Erkrankung, gegebenenfalls weitere Anträge wie Rehabilitationsgeld). Wie der RH ausführte, werde die Pflegegeldbegutachtung



grundsätzlich zu Hause durchgeführt. Etwa regle § 29 der Richtlinien für die einheitliche Anwendung des Bundespflegegeldgesetzes des Dachverbands der Sozialversicherungsträger mit den Festlegungen zur „Ärztliche[n] und pflegerische[n] Begutachtung“⁸¹, wie eine Begutachtung zu erfolgen habe.

Für die Zuerkennung von Pflegegeld gebe es klare gesetzliche Grundlagen, an die die zuständigen Träger als vollziehende Behörden gebunden seien. Ausschlaggebend seien demnach nicht eine Diagnose für sich, sondern die daraus resultierenden, individuellen physischen und/oder psychischen Beeinträchtigungen.

Zum Vollzug im Bereich des Sozialministeriumservice würden zur Zeit der Stellungnahme interne schriftliche Regelungen fehlen, unter welchen (eingeschränkten) Voraussetzungen Begutachtungen in Form von Hausbesuchern stattfinden könnten. Die Empfehlung werde zum Anlass genommen, diese Lücke zu schließen. Ob im konkreten Fall ein Aktengutachten (ohne persönliche Begutachtung) erstellt werden könne oder eine persönliche Begutachtung erforderlich sei, entscheide letztlich die bzw. der begutachtende ärztliche Sachverständige.

Sowohl dem Gesundheitsministerium als auch dem Sozialministeriumservice sei die rasche und zielgerichtete Durchführung der Verwaltungsverfahren – dazu zähle insbesondere auch die Erstellung von Gutachten – wichtig, dies nicht zuletzt angeichts der Verfügbarkeit von Gutachterinnen und Gutachtern und des Anspruchs auf eine qualitativ hochwertige, korrekte und dennoch schnellstmögliche Erledigung im Interesse der Antragstellerinnen und Antragsteller. Daher gebe es bereits einen Abstimmungsprozess zwischen Gesundheitsministerium und Sozialministeriumservice, um die gängige Praxis zu prüfen und allfällige neue Vorgaben festzulegen.

(2) Die PVA nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis. Die Art der Begutachtung werde in ihrem Zuständigkeitsbereich in jedem Einzelfall individuell vorgegeben, sodass für jede Versicherte und jeden Versicherten die bestmögliche Art der Begutachtung stattfinde.

⁸¹ Das Gesundheitsministerium zitierte dazu in seiner Stellungnahme aus diesen Richtlinien: „Außer den Erfordernissen des § 8 der Verordnung in der geltenden Fassung soll von den Sachverständigen folgende Vorgangsweise bei der Begutachtung eingehalten werden:

1. Hausbesuche bei Antragsteller:innen (Pflegebedürftigen) sind binnen einer angemessenen Frist anzukündigen und zum angegebenen Untersuchungstermin durchzuführen.
2. Bei Verständigung über den Hausbesuch soll auf das Recht des/der Pflegebedürftigen hingewiesen werden, auf seine/ihre Kosten eine Vertrauensperson zur Begutachtung beiziehen zu können.
3. Die Angaben der Vertrauensperson sind in angemessener Weise vom Sachverständigen im Sinne der Außenanamnese zu erheben und im Sachverständigengutachten anzuführen.
4. Die ärztliche oder pflegerische Begutachtung ist jeweils mit einem für alle Pensions- und Unfallversicherungsträger und das Pensionsservice der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter einheitlichen Begutachtungsformular unter Beachtung kindergerechter Kriterien zu dokumentieren.
5. Die Gutachten sind den zuständigen Entscheidungsträgern elektronisch in der für die Vorlage in behördlichen Verfahren geforderten Form zu übermitteln. § 36 Abs. 3 ist anzuwenden.
6. Die lückenlose Nachvollziehbarkeit der Gutachten ist sowohl von den Vertrauensärzten/Vertrauensärztinnen als auch von den Pflegefachkräften gegenüber den Entscheidungsträgern zu gewährleisten.“



- 15.4 Der RH teilte gegenüber dem Gesundheitsministerium und der PVA die Ansicht, dass es sich bei Begutachtungen um Einzelfälle handelte und für die Versicherten die jeweils bestmögliche Art der Begutachtung sicherzustellen war. Ob z.B. ein Hausbesuch stattfinden sollte, entschieden Gutachterinnen und Gutachter ohne vorab definierte Kriterien. Nachvollziehbare und schriftliche (allgemeine) Kriterien, wann welche Art der Begutachtung grundsätzlich zur Anwendung kommen sollte, erachtete der RH für notwendig. Damit ließe sich auch das Risiko einer Ungleichbehandlung der Versicherten senken. Auch die vom Gesundheitsministerium zitierten Bestimmungen der Richtlinien für die einheitliche Anwendung des Bundespflegegeldgesetzes des Dachverbands der Sozialversicherungsträger enthielten solche Kriterien nicht. Vielmehr regelten diese etwa die Ankündigung eines Hausbesuchs, die Beziehung einer Vertrauensperson oder die Dokumentation des Besuchs. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.
- 16.1 (1) In einer parlamentarischen Anfragebeantwortung⁸² gab das Gesundheitsministerium an, dass die Sozialversicherungsträger als abwickelnde Stelle der Antragsverfahren für die Gutachterbeziehung und für die Gutachtensqualität zuständig seien. Seit 1. Jänner 2014 waren die Pensionsversicherungsträger aufgrund des Sozialrechts-Änderungsgesetzes 2012⁸³ verpflichtet, für die Ausbildung von Gutachterinnen und Gutachtern, die in Angelegenheiten etwa der Berufsunfähigkeit- bzw. Invaliditätspension und des Pflegegelds herangezogen werden durften, eine Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung (Österreichische Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung, **ÖBAK**) aufzubauen und zu betreiben. Diese Vorgabe sollte die Einhaltung von Begutachtungsstandards sicherstellen.
- (2) Gutachterinnen und Gutachter der PVA mussten von der ÖBAK (re-)zertifiziert⁸⁴ sein.⁸⁵ Laut PVA würden die medizinischen Gutachterinnen und Gutachter dabei u.a. mit den speziellen Anforderungen an die sozialmedizinische Fragestellung der Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität vertraut gemacht. Zusätzlich würden die neu angestellten bzw. beauftragten Gutachterinnen und Gutachter in den Landesstellen eingeschult. Zudem führe sie ergänzend immer wieder fachspezifische Workshops, Schulungen und Fallbesprechungen durch. Zu allfälligen Fortbildungen zu PAIS gab die PVA an, dass es nicht den Sozialversicherungsträgern obliege, regelmäßige, fachspezifische Schulungen zu einzelnen Krankheitsbildern durchzuführen. Die ärztliche Fort- und Weiterbildung sei im Ärztegesetz⁸⁶ geregelt. Dafür sei jede Ärztin und jeder Arzt selbst verantwortlich.

⁸² 17509/AB aus 2024

⁸³ BGBl. I 3/2013

⁸⁴ Gutachterinnen und Gutachter hatten sich alle fünf Jahre rezertifizieren zu lassen.

⁸⁵ siehe dazu die parlamentarische Anfragebeantwortung 17509/AB aus 2024

⁸⁶ § 49 Abs. 2c



(3) Auch das Sozialministeriumservice verwies auf die ärztegesetzliche Fortbildungsverpflichtung seiner Gutachterinnen und Gutachter. Angestellte Ärztinnen und Ärzte seien zur Teilnahme an internen Fortbildungsveranstaltungen verpflichtet, externen würde eine Teilnahme dringend empfohlen. Regelmäßige Fortbildungen in den Landesstellen hatten laut Erlass des Gesundheitsministeriums aus dem Jahr 2018 u.a. die aktuelle Judikatur zu Gutachten, regionale gutachterliche Probleme und eine Diskussionsrunde zum fachlichen Austausch zu beinhalten. Zu PAIS-spezifischen Fortbildungen nannte das Sozialministeriumservice im Zeitraum 2021 bis 2024 sieben Veranstaltungen, die allen Gutachterinnen und Gutachtern angeboten worden seien.

- 16.2 Der RH hielt fest, dass sich die PVA und zuweilen auch das Sozialministeriumservice auf die ärztegesetzliche Fortbildungsverpflichtung ihrer Gutachterinnen und Gutachter beriefen.

Die fachliche Fortbildung zur Sicherstellung von qualitätsvollen Gutachten oblag jedoch nicht nur den ärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern selbst; sie sollte nach Ansicht des RH auch den verfahrensführenden Stellen obliegen, die diese Gutachten beauftragten. Zwar gaben sowohl das Sozialministeriumservice als auch die PVA an, dass u.a. Schulungen und interne Besprechungen durchgeführt würden, bei den externen Gutachterinnen und Gutachtern des Sozialministeriumservice allerdings war z.B. die Teilnahme an den PAIS-Schulungen freiwillig. Der RH wies darauf hin, dass die Fortbildungsinteressen von PVA und Sozialministeriumservice einerseits sowie Gutachterinnen und Gutachtern andererseits in einem Spannungsverhältnis stehen könnten.

Er empfahl dem Sozialministeriumservice und der PVA, – ungeachtet der ärztegesetzlichen Fortbildungsverpflichtung – basierend auf von ihnen definierten Zielen und Erfahrungen aus der Begutachtungspraxis das Fortbildungspotenzial der von ihnen beauftragten Gutachterinnen und Gutachter zu analysieren und gegebenenfalls geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um dieses auszuschöpfen. Dabei wären externe und interne Gutachterinnen und Gutachter gleichermaßen zu berücksichtigen.

- 16.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei ihm bewusst, dass die Begutachtung von „ME/CFS-PAIS Patient:innen“ im Rahmen von Pflegegeldverfahren die Gutachterinnen und Gutachter vor große Herausforderungen stelle. Die medizinischen und pflegerischen Sachverständigen würden über eine hohe Fachkompetenz und Berufserfahrung verfügen, sie seien Begutachtungsexpertinnen und -experten und würden unabhängig und objektiv agieren. Wenn im Rahmen der Begutachtung festgestellt werde, dass die Fragestellung weitere Begutachtungen erfordere oder für eine Beurteilung zusätzliche, spezielle Untersuchungen nötig seien, würden diese bei Bedarf und Relevanz für die gegenständliche Fragestellung



veranlasst. Ärztliche und pflegerische Sachverständige hätten vor erstmaliger Erstellung von Sachverständigengutachten zur Feststellung des Betreuungs- und Hilfsbedarfs nach dem Bundespflegegeldgesetz eine verpflichtende Zertifizierung bei der ÖBAK zu absolvieren, danach alle fünf Jahre eine Rezertifizierung. Dabei würden die neuesten medizinischen und rechtlichen Entwicklungen vermittelt und geschult.

Darüber hinaus seien Gutachterinnen und Gutachter entsprechend ihrem Beruf als Ärztinnen und Ärzte bzw. diplomierte Pflegefachkräfte gesetzlich verpflichtet, sich auf den neuesten Stand der Wissenschaft fortzubilden. Die Überwachung der Einhaltung dieser gesetzlichen Verpflichtung obliege den entsprechenden Berufsvertretungen. Die PVA unterstütze ihre angestellten Gutachterinnen und Gutachter laufend bei der Einhaltung dieser Fortbildungsverpflichtung (Dienstfreistellungen und Übernahme der Fortbildungskosten).

Alle Entscheidungen in den Verfahren, die eine Begutachtung erforderlich machten, würden auf dem Vier-Augen-Prinzip basieren: Nach der konkreten Begutachtung (Untersuchung) fänden eine zweite ärztliche Sichtung und Kontrolle durch erfahrene Oberbegutachterinnen und -begutachter statt.

Die PVA habe ein qualitätssicherndes Peer-Review-Verfahren für Gutachten, in dem deren Qualität retrospektiv beurteilt werde. Die bewerteten Gutachten würden mit den Gutachterinnen und Gutachtern besprochen und – falls erforderlich – Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Die Qualitätssicherung mittels Peer-Review-Verfahren identifiziere auftretende Problemfelder bei der Erstellung der Gutachten. Die bei der PVA angestellten Gutachterinnen und Gutachter würden bei Bedarf nachgeschult und sensibilisiert. Chefärztinnen und Chefärzte der Landesstellen würden die externen Gutachterinnen und Gutachter der PVA im Rahmen eines Vier-Augen-Gesprächs von den Ergebnissen der Beurteilung unterrichten und diese würden nachgeschult. Bei wiederholter und nicht korrigierbarer Nichteinhaltung der Qualitätsvorgaben der PVA würden die externen Gutachterinnen und Gutachter nicht mehr beauftragt.

Bei den Verfahren im Bereich des Sozialministeriumservice sei die Notwendigkeit medizinischer Fortbildungen unbestritten. Es werde hierauf größter Wert gelegt, um im Rahmen der Begutachtungen stets am Stand aktueller medizinischer Entwicklungen und Erkenntnisse zu sein. In Anbetracht des akuten Mangels an ärztlichen Sachverständigen und der daraus resultierenden Konsequenzen für die Verfahrensdauern in hoheitlichen Verfahren sei es jedoch riskant bzw. eventuell nachteilig für die Begutachtungen, zu streng – über das bereits bestehende Ausmaß hinausgehende – zusätzliche (verpflichtende) Voraussetzungen hinsichtlich Fortbildungen festzulegen.



(2) Die PVA nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis. Sie beeinflusste die Auswahl der von ihr ermöglichten Fortbildungen für die angestellten Ärztinnen und Ärzte, habe jedoch keine „Handhabe“, den selbstständigen externen, auf Honorarbasis für die PVA tätigen Gutachterinnen und Gutachtern bestimmte Fortbildungen vorzugeben.

- 16.4 (1) Der RH wies gegenüber dem Gesundheitsministerium darauf hin, dass ihm die personelle Situation bei den Gutachterinnen und Gutachtern im Vollzugsbereich des Sozialministeriumservice bewusst war. Er hielt es dennoch für zweckmäßig, dass das Sozialministeriumservice etwa (positive) Anreize zur Fortbildung von Gutachterinnen und Gutachtern in von ihm als relevant eingestuften Bereichen setzte, auch weil die Fortbildungsinteressen der Gutachterinnen und Gutachter und jene des Sozialministeriumservice in einem Spannungsverhältnis stehen konnten. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.
- (2) Gegenüber der PVA verwies der RH auf die Stellungnahme des Gesundheitsministeriums, wonach u.a. die Qualitätssicherung durch Peer-Review-Verfahren auftretende Problemfelder bei der Erstellung der Gutachten identifiziere. Chefärztinnen und Chefärzte der Landesstellen würden die externen Gutachterinnen und Gutachter etwa im Rahmen eines Vier-Augen-Gesprächs über die Ergebnisse der Beurteilung unterrichten und diese würden nachgeschult. Gegebenenfalls beauftragte die PVA die externen Gutachterinnen und Gutachter nicht mehr. Insofern sah der RH Möglichkeiten, Anreize für Fortbildungen auch bei externen Gutachterinnen und Gutachtern zu setzen, und verblieb bei seiner Empfehlung.



Maßnahmen und Projekte

Oberster Sanitätsrat

- 17.1 (1) Gemäß Bundesgesetz über den Obersten Sanitätsrat⁸⁷ (in der Folge: **OSR-Gesetz**) hatte die Gesundheitsministerin bzw. der Gesundheitsminister einen OSR einzurichten. Dieser war eine Kommission gemäß § 8 Bundesministeriengesetz 1986⁸⁸, die die Gesundheitsministerin bzw. den Gesundheitsminister in wissenschaftlichen Angelegenheiten des Gesundheitswesens durch Empfehlungen beraten sollte und auch Gutachten erstatten konnte.⁸⁹ Laut Website des Gesundheitsministeriums war der OSR das „wichtigste Beratungsgremium der Ministerin zu Fragestellungen und Angelegenheiten des Gesundheitswesens“.⁹⁰

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung verfügte der OSR über 44 Mitglieder, darunter u.a. Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachbereiche, Vertreterinnen bzw. Vertreter der Sozialversicherung, der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer und aus dem Pflegebereich.⁹¹

(2) Das OSR-Gesetz sah vor, dass der OSR seine Tätigkeit in der Vollversammlung und allfälligen Fachausschüssen ausübt. Die Arbeitsweise von Vollversammlung und Fachausschüssen sowie etwa Verschwiegenheitspflichten und der Umgang mit Interessenkonflikten waren im OSR-Gesetz bzw. im überprüften Zeitraum in Geschäftsordnungen⁹² geregelt. Im Dezember 2024 waren keine Fachausschüsse eingerichtet. Arbeitsgruppen oder Arbeitskreise sahen weder das OSR-Gesetz noch die Geschäftsordnungen vor; im überprüften Zeitraum gab es jedoch u.a. die PAIS-Arbeitsgruppe und den von dieser eingesetzten PAIS-Arbeitskreis.

Laut Gesundheitsministerium seien OSR-Arbeitsgruppen – im Unterschied zu Fachausschüssen – kleinere, spezifischere Gremien; die Regeln für die Fachausschüsse würden auch für Arbeitsgruppen gelten, die Mitglieder würden ebenfalls von der Gesundheitsministerin bzw. vom Gesundheitsminister ernannt.⁹³ Vorsitzende von Arbeitsgruppen seien stets OSR-Mitglieder.

⁸⁷ BGBl. I 70/2011 i.d.g.F.

⁸⁸ BGBl. 76/1986 i.d.g.F.

⁸⁹ § 2 OSR-Gesetz

⁹⁰ siehe dazu <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Oberster-Sanitaetsrat.html> (abgerufen am 3. April 2025)

⁹¹ Jeweils eine Vertretung der Österreichischen Ärztekammer und der Österreichischen Apothekerkammer sowie eine Bedienstete bzw. ein Bediensteter des Gesundheitsministeriums (fachkundig und leitend) waren laut § 3 OSR-Gesetz jedenfalls zu Mitgliedern zu ernennen.

⁹² Im überprüften Zeitraum gab es für die Funktionsperioden 2020 bis 2022 und 2023 bis 2025 jeweils eine Geschäftsordnung für den OSR bzw. die Vollversammlung und für die Funktionsperiode 2020 bis 2022 zusätzlich eine Geschäftsordnung für Fachausschüsse.

⁹³ Weder das OSR-Gesetz noch die Geschäftsordnungen regelten die Vorgangsweise bei der Bestellung von Expertinnen und Experten in Fachausschüsse.



Für die OSR-Arbeitskreise legte das Gesundheitsministerium keine Regelungen vor. Dabei handle es sich – so das Gesundheitsministerium – um externe Gruppen, die etwa einer OSR-Arbeitsgruppe fachlich zuarbeiten und keine Beschlüsse fassen würden sowie nicht direkt im OSR verankert seien. Arbeitskreismitglieder würden als externe Beraterinnen und Berater nicht explizit ernannt.

- 17.2 Der RH hielt fest, dass der OSR die Gesundheitsministerin bzw. den Gesundheitsminister u.a. in wissenschaftlichen Angelegenheiten des Gesundheitswesens durch Empfehlungen beraten sollte. Laut OSR-Gesetz übte er seine Tätigkeit durch die Vollversammlung und allfällige Fachausschüsse aus. Das OSR-Gesetz und die Geschäftsordnungen für den überprüften Zeitraum sahen dafür Regelungen vor (z.B. Ernennung der Mitglieder, Verschwiegenheitspflichten, Umgang mit Interessenkonflikten). Während zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Fachausschüsse eingerichtet waren, gab es in der Funktionsperiode 2023 bis 2025 u.a. die PAIS-Arbeitsgruppe des OSR.

Der RH sah kritisch, dass Arbeitsgruppen weder im OSR-Gesetz noch in den Geschäftsordnungen vorgesehen waren; laut Gesundheitsministerium würden die Regelungen für Fachausschüsse gelten. Für OSR-Arbeitskreise (z.B. für den PAIS-Arbeitskreis) legte das Gesundheitsministerium keine Regelungen vor.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, zu prüfen, welche Gremien für die Arbeit des OSR zweckmäßig sind, und diese sowie u.a. deren Funktion, Mitgliederbestellung, Tätigkeit und Arbeitsweise klar zu regeln bzw. gegebenenfalls auf eine gesetzliche Änderung hinzuwirken.

- 17.3 Das Gesundheitsministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.
- 17.4 Der RH betonte gegenüber dem Gesundheitsministerium erneut die Notwendigkeit von zweckmäßigen, klar geregelten Strukturen und Prozessen des OSR und ihrer Umsetzung. Insofern wiederholte er seine Empfehlung.
- 18.1 (1) Um mögliche Interessenkonflikte offenzulegen, mussten – laut OSR-Gesetz und den Geschäftsordnungen – die Mitglieder der Vollversammlung und von Fachausschüssen für die Funktionsperiode eine Erklärung über allfällige bestehende Interessenkonflikte (in der Folge: **Interessenkonflikt-Erklärung**) abgeben; dies galt auch für Expertinnen und Experten von Fachausschüssen, die keine OSR-Mitglieder waren. Nicht geregelt war darin, wann konkret diese Erklärungen abzugeben waren.



Zur Beurteilung von Interessenkonflikten waren insbesondere finanzielle Beziehungen zu Interessenverbänden und gewinnorientierten Unternehmen des Gesundheitswesens offenzulegen. Etwaige Änderungen während der Funktionsperiode waren bekannt zu geben.⁹⁴

Während laut Gesundheitsministerium für Mitglieder von OSR-Arbeitsgruppen die Regeln für Fachausschüsse gelten würden, waren für OSR-Arbeitskreise keine Regelungen vorgesehen (TZ 17).

(2) Sowohl die PAIS-Arbeitsgruppe als auch der PAIS-Arbeitskreis setzten sich aus OSR-Mitgliedern und Nicht-OSR-Mitgliedern zusammen. Für die OSR-Mitglieder legte das Gesundheitsministerium die Interessenkonflikt-Erklärungen für die Funktionsperiode 2023 bis 2025 vor. Für die Nicht-OSR-Mitglieder der PAIS-Arbeitsgruppe bzw. des PAIS-Arbeitskreises konnte das Gesundheitsministerium Interessenkonflikt-Erklärungen im Dezember 2024 teilweise vorlegen.⁹⁵

(3) Das Nationale Impfremium (**NIG**) war das wissenschaftliche Beratungsgremium der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers in allen Impfangelegenheiten und – ebenso wie der OSR – eine Kommission gemäß § 8 Bundesministerien gesetz 1986. Auch hier hatten die Mitglieder Erklärungen zu potenziellen Interessenkonflikten abzugeben; dabei zeigten sich u.a. laut NIG-Geschäftsordnung etwa folgende Unterschiede zu den OSR-Regelungen:⁹⁶

- Beim NIG wurden neben finanziellen auch persönliche Interessen der Mitglieder abgefragt.
- Die Interessenkonflikt-Erklärungen waren laut Geschäftsordnung explizit vor einer in Aussicht genommenen Bestellung abzugeben und jährlich zu erneuern.
- Gemeldete und sonst zur Kenntnis gelangte potenzielle Interessenkonflikte waren jeweils zu prüfen,⁹⁷ die Abwicklung von Einzelfallprüfungen war in einem Leitfaden geregelt.

Laut Gesundheitsministerium prüfe die OSR-Geschäftsstelle die von Mitgliedern der OSR-Gremien erhaltenen Interessenkonflikt-Erklärungen u.a. in sinngemäßer Anwendung des NIG-Leitfadens.

⁹⁴ §§ 4 und 6 OSR-Gesetz

⁹⁵ Der PAIS-Arbeitskreis beendete seine Tätigkeit im Herbst 2023.

⁹⁶ siehe dazu <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Nationales-Impfremium.html> (abgerufen am 7. Mai 2025)

⁹⁷ Diese Prüfungen waren von zwei Vertreterinnen bzw. Vertretern des Gesundheitsministeriums, die keine Mitglieder des NIG waren, durchzuführen.

Siehe dazu <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Nationales-Impfremium.html> (abgerufen am 2. April 2025).



- 18.2 Der RH hielt fest, dass Interessenkonflikt-Erklärungen für die Mitglieder der PAIS-Arbeitsgruppe bzw. des PAIS-Arbeitskreises im Dezember 2024 teilweise vorlagen. Er wies darauf hin, dass der PAIS-Arbeitskreis das Manifest erstellte; dieses stellte mit seinen Empfehlungen z.B. zur Versorgung oder zu einem Nationalen Kompetenzzentrum (TZ 21) eine Grundlage für die „Empfehlungen der PAIS-Arbeitsgruppe“ an den damaligen Gesundheitsminister dar (TZ 19).

Der RH verwies auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in TZ 17, zu prüfen, welche Gremien für die Arbeit des OSR zweckmäßig sind, und diese sowie u.a. deren Funktion, Mitgliederbestellung, Tätigkeit und Arbeitsweise klar zu regeln bzw. gegebenenfalls auf eine gesetzliche Änderung hinzuwirken.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium,

- die Zweckmäßigkeit und Aktualität der im Rahmen der Interessenkonflikt-Erklärungen des OSR abgefragten Sachverhalte zu prüfen und die Formulare gegebenenfalls zu überarbeiten,
- von allen Mitgliedern bzw. Expertinnen und Experten aller OSR-Gremien Interessenkonflikt-Erklärungen jedenfalls vor Bestellung bzw. vor Funktionsbeginn und in der Folge regelmäßig einzuholen⁹⁸ sowie
- das Prozedere zur Prüfung dieser Erklärungen auf allfällige Interessenkonflikte klar festzulegen.

Gegebenenfalls wäre auf eine gesetzliche Änderung hinzuwirken.

- 18.3 Das Gesundheitsministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis.
- 18.4 Der RH erachtete gegenüber dem Gesundheitsministerium die Vermeidung von Interessenkonflikten als wesentlichen Teil einer bewährten Compliance-Kultur und wiederholte daher seine Empfehlung. Er betonte erneut die Notwendigkeit von zweckmäßigen, effektiven Vorgaben und klar geregelten Prozessen des OSR und ihrer Umsetzung.

⁹⁸ siehe dazu den RH-Bericht „COVID-19-Impfstoffbeschaffung“ (Reihe Bund 2023/16, TZ 19)



Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS)

19.1 Das Gesundheitsministerium veröffentlichte im November 2024 den Aktionsplan PAIS. Wesentliche Entwicklungsschritte stellten sich wie folgt dar (siehe im Detail Tabelle B in Anhang B):

(1) Laut den zuvor in der OSR-Vollversammlung am 13. November 2023 behandelten „Empfehlungen der AG postvirale/postinfektiöse Syndrome des Obersten Sanitätsrates“ komme die PAIS-Arbeitsgruppe zu dem einstimmigen Ergebnis, dass der Bedarf für eine adäquate gesundheitliche und soziale Versorgung von PAIS-Erkrankten in Österreich „hoch“ sei und eine solche Versorgung so schnell wie möglich umgesetzt werden müsse. Die Arbeitsgruppe empfehle daher einen Nationalen Aktionsplan, weil unterschiedliche Kompetenzbereiche in die Planung einbezogen werden müssten. Den einstimmigen Beschluss der PAIS-Arbeitsgruppe legte das Gesundheitsministerium nicht vor; dies, obwohl laut Sitzungsprotokoll der PAIS-Arbeitsgruppe am 8. November 2023 auf die Notwendigkeit hingewiesen wurde.

In der OSR-Vollversammlung wurde „die Empfehlung der AG von der Vollversammlung einstimmig als OSR-Empfehlung angenommen“, mit der Maßgabe, die Bezeichnung „Nationaler Aktionsplan“ auf „Bundesweite Initiative“ zu ändern.

(2) Am 17. November 2023 übermittelte die OSR-Geschäftsstelle im Gesundheitsministerium das „adaptierte Empfehlungsdokument der AG“ an das Ministerbüro (nunmehr samt Manifest als „Grundlagendokument“ und mit dem Begriff „bundesweite Initiative“). Das Manifest kam u.a. zum Ergebnis, dass adäquate Versorgungsstrukturen fehlten, es für Österreich keine Daten gebe, aber Bedarf und Notwendigkeit („sehr“) „hoch“ seien.

Am selben Tag teilte das Ministerbüro mit, dass der Gesundheitsminister „den Empfehlungen des OSR zum Thema postvirale Syndrome“ folgen werde; die nächsten Schritte (z.B. „Referenzzentrum“ (TZ 21), „Erstellung eines Aktionsplans“) sollten rasch umgesetzt werden. Im Zuge eines Symposiums zu Long COVID und ME/CFS am 20. November 2023 kündigte der Gesundheitsminister u.a. den Aktionsplan PAIS an.

(3) Ab April 2024 erarbeitete eine multiprofessionelle und interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe⁹⁹ mit über 60 nominierten Mitgliedern¹⁰⁰ (u.a. Gesundheitsministerium, Länder, Sozial- und Pensionsversicherung, Selbst- und Angehö-

⁹⁹ mit sieben Unterarbeitsgruppen

¹⁰⁰ Plus Stellvertreterinnen bzw. Stellvertreter; die Länder wurden durch ein Schreiben des Gesundheitsministers um Nominierung von Vertreterinnen bzw. Vertretern ersucht.



rigenvertretungen) den Aktionsplan PAIS.¹⁰¹ Mit Ausnahme von Wien waren die Landesgesundheitsfonds nicht vertreten. Die Prozesskoordination und -begleitung führte die GÖG durch.

Am 30. Oktober 2024 übermittelte die GÖG den Aktionsplan PAIS an das Gesundheitsministerium. Dieses veröffentlichte den Aktionsplan PAIS am 19. November 2024.¹⁰² Eine der Veröffentlichung vorangehende Diskussion bzw. Abstimmung des Aktionsplans PAIS in Zielsteuerungsgremien fand laut Gesundheitsministerium nicht statt.

19.2 Der RH hielt fest, dass die „Empfehlungen der AG postvirale/postinfektiöse Syndrome des Obersten Sanitätsrates“ samt Manifest des PAIS-Arbeitskreises am 17. November 2023 dem Ministerbüro übermittelt wurden. Einen Beschluss der PAIS-Arbeitsgruppe legte das Gesundheitsministerium nicht vor, obwohl dies in der PAIS-Arbeitsgruppe am 8. November 2023 für erforderlich erachtet wurde.

Der RH verwies auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in [TZ 17](#), zu prüfen, welche Gremien für die Arbeit des OSR zweckmäßig sind, und diese sowie deren Funktion, Mitgliederbestellung, Tätigkeit und Arbeitsweise klar zu regeln bzw. gegebenenfalls auf eine gesetzliche Änderung hinzuwirken.

Der RH hielt fest, dass eine multiprofessionelle und interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe mit über 60 nominierten Mitgliedern (u.a. Gesundheitsministerium, Länder, Sozial- und Pensionsversicherung, Selbst- und Angehörigenvertretungen) im Zeitraum April bis Oktober 2024 den Aktionsplan PAIS erarbeitete. Ohne vorherige Diskussion bzw. Abstimmung – etwa in den Zielsteuerungsgremien – veröffentlichte das Gesundheitsministerium den Aktionsplan PAIS am 19. November 2024.

¹⁰¹ Die verschiedenen Stellen nominierten folgende Anzahl an Mitgliedern für die Arbeitsgruppe: Gesundheitsministerium: neun; GÖG: drei; Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (in der Folge: **Wirtschaftsministerium**): ein Mitglied; Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (in der Folge: **Wissenschaftsministerium**): zwei; Länder: acht (ohne Salzburg); Sozialversicherung: vier; Patienten- und Volksanwaltschaft: drei; Selbst- und Angehörigenvertretungen: acht; Beruf- und Standesvertretungen: acht; Medizinische Fachgesellschaften: zehn; Medizinische Expertinnen und Experten: sieben.

¹⁰² samt Präsentation im Rahmen einer Pressekonferenz des Gesundheitsministers sowie jeweils einer Vertreterin der Medizinischen Universität Wien und der GÖG



- 20.1 (1) Der Aktionsplan PAIS verstand sich „als strategisches Expertenpapier mit Empfehlungscharakter, der für die Gesundheitspolitik einen Überblick über die wichtigsten Handlungsfelder im Bereich PAIS liefert“, avisiert „auf Empfehlung des Obersten Sanitätsrates (OSR) [...], um bestehende Initiativen und weitere Schritte bestmöglich zu bündeln“ und sich darauf zu einigen.

Er enthielt 58 – zum Teil (sehr) allgemein formulierte – Empfehlungen zu acht Handlungsfeldern (u.a. Definition, Datenlage, Versorgung, soziale Absicherung)¹⁰³. Je Empfehlung waren – zumeist mehrere – Zuständigkeiten zur Umsetzung angegeben, ohne in den meisten Fällen „Hauptzuständigkeiten“ zu definieren. Von den 58 Empfehlungen wurde etwa explizit bei 30 eine (Mit-)Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums, bei zwölf eine solche der Länder (vor allem im Handlungsfeld Versorgung) und bei 33 Empfehlungen eine (Mit-)Zuständigkeit der Sozialversicherung ausgewiesen.

Abgesehen von einer Bezugnahme auf die Gesundheitsreform 2023 bzw. den Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028¹⁰⁴ zum Krankenanstaltenbereich enthielt der Aktionsplan PAIS keine Angaben zu den konkreten Kosten der einzelnen Empfehlungen bzw. kaum Angaben zu deren Finanzierung. Ebenso wenig traf er etwa Aussagen zum konkreten Umsetzungsprozess bzw. -zeitplan, zu Priorisierungen von Empfehlungen oder zu Evaluierungsmodalitäten. Das Gesundheitsministerium verwies dazu u.a. auf den geplanten Umsetzungsprozess (siehe dazu unten) sowie darauf, dass eine Evaluierung keine Vorgabe voraussetzte.

(2) Nach Veröffentlichung des Aktionsplans PAIS wurden bis Ende 2024 u.a. folgende Schritte gesetzt bzw. war Folgendes geplant (siehe im Detail Tabelle C in Anhang B):

(a) Am 22. November 2024 wurde der Aktionsplan PAIS dem Ständigen Koordinierungsausschuss vorgelegt. Laut Ergebniszusammenfassung seien die Länder und die Sozialversicherung nicht damit einverstanden, den Aktionsplan PAIS ohne Diskussionen in den Zielsteuerungsgremien dem Ständigen Koordinierungsausschuss und der Bundes-Zielsteuerungskommission vorzulegen. Ihre Anmerkungen und Inputs seien nicht adäquat berücksichtigt worden.

(b) Am 10. Dezember 2024 fand ein Prae-Kick-off-Treffen zum Aktionsplan PAIS statt, an dem neben dem Gesundheitsministerium u.a. Vertreterinnen bzw. Vertreter von ÖGK, PVA und Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Berg-

¹⁰³ weiters: Prävention und Diagnostik; Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Bewusstseinsbildung (Awareness); Forschung und Wissen; Besondere Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen

¹⁰⁴ Siehe dazu im Aktionsplan PAIS, Vorwort, S. 4: „Im neuen Zielsteuerungsvertrag der Gesundheitsreform werden nun zusätzliche Mittel auch für den Auf- und Ausbau von spitalsambulanten Strukturen bereitgestellt. Im Bereich der „Stärkung des spitalsambulanten Bereichs und Strukturreformen“ wird spezifisch auch die Versorgung von Menschen mit komplexen postviroalen/postinfektiösen Syndromen genannt. Die konkrete Umsetzung dieser Versorgungsstrukturen liegt in der Zuständigkeit der Länder.“



bau sowie der Länder Oberösterreich, Salzburg und Wien teilnahmen. Am 19. Dezember 2024 fand ein „Kick-off Meeting“ für den Aktionsplan PAIS statt; die Länder und die Sozialversicherung waren laut Protokoll darin nicht vertreten.

(c) Von den 58 Empfehlungen des Aktionsplans PAIS wurden laut Beilage zum Kick-off-Protokoll vom 19. Dezember 2024 44 Empfehlungen – unabhängig von ihrer Zuordnung zu einem bestimmten Handlungsfeld – auf sechs Arbeitspakete verteilt und mit folgenden Hauptzuständigkeiten festgelegt: Gesundheitsministerium, Sozialversicherungsträger, Wissenschaftsministerium, Wirtschaftsministerium, Nationales Referenzzentrum sowie GÖG.

Die übrigen Empfehlungen des Aktionsplans PAIS waren laut Dokument des Gesundheitsministeriums zum Thema „Schnürung von ‚Maßnahmenpaketen‘ für die Umsetzung des AP PAIS“ vom 17. Dezember 2024 im Wesentlichen dem „Paket 2: Zielsteuerung Gesundheit [...]“ zugeordnet; dieses schien in der Beilage zum Kick-off-Protokoll vom 19. Dezember 2024 nicht auf. Es enthielt u.a. Maßnahmen des Aktionsplans PAIS zur Versorgung von PAIS-Patientinnen und -Patienten.

(3) Laut Gesundheitsministerium liege die Ausgestaltung der Umsetzung (sowie deren Finanzierung) bei den Zuständigen für die einzelnen Pakete; bei Möglichkeit biete die GÖG organisatorische Unterstützung an. In einem für Juni 2025 geplanten Symposium solle über die bisherigen Arbeiten und die Umsetzung der Maßnahmen berichtet und diskutiert werden. Zwischenzeitlich sollten Abstimmungstreffen organisiert werden.

(4) Zur Zeit der Geburungsüberprüfung gab es im Bereich des Gesundheitsministeriums auch andere (Nationale) Aktionspläne. Im Unterschied zum Aktionsplan PAIS sah etwa der Nationale Aktionsplan für seltene Erkrankungen¹⁰⁵ z.B. Zeitpläne vor und thematisierte auch Monitoring, Evaluierung und Kosten. Die Evaluierung dieses Aktionsplans der GÖG aus 2020 zeigte Verbesserungspotenzial z.B. zu einem „möglichst breit getragenen Umsetzungsplan“ mit einer nach Einschätzung der relevanten Stakeholder realisierbaren Priorisierung der Maßnahmen und klaren Zuständigkeiten für Umsetzung und Finanzierung. In seinem Bericht „Nationaler Aktionsplan Ernährung“¹⁰⁶ hatte der RH dem Gesundheitsministerium u.a. empfohlen, in den nächsten Nationalen Aktionsplan messbare Indikatoren und Zielwerte aufzunehmen sowie enthaltene Aktions- bzw. Handlungsfelder, Maßnahmen und Projekte zu priorisieren.

¹⁰⁵ siehe dazu <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Seltene-Krankheiten.html> (abgerufen am 30. März 2025)

¹⁰⁶ Reihe Bund 2018/56, TZ 6, TZ 7



- 20.2 Der RH hielt fest, dass sich der Aktionsplan PAIS als „strategisches Expertenpapier mit Empfehlungscharakter“ bzw. Überblick über die „wichtigsten Handlungsfelder im Bereich PAIS“ verstand. Er enthielt 58 – zum Teil (sehr) allgemein formulierte – Empfehlungen zu acht Handlungsfeldern (u.a. Definition, Datenlage, Versorgung, soziale Absicherung).

Abgesehen von einer Bezugnahme auf die Gesundheitsreform 2023 und den Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024–2028 zum Krankenanstaltenbereich enthielt der Aktionsplan PAIS keine Angaben zu den konkreten Kosten der einzelnen Empfehlungen bzw. kaum Angaben zu ihrer Finanzierung. Ebenso wenig traf er etwa Aussagen zum konkreten Umsetzungsprozess bzw. -zeitplan, zu Priorisierungen von Empfehlungen oder zu Evaluierungsmodalitäten.

Nach den Festlegungen in den (Prae-)Kick-off-Treffen im Dezember 2024 zu Arbeitspaketen und Hauptzuständigkeiten wurden laut Gesundheitsministerium die weiteren Schritte zur Umsetzung im Wesentlichen den jeweiligen Stakeholdern überlassen. In einem für Juni 2025 geplanten Symposium solle über die bisherigen Arbeiten und die Umsetzung der Maßnahmen berichtet und diskutiert werden.

Unter anderem vor dem Hintergrund der zum Teil (sehr) allgemein formulierten Empfehlungen, unterschiedlicher Zuständigkeiten bzw. einer Vielzahl von Stakeholdern, fehlender Priorisierungen sowie Kosten- bzw. Finanzierungsangaben blieb offen, ob bzw. inwiefern der gewählte Umsetzungsprozess zweckmäßig war.

[Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung den Umsetzungsprozess für den Aktionsplan PAIS im Hinblick auf seine Zweckmäßigkeit und Konkretheit zu prüfen. Dabei wären auch die bisherigen Umsetzungsmaßnahmen bzw. die Ergebnisse des für Juni 2025 geplanten Symposiums zu berücksichtigen.](#)

- 20.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums würden zur Zeit der Stellungnahme der Umsetzungsprozess und die Priorisierung der Empfehlungen des Aktionsplans PAIS gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung in den Zielsteuerungsgremien geprüft. Dabei würden auch die bisherigen Maßnahmen und die Ergebnisse des Symposiums in die Überlegungen einfließen.



Nationales Referenzzentrum für postvirale Syndrome

21.1

(1) Das Manifest des PAIS-Arbeitskreises erachtete u.a. Folgendes als notwendig: „Nationales Kompetenzzentrum als Katalysator und Basis für die Kompetenzbildung, internationaler Kontaktpunkt für Forschung, Studienteilnahme, Aus- und Weiterbildung (Wissenshub), Model of best practice für die Versorgung (digitale, ambulante sowie stationäre Anlaufstelle).“

Im Rahmen des Symposiums zu Long COVID und ME/CFS am 20. November 2023 kündigte der Gesundheitsminister die Etablierung eines Nationalen Referenzzentrums an. Dafür sah das Gesundheitsministerium bis zu 1 Mio. EUR für drei Jahre vor. Dies gegenüber dem RH mit der Begründung von „sinnvollerweise zu erbringenden umfangreichen Leistungen“.

(2) Für die Einrichtung des Nationalen Referenzzentrums startete das Gesundheitsministerium im Mai 2024¹⁰⁷ mit einer europaweiten Ausschreibung ein „Verhandlungsverfahren mit vorheriger Veröffentlichung eines Aufrufs zum Wettbewerb/Verhandlungsverfahren“. In der Folge legte den Vergabeakten zufolge nur die Medizinische Universität Wien ein ausschreibungskonformes Angebot vor. Den Zuschlag erteilte ihr das Gesundheitsministerium im September 2024, der Werkvertrag „Nationales Referenzzentrum für Postvirale Syndrome“ (in der Folge: **Werkvertrag**) wurde im Oktober 2024 finalisiert. Als Vertragslaufzeit waren drei Jahre festgelegt, als Auftragsentgelt insgesamt höchstens 778.720 EUR (ohne Umsatzsteuer) vereinbart.

Im Leitungsteam des Nationalen Referenzzentrums war auch die Vorsitzende des – 2023 tätigen und für das Manifest verantwortlichen – PAIS-Arbeitskreises des OSR (TZ 19) vertreten. Sie leitete die Abteilung für Primary Care Medicine, Zentrum für Public Health, an der Medizinischen Universität Wien.

(3) Laut Werkvertrag hatte das Nationale Referenzzentrum u.a. folgende Leistungen zu erbringen:

- österreichweite Koordination und Zusammenführung von Wissen sowie (inter-)nationale Vernetzung,
- allgemeinen, vom Einzelfall losgelösten Austausch für in die Behandlung involvierte Gesundheitsberufsausübende,
- Wissensaufbereitung im Zusammenhang mit konkreten Fragestellungen für und Berichterstattung an das Gesundheitsministerium,
- Bereitstellung und Vermittlung der Informationen für in die Behandlung involvierte Gesundheitsberufsausübende und Betroffene.

¹⁰⁷ Die erste Bekanntmachung der Ausschreibung im April 2024 wurde widerrufen, weil – so das Gesundheitsministerium – „die EU-weite Bekanntmachung auf Grund eines Serverfehlers in der Sphäre der EU gescheitert“ sei.



(4) Bezogen auf das Nationale Referenzzentrum erhob der RH zu den Themen „Daten“, „Register“ und „Versorgung“ u.a. Folgendes:

(a) Das Nationale Referenzzentrum diene, im Unterschied zu anderen Referenzzentren¹⁰⁸, vor allem als „zentraler Wissens-Hub und Wissensdrehzscheibe“¹⁰⁹ und war nicht etwa für Datenmanagement und wissenschaftliche Aufbereitung, Auswertung und Analyse von Daten zuständig.

Eine Zuständigkeit des Nationalen Referenzzentrums für derartige Aufgaben sei laut Gesundheitsministerium im Zuge der Ausschreibung zwar erwogen worden; eine „rein analytische wissenschaftliche Aufgabenstellung“ fiele jedoch in die Kompetenz des Wissenschaftsministeriums und sei daher in die Leistungsanforderungen nicht mit aufgenommen worden. Daher solle das Nationale Referenzzentrum bei diesen Tätigkeiten rein unterstützend tätig sein. Grundsätzlich würden anonyme Daten ausreichen. Eine „Sammlung und Aufbereitung anonymer Daten“ etwa der Sozialversicherung könne das Gesundheitsministerium beauftragen.

(b) Die Führung eines PAIS-Registers (TZ 3) war vom Werkvertrag ebenfalls nicht umfasst. Das Gesundheitsministerium begründete dies damit, dass die Leistungen des Nationalen Referenzzentrums keine klinischen Daten – dies würde Patientenbetreuung beinhalten – bzw. Forschungsregisterdaten umfassen würden, weil dafür die Länder bzw. das Wissenschaftsministerium zuständig seien.

(c) Die direkte Versorgung für PAIS-Patientinnen und -Patienten könne – so der Aktionsplan PAIS – im Rahmen des Nationalen Referenzzentrums nicht stattfinden. Laut Gesundheitsministerium falle diese Aufgabe in die Kompetenz der Länder bzw. der Sozialversicherung.

(5) Das Nationale Referenzzentrum werde – so das Gesundheitsministerium – nach Ablauf von drei Jahren je nach medizinisch-wissenschaftlicher Entwicklung neu zu beauftragen sein, allenfalls mit weiterentwickeltem Leistungsprofil.

21.2 Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium nach einer europaweiten Ausschreibung der Medizinischen Universität Wien im September 2024 den Zuschlag für das Nationale Referenzzentrum erteilte. Die Vertragslaufzeit betrug drei Jahre, als Auftragsentgelt waren insgesamt höchstens 778.720 EUR (ohne Umsatzsteuer) vereinbart.

¹⁰⁸ z.B. Nationales Referenzzentren für antimikrobielle Resistenzen, Nationales Referenzzentrum für Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen und Krankenhaushygiene

¹⁰⁹ siehe dazu <https://www.meduniwien.ac.at/web/referenzzentrum-postvirale-syndrome/> (abgerufen am 12. März 2025)



Der RH wies darauf hin, dass das Nationale Referenzzentrum vor allem als zentraler Wissens-Hub und Wissensdrehzscheibe diene, aber – im Unterschied zu anderen Nationalen Referenzzentren – für Aufgaben wie Datenmanagement und wissenschaftliche Aufbereitung, Auswertung und Analyse von Daten nicht zuständig war, sondern rein unterstützend tätig sei. Ebenso wenig war ein PAIS-Register oder Patientenversorgung vorgesehen.

Das Nationale Referenzzentrum werde dem Gesundheitsministerium zufolge nach dem Ablauf von drei Jahren neu zu beauftragen sein. Aufgrund der „dynamischen Forschungs- und Versorgungssituation“ wäre das zukünftige Leistungsprofil gegebenenfalls anzupassen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, vor einer etwaigen erneuten Ausschreibung des Nationalen Referenzzentrums die Leistungsanforderungen zu evaluieren; insbesondere wären das Leistungsprofil auf seine Zweckmäßigkeit und ein Anpassungsbedarf betreffend Datenmanagement und -analyse zu prüfen; gegebenenfalls wären die hierfür erforderlichen rechtlichen Grundlagen zu schaffen.

- 21.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums würden bei einer allfälligen erneuten Ausschreibung des Nationalen Referenzzentrums der aktuelle Bedarf und die bis dahin gesammelten Erfahrungen und Erkenntnisse sowie auch die allenfalls vorliegenden Ergebnisse einer Evaluierung berücksichtigt werden.

Webtool

- 22.1 (1) Im Zuge der Entwicklung der ersten Version der „Leitlinie S1: Long COVID: Differenzialdiagnostik und Behandlungsstrategien“ im Jahr 2021 entstand laut Gesundheitsministerium auch die Idee, mit diesen Informationen ein Long-COVID-Webtool (in der Folge: **Webtool**) zu erstellen.
- (2) Die Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften (in der Folge: **Karl Landsteiner Universität**) entwickelte das Webtool im Zeitraum Juli 2021 bis Mai 2022; Anfang Juni 2022 wurde es veröffentlicht.¹¹⁰ Auf der Website der Universität war es als Point-of-Care Tool¹¹¹ ausgewiesen. Es stellte Informationen zu postviralen Zuständen bereit, vor allem aber zum Erkrankungsbild Long/Post COVID

¹¹⁰ Die Karl Landsteiner Universität bzw. die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin stellte Informationen zum Webtool u.a. über die Website der Karl Landsteiner Universität, Videopodcasts, Newsletter und ein E-Learning zur Verfügung. Zusätzlich wurde das Webtool im Rahmen einer Pressekonferenz durch das Gesundheitsministerium und im Zuge von Webinaren vorgestellt; siehe dazu https://covid-19.infotalk.eu/20220601_webtool_long_covid/; https://oegam.at/wp-content/uploads/2024/07/78_2022-Covid-19-Newsletter-Ausgabe-78-Webtool-Long-Covid.pdf (beide abgerufen am 11. März 2025).

¹¹¹ „Point-of-care Tools sind Ressourcen mit Informationen und Empfehlungen, die ÄrztlInnen direkt am Pflegeort nutzen können.“ Siehe dazu <https://www.bmv.bz.it/de/bibliothek/abonnierte-ressourcen/point-of-care-tools-de/> (abgerufen am 11. März 2025).



(TZ 2), und richtete sich an Ärztinnen und Ärzte mit Long-COVID-Patientinnen und -Patienten. Das Webtool sollte Ärztinnen und Ärzte in der praktischen Anwendung unterstützen und als Nachschlagewerk dienen.¹¹²

Die Karl Landsteiner Universität erweiterte und aktualisierte das Webtool laufend. Hinzugefügt wurden Zusatzkapitel, wie ein Kapitel zu Diagnostik und Management von ME/CFS. Darüber hinaus aktualisierte die Karl Landsteiner Universität das Webtool im August 2023 nach der Publikation der überarbeiteten Leitlinie S1. Infolgedessen wurde es in „Webtool Postvirale Zustände am Beispiel von Long Covid“ umbenannt. Laufende weitere inhaltliche Aktualisierungen folgten.

(3) Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung förderte das Gesundheitsministerium das Webtool in zwei Förderperioden – im Rahmen der ersten Förderung (Oktober 2021 bis September 2022) die Erstellung und im Zuge der zweiten Förderung (Dezember 2022 bis November 2023) den laufenden Betrieb und die Aktualisierung:

Tabelle 4: Kenndaten zur Förderung von „Long Covid – das Webtool“

Förderperiode	bei Antragstellung eingereicht			bei Abrechnung ausbezahlt
	Gesamt-kosten	Eigenmittel	Förderung	
in EUR				
Oktober 2021 bis September 2022	48.452	16.152	32.300	29.109
Dezember 2022 bis November 2023	29.231	10.231	19.000	18.000
Summe	77.683	26.383	51.300	47.109

Quelle: BMSGPK; Zusammenstellung: RH

Die tatsächlichen Gesamtkosten fielen gemäß den Abrechnungsunterlagen mit 72.423 EUR geringer aus. Gründe dafür waren u.a. niedrigere Personalkosten und nicht realisierte Reisekosten. Die geförderten Sachkosten enthielten in beiden Förderperioden überwiegend Aufwendungen für einen wissenschaftlichen Mitarbeiter. Die Förderung betrug 65 % der Projektgesamtkosten.

Gemäß beiden Förderverträgen waren Overhead-Kosten „grundsätzlich nur im Ausmaß von maximal 5 % der Fördersumme anerkannt“. Die Overhead-Kosten betrugen in beiden Förderperioden 17 % der tatsächlichen Fördersumme. Auf Nachfrage des Gesundheitsministeriums im Zuge der Endprüfung der ersten Förderperiode erklärte die Karl Landsteiner Universität, dass die „Gemeinkosten [...] pauschal mit mindestens 20 % berechnet“ wurden. Die Förderverträge regelten nicht, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen eine Abweichung von der 5 %-Grenze möglich war.

¹¹² siehe dazu <https://www.kl.ac.at/de/allgemeine-gesundheitsstudien/long-covid-leitlinie> (abgerufen am 11. März 2025)



Laut Gesundheitsministerium liege die Entscheidung über die Fortführung des Webtools bei der Karl Landsteiner Universität; eine Übertragung des Eigentums am Webtool an das Gesundheitsministerium sei nicht vorgesehen.

(4) Im Rahmen einer Masterarbeit an der Karl Landsteiner Universität wurde im Jahr 2022 das Webtool erstmals evaluiert – mit dem Ziel, die Akzeptanz eines Point-of-Care Tools in der Allgemeinmedizin zu untersuchen. Laut den Ergebnissen der Umfragen u.a. zum Webtool-Nutzungsverhalten sei ein positiver Trend zur Nutzung evidenzbasierter Informationen am Point-of-Care zu beobachten. Laut der Masterarbeit sei die Stichprobengröße gering (z.B. 26 Teilnehmende an der Webtool-Umfrage) und die Evaluierung daher nur eingeschränkt aussagekräftig.

Im Zuge der Übermittlung des Endberichts der zweiten Förderperiode im Februar 2024 teilte die Karl Landsteiner Universität mit, dass eine weitere Evaluierung des Webtools in Vorbereitung sei. Das Gesundheitsministerium gab zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an, dass eine neuerliche Evaluierung aufgrund fehlender Ressourcen verschoben worden sei.

(5) Der Aktionsplan PAIS empfahl im Handlungsfeld Versorgung die „Förderung von Etablierung und Wartung von praxisgerechten Tools zum Wissenschaftstransfer“. Laut Gesundheitsministerium handle es sich um Point-of-Care Tools, die der „praxisgerechten“ Weitergabe von Wissen dienen sollen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung plante das Gesundheitsministerium nicht, andere Tools zu erstellen.

Zusätzlich empfahl der Aktionsplan PAIS im Handlungsfeld Aus-, Fort- und Weiterbildung die „Weiterentwicklung und Dissemination von zielgruppenorientierten Tools der kontinuierlichen Wissensvermittlung“. Diese Tools sollten gemäß Gesundheitsministerium der „kontinuierlichen Wissensvermittlung für relevante Berufsgruppen“ dienen.

Die konkrete Gestaltung der Maßnahmen hätte – so das Gesundheitsministerium – während der Umsetzung des Aktionsplan PAIS zu erfolgen.

22.2 Der RH hielt fest, dass es sich beim Webtool um ein Tool zur Wissensvermittlung handelte. Es sollte Informationen zu postvirenalen Zuständen bereitstellen und Ärztinnen und Ärzte unterstützen. Das Webtool wurde laufend erweitert und aktualisiert.

Die Förderung des Gesundheitsministeriums zur Erstellung und Aktualisierung des Webtools durch die Karl Landsteiner Universität betrug über beide Förderperioden (Oktober 2021 bis September 2022 und Dezember 2022 bis November 2023) 65 % (47.109 EUR) der tatsächlichen Projektgesamtkosten (72.423 EUR). Beide Förderverträge regelten, dass Overhead-Kosten „grundsätzlich nur im Ausmaß von maximal 5 % der Fördersumme anerkannt“ wurden. Die Förderverträge regelten nicht,



ob bzw. unter welchen Voraussetzungen eine Abweichung von der 5 %-Grenze möglich war. Die tatsächlichen Overhead-Kosten machten beide Male 17 % der Fördersumme aus, die das Gesundheitsministerium akzeptierte.

Im Sinne der Rechtssicherheit und Transparenz empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, bei der Vergabe von Förderungen auf klar definierte Fördervertragsbedingungen zu achten und diese umzusetzen.

Der RH hielt fest, dass eine erste Evaluierung des Webtools im Rahmen einer Masterarbeit an der Karl Landsteiner Universität zwar einen positiven Trend zeigte. Die Ergebnisse waren jedoch nur eingeschränkt aussagekräftig. Laut Gesundheitsministerium sei eine neuerliche Evaluierung aufgrund von Ressourcenmangel verschoben worden.

Vom Aktionsplan PAIS empfohlene Maßnahmen sahen die Etablierung und Weiterentwicklung neuer Tools zur Wissensvermittlung vor; das Gesundheitsministerium plante zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine anderen Tools.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, vor der Erstellung, Beauftragung oder Förderung verschiedener Tools zur Wissensvermittlung im Bereich PAIS das Webtool zu evaluieren und unter Berücksichtigung der gewonnenen Erkenntnisse ein Gesamtkonzept für die Erstellung dieser Tools zu erarbeiten. Dies auch, um eine effiziente Verwendung von Ressourcen zu gewährleisten, Doppelgleisigkeiten zu vermeiden und einen einheitlichen Qualitätsstandard sicherzustellen.

- 22.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums würden seine Förderungen grundsätzlich auf der Verordnung des Bundesministers für Finanzen über Allgemeine Rahmenrichtlinien für die Gewährung von Förderungen aus Bundesmitteln (ARR 2014)¹¹³ basieren. Es sei bemüht, die Fördervertragsbedingungen so klar wie möglich zu formulieren und diese umzusetzen. Die Empfehlung zur Evaluierung und zu einem Gesamtkonzept für (Web-)Tools zur Wissensvermittlung im Bereich PAIS nahm das Gesundheitsministerium zur Kenntnis.
- 22.4 Der RH betonte gegenüber dem Gesundheitsministerium neuerlich, dass vor Erstellung, Beauftragung und allenfalls Förderung weiterer Tools zur Wissensvermittlung für PAIS gerade in Zeiten knapper öffentlicher Budgets eine effiziente Ressourcenverwendung und ein einheitlicher Qualitätsstandard sicherzustellen wären. Doppelgleisigkeiten wären jedenfalls zu vermeiden. Die Evaluierung des Webtools könnte aus Sicht des RH wichtige Erkenntnisse für die Fortsetzung oder Einstellung des Tools in seiner bisherigen Form bzw. für die Erarbeitung eines Gesamtkonzepts für allfällige neue Tools liefern.

¹¹³ BGBI. II 208/2014 i.d.g.F.



Maßnahmenpaket für die Abklärung nach COVID-19-Infektionen

23.1

- (1) Die ÖGK führte gemeinsam mit der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und der Österreichischen Ärztekammer im Jahr 2022 ein „Maßnahmenpaket im Zusammenhang mit der Abklärung bzw. der Behandlung von Long COVID-Patienten bzw. -Verdachtsfällen“ (in der Folge: **Maßnahmenpaket**) ein¹¹⁴. Durch das Maßnahmenpaket sollte u.a. der Mehraufwand¹¹⁵, der für die Abklärung eines „Long COVID“-Verdachts und den besonderen Betreuungsbedarf dieser Patientengruppe notwendig war, abgegolten werden. Für diese „Long COVID“-Verdachtsfälle sollten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sowie Kinderfachärztinnen und Kinderfachärzte die Erstanlaufstelle sein. Das Maßnahmenpaket wurde in allen Ländern in den jeweiligen regionalen Honorarkatalogen umgesetzt.
- (2) Für die Fachgebiete „Allgemeinmedizin“, „Kinder- und Jugendheilkunde“, „Lungenheilkunde“, „Innere Medizin“, „Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten“, „Neurologie und Psychiatrie“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ unterlagen die durch das Maßnahmenpaket neu geschaffenen „Long COVID“-Leistungspositionen z.B. nicht den allfälligen Limitationen¹¹⁷ bestehender Honorarpositionen¹¹⁸. Sie durften, mit Ausnahme der Bereiche „Allgemeinmedizin“ und „Kinder- und Jugendheilkunde“, nur nach Überweisung durch Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner oder Kinderfachärztinnen bzw. Kinderfachärzte im Zusammenhang mit „Long COVID“ oder zur Abklärung eines „Long COVID“-Verdachts und grundsätzlich nur einmal pro Person bzw. Verdachtsfall abgerechnet werden.
- (3) Die im Maßnahmenpaket vorgesehenen Leistungspositionen waren ausschließlich bei bestehenden „Long COVID“-Erkrankungen oder einem entsprechenden Verdacht verrechenbar. Eine Ausweitung auf alle PAIS-Erkrankungen erwog die ÖGK

¹¹⁴ Die Behandlung von „Long COVID“-Patientinnen und -Patienten war von der vertragsärztlichen Tätigkeit umfasst und entsprechende Leistungspositionen waren in allen Honorarordnungen bereits vor Einführung des Maßnahmenpaketes enthalten. Die ÖGK gab an, dass für sie im Vorfeld nicht abschätzbar gewesen sei, ob die bestehenden Leistungspositionen für die Versorgung von „Long COVID“-Patientinnen und -Patienten ausreichend wären, ob und in welchem Ausmaß die „Long COVID“-Positionen „abgerufen“ sowie ob und in welchem Ausmaß dadurch Mehraufwendungen entstehen würden.

¹¹⁵ Das war z.B. die neue Position „TA-LC“ für therapeutische Aussprachen (ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient als integrierter Therapiebestandteil ärztliches Gespräch).

¹¹⁶ Laut Vereinbarung zwischen ÖGK und Österreichischer Ärztekammer war ein „Long COVID“-Verdacht frühestens ab der fünften Woche nach einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion verrechenbar.

¹¹⁷ Die Honorierung erfolgte grundsätzlich nach Einzelleistungen aufgrund der in der Honorarordnung angeführten Tarife. Ebenfalls darin festgelegt war, dass ab einer definierten Menge an verrechneten Leistungen bei einigen Positionen Limitierungen und Degressionen zur Anwendung kamen.

¹¹⁸ Während die jeweiligen Leistungen auch vor Einführung des Maßnahmenpaketes im Honorarkatalog enthalten waren, wurden durch dieses zusätzlich verrechenbare Kontingente mit einer eigenen Verrechnungsposition eingeführt.



nicht. Ungeachtet dessen war es auch möglich, „Long COVID“-Verdachtsfälle außerhalb des Maßnahmenpaketes zu behandeln und dies im Rahmen des regulären Honorarkatalogs der zuständigen Krankenversicherung abzurechnen.

(4) Das Maßnahmenpaket wurde für den Zeitraum vom 1. Juli 2022 bis 30. Juni 2023 beschlossen. Der Verwaltungsrat¹¹⁹ der ÖGK verlängerte dieses in seinem Zuständigkeitsbereich zunächst bis Ende Juni 2024 und beschloss im Juli 2024, das „Long COVID“-Maßnahmenpaket unbefristet für die ÖGK zu verlängern.

Im Zeitraum drittes Quartal 2022 bis einschließlich erstes Quartal 2024 verrechneten Vertragsärztinnen und Vertragsärzte der ÖGK 43.453 „Long COVID“-Positionen mit einem Gesamtaufwand von 1,16 Mio. EUR. Auf die drei Fachgebiete „Allgemeinmedizin“, „Innere Medizin“ und „Lungenheilkunde“ entfielen dabei 97 % des Gesamtaufwands (zu je rund einem Drittel).

(5) Die Abrechnungen der ÖGK zeigten seit dem vierten Quartal 2022 (9.578 verrechnete Positionen) einen Rückgang der Verrechnungsfrequenzen der Positionen des Maßnahmenpaketes; im ersten Quartal 2024 waren es 3.958 verrechnete Positionen. Die ÖGK ging von einer Fortsetzung bzw. Stagnation dieses Trends im niedergelassenen Bereich aus. Sie hatte das „Long COVID“-Maßnahmenpaket bis zur Zeit der Geburungsüberprüfung nicht evaluiert.

23.2 Der RH hielt fest, dass das im Jahr 2022 von der ÖGK eingeführte Maßnahmenpaket im Zeitraum drittes Quartal 2022 bis einschließlich erstes Quartal 2024 einen Aufwand von 1,16 Mio. EUR verursachte. Die Inanspruchnahme des Maßnahmenpaketes ging im Vergleich zum letzten Quartal 2022 um 59 % zurück. Ziel des Maßnahmenpaketes war die Versorgung von Versicherten mit (Verdacht auf) „Long COVID“; eine Ausweitung auf PAIS-Diagnosen sei laut ÖGK nicht angedacht.

Zu dem zwischen ÖGK und Österreichischer Ärztekammer im Jahr 2022 vereinbarten Verrechnungsmodus eines „Long COVID“-(Verdachts-)Falls (Verrechenbarkeit frühestens ab der fünften Woche nach einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion) verwies der RH auf seine Ausführungen in TZ 2, wonach zur Zeit der Geburungsüberprüfung unterschiedliche Begriffe für Folgeerscheinungen nach einer COVID-19-Infektion und diverse Definitionen bestanden. Eine Vereinheitlichung der Terminologie in diesem Zusammenhang war noch nicht erreicht.

¹¹⁹ Gemäß § 432 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz oblag dem Verwaltungsrat der jeweiligen Versicherungsträger die Geschäftsführung, soweit diese nicht gesetzlich der Hauptversammlung oder einem Landesstellenausschuss zugewiesen war, die Vertretung des Versicherungsträgers sowie die Vorbereitung der in der Hauptversammlung zu treffenden Beschlüsse.



Der RH kritisierte, dass die ÖGK das Maßnahmenpaket ohne vorherige Evaluierung in seiner ursprünglichen Form auf unbegrenzte Zeit verlängerte. Dies, obwohl die Inanspruchnahme sowohl vergleichsweise gering als auch rückläufig war.

Der RH empfahl der ÖGK, das Maßnahmenpaket gemeinsam mit den anderen beteiligten Krankenversicherungsträgern im Hinblick auf Kosten und Nutzen bzw. Bedarf u.a. unter Beachtung der neuesten medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse zu evaluieren. Dabei wären vor dem Hintergrund der geringen Inanspruchnahme des Maßnahmenpaketes zweckmäßige Alternativen oder gegebenenfalls eine Beendigung zu prüfen.

23.3 Die ÖGK nahm in ihrer Stellungnahme die Empfehlung zur Kenntnis. Das Maßnahmenpaket sei eingeführt worden, um den Ärztinnen und Ärzten den erhöhten Aufwand für die Betreuung von Long-COVID-Patientinnen und -Patienten bzw. Verdachtsfällen abgelten zu können. Als Grundlage für die Entscheidung, ob und wie das Maßnahmenpaket verlängert werde, habe eine Kostenevaluierung zum Ergebnis geführt, dass die bei Einführung des Pakets prognostizierten Kosten deutlich unterschritten worden seien. Den Gesundheitsnotstand aufgrund der COVID-19-Pandemie habe die WHO für beendet erklärt. Da aber nach wie vor Long-Covid-Fälle zu verzeichnen seien, die niedergelassene Ärztinnen und Ärzte betreuen würden, sei eine unbefristete Fortführung des Maßnahmenpaketes vereinbart worden. Es wäre nicht sinnhaft gewesen, die Möglichkeit der niedergelassenen Versorgung zu beseitigen bzw. nicht adäquat zu honorieren.

Die ÖGK hole beim Nationalen Referenzzentrum regelmäßig Informationen über relevante Neuerungen in Diagnostik und Therapie ein. Soweit diese evidenzbasiert seien, würden sie – sofern erforderlich – in die Versorgung der Sozialversicherung integriert. Grundlage für ein entsprechendes Maßnahmenpaket sei die endgültige Beauftragung zum Aktionsplan PAIS, der derzeit noch ausgearbeitet werde.

23.4 Der RH hob gegenüber der ÖGK ihr Bestreben positiv hervor, relevante Neuerungen in Diagnostik und Therapie zu PAIS in die Versorgung der Sozialversicherung zu integrieren.

Er wies neuerlich darauf hin, dass sich die Inanspruchnahme des Maßnahmenpaketes im ersten Quartal 2024 im Vergleich zum letzten Quartal 2022 mehr als halbierte und die ÖGK von einer Fortsetzung bzw. Stagnation dieses Trends im niedergelassenen Bereich ausging. Der RH verwies auf die Notwendigkeit, nicht nur eine Kostenevaluierung des Maßnahmenpaketes durchzuführen, sondern auch den Nutzen bzw. Bedarf zu evaluieren, dies insbesondere angesichts der geringen Inanspruchnahme, aber auch unter Beachtung der neuesten medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.



Schlussempfehlungen

24 Zusammenfassend empfahl der RH

- dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (**BMASGPK**),
- dem Sozialministeriumservice (**SMS**),
- der Österreichischen Gesundheitskasse (**ÖGK**) und
- der Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**):

	BMASGPK	SMS	ÖGK	PVA
(1) Gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung wären			X	
<ul style="list-style-type: none"> • unter Einbindung der Österreichischen Ärztekammer geeignete Maßnahmen zu forcieren, um die Datenlage zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS) in Österreich zu verbessern. Dies auch, um den Bedarf an einer zielgerichteten Versorgung der PAIS-Patientinnen und -Patienten auf Basis einer zuverlässigen Versorgungsplanung definieren und diese in der Folge umsetzen zu können. • Dabei wäre zu prüfen, ob Register eine Möglichkeit wären, um die PAIS-Datenlage langfristig und nachhaltig weiterzuentwickeln. • Als kurzfristige Maßnahme wäre auch die Durchführung epidemiologischer Studien zu prüfen. • Die Vor- und Nachteile etwaiger Maßnahmen wären dabei auch im Hinblick auf einen effizienten und effektiven Maßnahmenmix und Ressourceneinsatz zu analysieren. (<u>TZ 3</u>) 				
(2) Gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung wäre – ausgehend vom Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS) und unter Berücksichtigung der Arbeiten des Nationalen Referenzzentrums für postvirale Syndrome – zeitnah eine länderübergreifende Gesamtstrategie für eine adäquate PAIS-Versorgung zu erarbeiten. Dabei wäre u.a. auch im Hinblick auf die lückenhafte Datenlage (<u>TZ 3</u>) und die unklare Definition von PAIS (<u>TZ 2</u>) auf einen effizienten und effektiven Ressourceneinsatz unter Berücksichtigung bestehender Angebote zu achten. (<u>TZ 6</u>)		X		
(3) Es wäre verstärkt darauf hinzuwirken, dass die nunmehr normierte verpflichtende Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich spätestens mit 1. Jänner 2026 umgesetzt wird. (<u>TZ 7</u>)	X			



		BMASGPK	SMS	ÖGK	PVA
(4)	Gemeinsam mit der Sozialversicherung wäre eine gesamthafte Informationsübersicht mit Links zu Websites über gesetzlich vorgesehene, verfügbare Leistungen im Sozialbereich des Bundes und der Sozialversicherung für chronisch Kranke und deren Angehörige auszuarbeiten. (<u>TZ 8</u>)			X	
(5)	Gemeinsam mit der Österreichischen Gesundheitskasse und den anderen Krankenversicherungsträgern sowie unter Einbindung des Nationalen Referenzzentrums für postvirale Syndrome (<u>TZ 21</u>) wäre zu analysieren, ob und wie Arbeitsunfähigkeitsmeldungen die Datenlage zu PAIS verbessern können. (<u>TZ 9</u>)		X		
(6)	Im Interesse einer rechtzeitigen Information der Versicherten der Österreichischen Gesundheitskasse über ein bevorstehendes Bezugsende wären die ärztlichen Begutachtungen von Krankengeldbezieherinnen und -beziehern satzungsgemäß durchzuführen. (<u>TZ 10</u>)			X	
(7)	Es wäre sicherzustellen, dass die Landesstellen der Österreichischen Gesundheitskasse die Vorgaben gemäß § 139 Abs. 6 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz umsetzen und in Hinkunft Abschriften der Informationsbeschreiben an ihre Versicherten über den bevorstehenden Wegfall des Krankengeldbezugs in jedem Fall an die zuständigen Pensionsversicherungsträger übermitteln. (<u>TZ 10</u>)			X	
(8)	Es wäre zu analysieren, wie Zuweisungen zu Rehabilitationseinrichtungen zielgerichteter vorgenommen werden könnten, um einen optimalen Rehabilitationsaufenthalt sicherzustellen. In diese Analyse wären auch die Verkürzungen und Verlängerungen von PAIS-Rehabilitationsaufenthalten miteinzubeziehen. (<u>TZ 11</u>)				X
(9)	Auf eine treffende und umfassende Codierung sowohl im stationären als auch im spitalsambulanten Bereich wäre hinzuwirken. Dies auch, um zur Verbesserung der PAIS-Datenlage beizutragen. (<u>TZ 12</u>)		X		
(10)	Gemeinsam mit den Pensionsversicherungsträgern wäre zu analysieren, ob die systematische Erfassung aller vorhandenen Diagnosen bei Pflegegeldbegutachtungen im Sinne einer zusätzlichen auswertbaren Datenquelle für das PAIS-Geschehen in Österreich zweckmäßig wäre. (<u>TZ 14</u>)			X	



	BMASGPK	SMS	ÖGK	PVA
(11) Im Interesse der Nachvollziehbarkeit wären vorab Kriterien schriftlich festzulegen, wann welche Art der Begutachtung – insbesondere persönliche Begutachtungen wie Hausbesuche oder z.B. in Begutachtungskompetenzzentren – grundsätzlich zur Anwendung kommen sollte. Dabei wären auch die Art der Erkrankung, die im Gutachten zu beurteilende Frage, die gesetzlichen Vorgaben und die personellen und finanziellen Ressourcen der Pensionsversicherungsanstalt bzw. des Sozialministeriums zu berücksichtigen. <u>(TZ 15)</u>		X		X
(12) Es wäre – ungetacht der ärztegesetzlichen Fortbildungsverpflichtung – basierend auf vom Sozialministeriumservice und der Pensionsversicherungsanstalt definierten Zielen und Erfahrungen aus der Begutachtungspraxis das Fortbildungspotenzial der vom Sozialministeriumservice und der Pensionsversicherungsanstalt beauftragten Gutachterinnen und Gutachter zu analysieren. Gegebenenfalls wären geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um dieses auszuschöpfen. Dabei wären externe und interne Gutachterinnen und Gutachter gleichermaßen zu berücksichtigen. <u>(TZ 16)</u>		X		X
(13) Es wäre zu prüfen, welche Gremien für die Arbeit des Obersten Sanitätsrats zweckmäßig sind, und diese sowie u.a. deren Funktion, Mitgliederbestellung, Tätigkeit und Arbeitsweise wären klar zu regeln bzw. wäre gegebenenfalls auf eine gesetzliche Änderung hinzuwirken. <u>(TZ 17)</u>		X		
(14) Es wäre(n) <ul style="list-style-type: none"> die Zweckmäßigkeit und Aktualität der im Rahmen der Interessenkonflikt-Erklärungen des Obersten Sanitätsrats abgefragten Sachverhalte zu prüfen und die Formulare gegebenenfalls zu überarbeiten, von allen Mitgliedern bzw. Expertinnen und Experten aller Gremien des Obersten Sanitätsrats Interessenkonflikt-Erklärungen jedenfalls vor Bestellung bzw. vor Funktionsbeginn und in der Folge regelmäßig einzuholen sowie das Prozedere zur Prüfung dieser Erklärungen auf allfällige Interessenkonflikte klar festzulegen. Gegebenenfalls wäre auf eine gesetzliche Änderung hinzuwirken. <u>(TZ 18)</u>		X		
(15) Gemeinsam mit den Ländern und der Sozialversicherung wäre der Umsetzungsprozess für den Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS) im Hinblick auf seine Zweckmäßigkeit und Konkretheit zu prüfen. Dabei wären auch die bisherigen Umsetzungsmaßnahmen bzw. die Ergebnisse des für Juni 2025 geplanten Symposiums zu berücksichtigen. <u>(TZ 20)</u>		X		



	BMASGPK	SMS	ÖGK	PVA
(16) Vor einer etwaigen erneuten Ausschreibung des Nationalen Referenzzentrums für postvirale Syndrome wären die Leistungsanforderungen zu evaluieren; insbesondere wären das Leistungsprofil auf seine Zweckmäßigkeit und ein Anpassungsbedarf betreffend Datenmanagement und -analyse zu prüfen; gegebenenfalls wären die hierfür erforderlichen rechtlichen Grundlagen zu schaffen. (TZ 21)		X		
(17) Im Sinne der Rechtssicherheit und Transparenz wäre bei der Vergabe von Förderungen auf klar definierte Fördervertragsbedingungen zu achten und wären diese umzusetzen. (TZ 22)		X		
(18) Vor der Erstellung, Beauftragung oder Förderung verschiedener Tools zur Wissensvermittlung im Bereich PAIS wäre das Long-COVID-Webtool zu evaluieren und wäre unter Berücksichtigung der gewonnenen Erkenntnisse ein Gesamtkonzept für die Erstellung dieser Tools zu erarbeiten. Dies auch, um eine effiziente Verwendung von Ressourcen zu gewährleisten, Doppelgleisigkeiten zu vermeiden und einen einheitlichen Qualitätsstandard sicherzustellen. (TZ 22)		X		
(19) Das „Maßnahmenpaket im Zusammenhang mit der Abklärung bzw. der Behandlung von Long COVID-Patienten bzw. -Verdachtsfällen“ wäre gemeinsam mit den anderen beteiligten Krankenversicherungsträgern im Hinblick auf Kosten und Nutzen bzw. Bedarf u.a. unter Beachtung der neuesten medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse zu evaluieren. Dabei wären vor dem Hintergrund der geringen Inanspruchnahme des Maßnahmenpaketes zweckmäßige Alternativen oder gegebenenfalls eine Beendigung zu prüfen. (TZ 23)			X	



Versorgung von Personen
mit postakuten Infektionssyndromen



Wien, im Jänner 2026

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker



Anhang A

Ressortbezeichnung und -verantwortliche

Tabelle A: Gesundheitsministerium im Zeitraum 2018 bis November 2025

Zeitraum	Bundesministerien- gesetz-Novelle	Ressortbezeichnung	Bundesminister/in
bis 7. Jänner 2018	BGBI. I 49/2016	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen	bis 8. Jänner 2018: Mag. ^a Beate Hartinger-Klein
8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020	BGBI. I 164/2017	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz	8. Jänner 2018 bis 22. Mai 2019: Mag. ^a Beate Hartinger-Klein 22. Mai 2019 bis 3. Juni 2019: Dr. Walter Pöltner 3. Juni 2019 bis 7. Jänner 2020: Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Brigitte Zarfl 7. Jänner 2020 bis 29. Jänner 2020: Rudolf Anschober
29. Jänner 2020 bis 31. März 2025	BGBI. I 8/2020	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	29. Jänner 2020 bis 19. April 2021: Rudolf Anschober 19. April 2021 bis 8. März 2022: Dr. Wolfgang Mückstein 8. März 2022 bis 3. März 2025: Johannes Rauch 3. März 2025 bis 2. April 2025: Korinna Schumann
seit 1. April 2025	BGBI. I 10/2025	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumenten- schutz	seit 2. April 2025: Korinna Schumann

Quelle: Parlament; Zusammenstellung: RH



Anhang B

Tabelle B: Chronologie Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS) bis Veröffentlichung

wesentliche Ereignisse (Auswahl)	
2023	
Herbst 2023	<ul style="list-style-type: none"> Arbeitskreis „spezifische Anlaufstellen“ (in der Folge: PAIS-Arbeitskreis) erarbeitete „Manifest Empfehlung zur Versorgung vom Menschen mit postakuten Infektionssyndromen (PAIS)“ (in der Folge: Manifest)
8. November 2023	<ul style="list-style-type: none"> vierte Sitzung der Arbeitsgruppe „postvirale/postinfektiöse Syndrome“ (in der Folge: PAIS-Arbeitsgruppe) des Obersten Sanitätsrats (OSR) Vorsitzende erstellte für diese Sitzung eine Sitzungsunterlage mit „wichtigsten“ Punkten des zu diesem Zeitpunkt aktuellen Manifests und weiteren Überlegungen zu möglichen Empfehlungen der PAIS-Arbeitsgruppe einen konkreten „einstimmigen“ Beschluss der PAIS-Arbeitsgruppe über die „Empfehlungen der AG postvirale/postinfektiöse Syndrome des Obersten Sanitätsrates“ konnte Gesundheitsministerium nicht vorlegen
13. November 2023	<ul style="list-style-type: none"> dritte Vollversammlung des OSR in der Funktionsperiode 2023 bis 2025 „Empfehlungen der AG postvirale/postinfektiöse Syndrome des Obersten Sanitätsrates“ dem OSR vorgelegt darin Empfehlung u.a. nach einem „Nationalen Aktionsplan“ – Annahme durch die OSR-Vollversammlung unter Voraussetzung, dass Bezeichnung „Nationaler Aktionsplan“ auf „Bundesweite Initiative“ geändert wird Manifest nicht Teil der Beschlussfassung
16. November 2023	<ul style="list-style-type: none"> Vorsitzende des PAIS-Arbeitskreises übermittelte „finale Fassung“ des Manifests an Gesundheitsministerium
17. November 2023	<ul style="list-style-type: none"> auf vorangegangene Nachfrage des Gesundheitsministeriums bei der Vorsitzenden der PAIS-Arbeitsgruppe – diese stimmte zu, dass diese Manifest-Fassung als Grundlagendokument für die Arbeitsgruppen-Empfehlungen gesehen werden könnte Übermittlung u.a. der „Empfehlung der PAIS-Arbeitsgruppe“ nach einer „bundesweiten Initiative“ an Ministerbüro des Gesundheitsministers samt Manifest als Grundlage Ministerbüro teilte mit, dass der Gesundheitsminister der Empfehlung des „OSR“ nach einem „Aktionsplan“ folgen werde
20. November 2023	<ul style="list-style-type: none"> Gesundheitsminister kündigte beim Symposium „Folgezustände nach Virusinfektionen – mit Fokus auf Long COVID und ME/CFS“ die Erstellung eines Aktionsplans an
2024	
23. April 2024	<ul style="list-style-type: none"> Kick-off-Sitzung der Arbeitsgruppe für den Aktionsplan (in der Folge: Aktionsplan PAIS) der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) <ul style="list-style-type: none"> 63 Mitglieder plus Stellvertreterinnen und Stellvertreter interdisziplinär und multiprofessionell (u.a. Gesundheitsministerium, Länder, Sozial- und Pensionsversicherung, Selbst- und Angehörigenvertretungen) Länder: Salzburg nicht vertreten; mit Ausnahme Wien keine Vertretung der Landesgesundheitsfonds
April bis Oktober 2024	<ul style="list-style-type: none"> Erarbeitung des Aktionsplans PAIS auf Basis der Inputs der sieben Unterarbeitsgruppen (u.a. Datenlage, Versorgung, soziale Absicherung)
30. Oktober 2024	<ul style="list-style-type: none"> Übermittlung des finalen Berichts an das Gesundheitsministerium durch die GÖG
19. November 2024	<p>Veröffentlichung des Aktionsplans PAIS durch das Gesundheitsministerium:</p> <ul style="list-style-type: none"> „strategisches Expertenpapier mit Empfehlungscharakter“ acht Handlungsfelder (u.a. Definition, Datenlage, Versorgung, soziale Absicherung) 58 – zum Teil (sehr) allgemein formulierte – Empfehlungen mit unterschiedlichen, teilweise mehrfachen Umsetzungszuständigkeiten (z.B. Bund, Länder, Sozialversicherung) keine vorangehende Erörterung bzw. Beschlussfassung z.B. in den Zielsteuerungsgremien im Aktionsplan PAIS nicht enthalten u.a. <ul style="list-style-type: none"> konkreter Umsetzungszeitplan und -prozess Evaluierungsmodalitäten und -zeitplan Finanzierung (kaum Angaben, Bezugnahme auf Gesundheitsreform 2023 bzw. Finanzausgleich)

ME/CFS = Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom

Quelle: BMSGPK; Zusammenstellung: RH



Tabelle C: Weitere Schritte Aktionsplan zu postakuten Infektionssyndromen (PAIS) nach Veröffentlichung

2024	wesentliche Ereignisse (Auswahl)
22. November 2024	<ul style="list-style-type: none"> • Sitzung Ständiger Koordinierungsausschuss¹: Aktionsplan PAIS als Informationspunkt, laut Ergebniszusammenfassung u.a.: <ul style="list-style-type: none"> – Länder und Sozialversicherung: <ul style="list-style-type: none"> - nicht mit Vorgangsweise einverstanden, den Aktionsplan PAIS ohne Diskussionen in den Zielsteuerungsgremien, dem Ständigen Koordinierungsausschuss und der Bundes-Zielsteuerungskommission vorzulegen - ihre Anmerkungen und Inputs seien nicht adäquat berücksichtigt worden – „Bund“ sagt Besprechung zwischen Zielsteuerungspartnern, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und Nationalem Referenzzentrum für postvirale Syndrome zu
10. Dezember 2024	<ul style="list-style-type: none"> • Prae-Kick-off-Treffen zum Aktionsplan PAIS im Gesundheitsministerium, laut Protokoll etwa: <ul style="list-style-type: none"> – u.a. vertreten: Länder Oberösterreich, Wien und Salzburg; Sozialversicherung: Österreichische Gesundheitskasse, Pensionsversicherungsanstalt und Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau – laut Sozialversicherung kämen Sozialversicherungsträger gemeinsam nur auf etwa 2.000 eindeutig zuordenbare Betroffene – Nationales Referenzzentrum könne selbst keine Datenerhebung machen, diese werde aber von allen Anwesenden als dringend notwendig gesehen. – aus Sicht der Ländervertretungen: <ul style="list-style-type: none"> - nicht sinnvoll, neue Strukturen aufzubauen, wie im Aktionsplan PAIS gefordert, solange Zahl der Betroffenen unklar - Aufbau neuer Strukturen müsse begründbar sein, weil dadurch woanders Ressourcen abzuziehen wären - nicht geklärt, wie viele Personen tatsächlich nicht betreut seien, ob es tatsächlich Spezialambulanzen brauche oder ob niedergelassener Bereich die PatientInnen übernehmen könne – Ergebnisse bzw. Diskussionspunkte u.a.: <ul style="list-style-type: none"> - Datenlage und Diagnostik müssten verbessert werden - „Das Thema soll zukünftig pragmatisch und in direktem Austausch über die Zielsteuerungspartner gehandhabt werden.“
13. Dezember 2024	<ul style="list-style-type: none"> • Sitzung Bundes-Zielsteuerungskommission: <ul style="list-style-type: none"> – Aktionsplan PAIS nicht auf Tagesordnung – laut Protokoll: auf Nachfrage der Sozialversicherung erläutert, dass Aktionsplan PAIS keine verbindlichen Vorgaben enthalte, aber wichtige Empfehlungen und Hinweise
17. Dezember 2024	<ul style="list-style-type: none"> • Dokument zu „Schnürung von ‚Maßnahmenpaketen‘ für die Umsetzung des AP PAIS“: <ul style="list-style-type: none"> – 58 in acht Handlungsfeldern definierte Empfehlungen des Aktionsplans PAIS nun nach „Hauptzuständigkeiten“ auf sieben Pakete aufgeteilt: <ul style="list-style-type: none"> - GÖG, Zielsteuerung-Gesundheit, Gesundheitsministerium, Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung, Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, Sozialversicherungsträger, Nationales Referenzzentrum
19. Dezember 2024	<ul style="list-style-type: none"> • Kick-off-Meeting zur Umsetzung des Aktionsplans PAIS im Gesundheitsministerium, laut Protokoll: <ul style="list-style-type: none"> – 28 Teilnehmende, davon 14 Gesundheitsministerium, weiters u.a. Vertreterinnen und Vertreter des Nationalen Referenzzentrums sowie von Selbst- und Angehörigenvertretungen; Länder und Sozialversicherung nicht vertreten – laut Protokoll-Beilage: 44 Empfehlungen auf sechs Arbeitspakete mit Hauptzuständigkeiten wie im Dokument von 17. Dezember 2024 festgelegt – Paket Zielsteuerung-Gesundheit nicht in der Protokoll-Beilage – für Juni 2025: Symposium geplant, über bisherige Arbeiten und die Umsetzung der Maßnahmen soll berichtet und diskutiert werden, zwischenzeitlich sollen Abstimmungstreffen organisiert werden

¹ Aufgabe des Ständigen Koordinierungsausschusses war es, die Agenden der Bundes-Zielsteuerungskommission vorzubereiten und zu koordinieren sowie die Umsetzung von Beschlüssen der Bundes-Zielsteuerungskommission zu unterstützen. Er setzte sich aus je neun Vertreterinnen bzw. Vertretern des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung zusammen.

Quelle: BMSGPK; Zusammenstellung: RH

R
—
H

