

R
H



**Rechnungshof
Österreich**

Unabhängig und objektiv für Sie.

Landtag von Niederösterreich

Landtagsdirektion

Eing.: 21.07.2023

Ltg.-139/B-2/1-2023

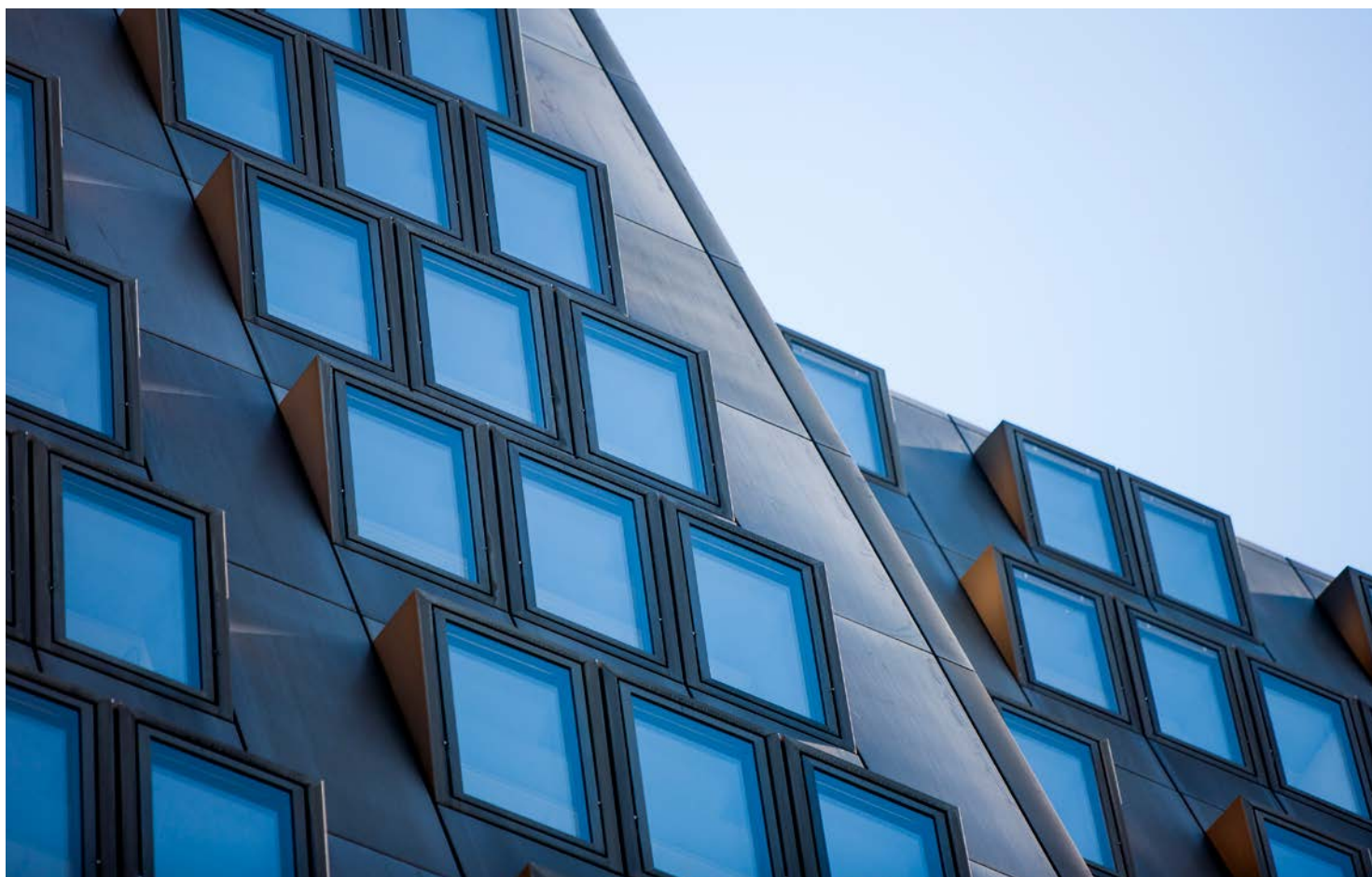
Reihe BUND 2023/19

Reihe NIEDERÖSTERREICH 2023/3

Reihe WIEN 2023/4

Bevölkerungsweite COVID–19–Tests

Bericht des Rechnungshofes



Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz, dem Niederösterreichischen Landtag gemäß Art. 127 Abs. 6 Bundes-Verfassungsgesetz und dem Gemeinderat der Stadt Wien gemäß Art. 127 Abs. 6 in Verbindung mit Abs. 8 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise 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.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Rechnungshof Österreich
1030 Wien, Dampfschiffstraße 2
www.rechnungshof.gv.at
Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich
Herausgegeben: Wien, im Juli 2023

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8946
E-Mail info@rechnungshof.gv.at
[facebook/RechnungshofAT](https://facebook.com/RechnungshofAT)
Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover: Rechnungshof/Achim Bieniek
Seite 13, 48: iStock.com/LisaAFischer

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Glossar	7
Prüfungsziel	11
Kurzfassung	11
Zentrale Empfehlungen	18
Zahlen und Fakten zur Prüfung	19
Chronologie	20
Prüfungsablauf und –gegenstand	23
Grundlagen zu Tests und Kostentragung	25
Tests im Rahmen des Pandemiemanagements	28
Österreichische Teststrategie	28
Massentest	30
Einführung eines niederschweligen bevölkerungsweiten Testangebots	36
Fokus auf PCR-Gurgeltests und weitere strategische Überlegungen für den Herbst 2021	49
Österreichische Teststrategie 2022	52
Anzahl und Kosten der Tests	56
Anzahl der Tests	56
Kosten der Tests	60
Abrechnung der bevölkerungsweiten Tests	70
Allgemeines	70
Abrechnung des Gesundheitsministeriums mit den Ländern	72
Abrechnung des Gesundheitsministeriums mit der Sozialversicherung	76

PCR-Tests zur Eigenanwendung in Niederösterreich und Wien _____	79
Ausschreibungen von PCR-Tests _____	79
PCR-Gurgeltests zur Eigenanwendung in Niederösterreich _____	82
PCR-Gurgeltests zur Eigenanwendung in Wien _____	91
Fazit: Bevölkerungsweite PCR-Tests zur Eigenanwendung in Niederösterreich und Wien _____	97
Lessons Learned _____	99
Schlussempfehlungen _____	105

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Anzahl der durchgeführten Tests bis 31. März 2022 _____	58
Tabelle 2:	Kosten der COVID-19-Tests auf Bundesebene 2020 und 2021 (Stand Ende Juni 2022) _____	60
Tabelle 3:	Kosten der COVID-19-Tests im Gesundheitsministerium 2020 und 2021 (Stand Ende Juni 2022) _____	62
Tabelle 4:	Von den Ländern verrechnete Kosten der COVID-19-Tests 2020 und 2021 (Stand Ende Juni 2022) _____	63
Tabelle 5:	Kosten und Anzahl der in den Jahren 2020 und 2021 abgerechneten COVID-19-Tests im Bereich der Sozial- versicherung (Stand Ende Juni 2022) _____	77
Tabelle 6:	Verwendung Testkits Niederösterreich gurgelt (Stand 29. März 2022) _____	85
Tabelle 7:	Rücklaufquote von Niederösterreich gurgelt für ausgewählte Zeiträume _____	86
Tabelle 8:	Verwendung Testkits Alles gurgelt! in Wien (Stand 27. März 2022) _____	92
Tabelle 9:	Rücklaufquote von Alles gurgelt! in Wien für ausgewählte Zeiträume _____	93
Tabelle 10:	Erfolgsfaktoren von Testsystemen mit PCR-Tests zur Eigenanwendung _____	97

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ergebnisse behördlicher Tests und des österreichweiten Massentests im Dezember 2020 _____	33
Abbildung 2:	Monatliche Testhäufigkeit pro Person (Jänner bis April 2021) _____	38
Abbildung 3:	Monatliche Testhäufigkeit von Personen mit und ohne Immunschutz (März 2021 bis Jänner 2022) _____	39
Abbildung 4:	Tägliche Anzahl der COVID-19-Erkrankten auf Intensivstationen (April 2020 bis Ende Juni 2022) _____	40
Abbildung 5:	Anzahl der Tests und Testmöglichkeiten in Wien im Jahr 2021 _____	44
Abbildung 6:	Das niederschwellige, bevölkerungsweite Testangebot in Österreich im Überblick (Stand Februar 2021) _____	48
Abbildung 7:	Tests pro Kopf in Österreich und Deutschland im Zeitraum 27. April 2020 bis 3. April 2022 _____	66
Abbildung 8:	Verbesserungspotenzial beim Testen im Rahmen des Pandemiemanagements _____	102

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
Art.	Artikel
BGBL.	Bundesgesetzblatt
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COVID	corona virus disease (Coronaviruskrankheit)
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control (Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten)
EMS	Epidemiologisches Meldesystem
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
(f)f.	folgend(e)
FFP2	filtering face piece 2
GECKO	Gesamtstaatliche COVID-Krisenkoordination
G(es)mbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GZ	Geschäftszahl
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IT	Informationstechnologie
lit.	litera (Buchstabe)
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
NÖ	Niederösterreich
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
PCR	Polymerase Chain Reaction (Polymerase-Kettenreaktion)

rd.	rund
RH	Rechnungshof
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus type 2
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Glossar

Antigen-Test

Antigen-Tests ermöglichen einen direkten Erregernachweis von SARS-CoV-2. Es wird kein Labor zur Auswertung benötigt. Das Ergebnis steht nach rd. 20 Minuten fest.

Coronavirus

Coronaviren sind Viren, die insbesondere Krankheiten der Atemwege verursachen können (siehe auch SARS-CoV-2).

COVID-19 (corona virus disease 2019)

COVID-19 ist die Bezeichnung der von SARS-CoV-2 ausgelösten Krankheit. Nicht alle mit SARS-CoV-2 infizierten Personen erkranken an COVID-19.

Epidemiologisches Meldesystem (EMS)

Das Epidemiologische Meldesystem ist eine Datenbank der Bezirksverwaltungsbehörden, Landessanitätsdirektionen, des Gesundheitsministeriums sowie der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES), in das anzeigepflichtige Krankheiten eingemeldet werden.

European Centre for Disease Prevention and Control

(ECDC; Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten)

Das ECDC, eine EU-Agentur mit Sitz in Schweden, ist seit 2005 tätig, um die Vorbeugung gegen übertragbare Krankheiten und deren Kontrolle in der EU zu verbessern. Das ECDC soll die durch übertragbare Krankheiten bedingten aktuellen und neu auftretenden Risiken für die menschliche Gesundheit ermitteln, bewerten und Informationen darüber weitergeben. Dazu soll es auch mit der WHO und Drittstaaten zusammenarbeiten.

G-Regelungen

Die G-Regelungen sollen sicherstellen, dass von bestimmten Personengruppen nur eine geringe epidemiologische Gefahr ausgeht. 3G umfasst geimpfte, genesene oder getestete Personen, 2G geimpfte oder genesene, 1G nur geimpfte. 2,5G steht für geimpft oder genesen oder PCR-getestet. Die häufig geänderten Verordnungen (z.B. 2. COVID-19-Basismaßnahmenverordnung) legten fest, wo (z.B. Krankenanstalten, Pflegeheime, Betriebsstätten, Freizeiteinrichtungen) welche G-Regelungen anzuwenden waren. Sie definierten auch Art und Umfang der erforderlichen Nachweise (z.B. welcher Test oder welche Impfung zum jeweiligen Zeitpunkt ausreichend war).

Inzidenz

Mit dem Inzidenz-Wert wird die Häufigkeit der neu auftretenden Fälle einer Krankheit innerhalb einer Zeitspanne in der Bevölkerung oder einer bestimmten Zielgruppe angegeben.

PCR-Test

Der PCR-Test (PCR = Polymerase Chain Reaction (Polymerase-Kettenreaktion)) dient dem Nachweis einer aktuellen COVID-19-Erkrankung. Für den PCR-Test werden Proben aus dem Rachen oder Nasenraum entnommen und in einem Labor ausgewertet.

Pooling, Pool-Analyse

Unter Pooling versteht man die gemeinsame Analyse von Proben im Labor. Ist der Pool negativ, unterbleiben Einzelanalysen – dies spart Auswertungskapazitäten. Bei einem positiven Ergebnis müssen alle Proben eines Pools einzeln analysiert werden.

Positivrate

Die Positivrate gibt den Anteil positiver Tests an der Grundgesamtheit in Prozent an.

Rahmenvereinbarung

Eine Rahmenvereinbarung ist ein Vertrag ohne Abnahmeverpflichtung zwischen einem oder mehreren Auftraggebern und einem oder mehreren Auftragnehmern mit dem Ziel, die Bedingungen für die Aufträge festzulegen, die während eines bestimmten Zeitraums vergeben werden sollen.

Rücklaufquote

Die Rücklaufquote gibt den Anteil an den ausgegebenen bzw. den vom Auftragnehmer gelieferten Testkits an, für den ein Testergebnis vorliegt. Die Angabe bezieht sich stets auf den gesamten Zeitraum seit Beginn des jeweiligen Testangebots.

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

SARS-CoV-2 ist ein Coronavirus, das Anfang 2020 als Auslöser der COVID-19-Erkrankung identifiziert wurde. Es mutiert ausgehend von seiner Ursprungsvariante. Die Virusvarianten sind nach dem griechischen Alphabet bezeichnet.

Screening

Screening bezeichnet die Untersuchung einer definierten Gruppe von Personen auf einen speziellen Erreger, um Infektionen frühzeitig zu entdecken und Infektionsketten zu unterbrechen.

Screening-Programm

Bei einem Screening-Programm wird eine definierte Gruppe von Personen auf einen speziellen Erreger getestet. Bei spezifischen Screening-Programmen in der SARS-CoV-2-Pandemie werden z.B. Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen und deren Betreuungspersonal oder Schülerinnen und Schüler in der Schule getestet. Bevölkerungsweite Screening-Programme stehen der gesamten Bevölkerung offen und sollen durch Früherkennung von Infektionen die Ausbreitung des Erregers eindämmen.

Screening-Register

Das Screening-Register ist ein elektronisches Register für anzeigepflichtige Krankheiten, in dem Daten aus Screening-Programmen eingetragen werden, wie das Testergebnis. Die Daten dienen der epidemiologischen Auswertung, um z.B. Cluster zu identifizieren.

Surveillance (epidemiologische Überwachung)

Surveillance ist die fortlaufende systematische Sammlung, Analyse, Interpretation und Auswertung von Gesundheitsdaten zum Zweck der Planung, Durchführung und Bewertung von Maßnahmen zur Krankheitsbekämpfung.

World Health Organization (WHO)

Die WHO ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen, ihr gehören 193 Staaten an. Die WHO nimmt innerhalb der Vereinten Nationen die Rolle eines Koordinators für Gesundheitsfragen ein. Sie legt u.a. Standards und Forschungsziele zum Thema Gesundheit fest, benennt mögliche Maßnahmen der Gesundheitspolitik und bietet ihren Mitgliedstaaten technische Unterstützung an.

Österreich setzte beim Pandemiemanagement im internationalen Vergleich stark auf Tests. Die Bundesregierung und die Länder trafen im Jänner 2021 die Entscheidung für ein breites, bevölkerungswertes Testangebot, obwohl eine Teststrategie des Gesundheitsministeriums zu diesem Zeitpunkt auf zielgerichtetes und risikoorientiertes Testen ausgerichtet war. Diese Teststrategie wurde bei der Entscheidung nicht berücksichtigt.

Der RH ermittelte für alle COVID-19-Tests insgesamt Kosten von mindestens 5,2 Mrd. EUR bis Ende 2022.

Da neben dem Gesundheitsministerium und den Ländern noch drei weitere Ministerien Tests in größerem Ausmaß durchführten, entstand eine Vielfalt, die – ungeachtet des etwaigen individuellen Nutzens – eine Steuerung und Abstimmung des Gesamtangebots durch das Gesundheitsministerium erschwerte. Diese Vielfalt zeigte sich z.B. an den uneinheitlichen Datenmeldungen zum Testgeschehen. Nach Ansicht des RH erhöhte die Vielzahl an Testangeboten auch die Wahrscheinlichkeit von Parallelstrukturen, insbesondere in Ballungsräumen.

Der konkrete Nutzen dieser Vielfalt an Testangeboten blieb ungeklärt: Aufgrund unzureichender Daten war es weder möglich, das Kosten-Nutzen-Verhältnis verschiedener Testangebote zu analysieren, noch fundiert über deren Limitierung zu entscheiden. Auch die wissenschaftliche

Beurteilung des verstärkten Testgeschehens in Österreich und der internationale Vergleich verschiedener Teststrategien – Österreich habe laut European Centre for Disease Prevention and Control pro Kopf rd. 16-mal so viel wie Deutschland getestet – waren zur Zeit der Gebarungsprüfung noch nicht abgeschlossen.

TESTKOSTEN 2020–2022

mindestens

5,2 Mrd. EUR

Schätzung Stand Dezember 2022

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
- Land Niederösterreich
- Stadt Wien

Bevölkerungswerte COVID-19-Tests

Prüfungsziel



Der RH überprüfte von Februar bis Juli 2022 beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sowie beim Land Niederösterreich und der Stadt Wien die COVID-19-Tests. Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die COVID-19-Tests als Maßnahme des Pandemiemanagements, die damit verfolgte Strategie, die Organisation der von den Ländern durchgeführten bevölkerungswerten PCR-Tests, deren Abrechnung mit dem Gesundheitsministerium sowie die Anzahl der Tests und deren Kosten systematisch darzustellen. Der Fokus lag dabei auf der Beurteilung des Umfangs, der Organisation und Durchführung, der Kosten und der Verrechnung der bevölkerungswerten Tests in den Jahren 2020 und 2021. Der überprüfte Zeitraum umfasste die Jahre 2020 und 2021 sowie – soweit Daten verfügbar waren – auch aktuellere Entwicklungen.

Kurzfassung

Teststrategie und Durchführung

Für das Pandemiemanagement ist die Gesundheitsministerin bzw. der Gesundheitsminister als oberstes Organ zuständig und dafür verantwortlich, die erforderlichen Maßnahmen zu leiten, zu steuern und bundesweit zu koordinieren. Als rechtliche Instrumente stehen hierfür Erlässe, Verordnungen und gegebenenfalls auch Weisungen zur Verfügung. (TZ 2)

Dennoch blieben diese rechtlichen Instrumente in der Praxis häufig ungenutzt. So entwickelte das Gesundheitsministerium aufgrund der eingeschränkten Verfügbarkeit von PCR-Tests zu Pandemiebeginn zwar rasch eine risikoorientierte Priorisierung, überließ deren allfällige verbindliche Festlegung aber den Landeshauptleuten. Nach der im August 2020 veröffentlichten Teststrategie konnten asymptomatische Personen im Rahmen von Screening-Programmen freiwillig getestet werden, um die Aktivität des Virus zu beobachten und einen Anstieg der Infektionen frühzeitig zu

erkennen. Aber auch diese Teststrategie konnte als unverbindliches Dokument keine Steuerungswirkung entfalten, die mit jener der verbindlichen Rechtsinstrumente des Gesundheitsministers vergleichbar war, weil die vollziehenden Behörden in den Ländern daran nicht gebunden waren. Dies galt auch für die darauffolgenden Versionen der Teststrategie. ([TZ 2](#), [TZ 3](#), [TZ 4](#))

Mit breiter Verfügbarkeit von Antigen-Tests im Herbst 2020 veränderten sich die Rahmenbedingungen für das Testen. Mitte November 2020 kündigte der damalige Bundeskanzler öffentlich einen Massentest für die gesamte Bevölkerung an, ohne dies vorab mit dem für das Pandemiemanagement und damit für strategische Entscheidungen zuständigen Gesundheitsminister abzuklären. Dessen Beraterstab befürwortete Massentests nicht, da die Teststrategie einem risikoorientierten Ansatz folgte. Die österreichweite Teilnahmequote an dem Massentest betrug 23 % (2.045.155 durchgeführte Tests), davon wurden 0,21 % (4.254 Personen) positiv auf SARS-CoV-2 getestet. Eine nachträgliche Evaluierung kam daher zum Ergebnis, dass Massentests an asymptomatischen Personen nicht zielführend seien, und auch ein internes Papier des Gesundheitsministeriums wies darauf hin, dass der medizinische Vorteil von Massentests ungeklärt sei. Für den Massentest fielen nach Schätzung des RH Kosten von 40 Mio. EUR bis 50 Mio. EUR an. Auch der medizinische Krisenstab der Stadt Wien beschloss bereits im Oktober 2020, ein möglichst breites und niederschwelliges Antigen-Testangebot für asymptomatische Personen zu schaffen. ([TZ 3](#), [TZ 4](#), [TZ 6](#))

Anfang 2021 beschlossen Bundesregierung und Länder, ein langfristiges niederschwelliges, bevölkerungswertes Testangebot einzurichten. Auch der Nationalrat ersuchte die Bundesregierung in einer mit den Stimmen von vier Parteien beschlossenen Entschließung vom 14. Jänner 2021, den Ausbau der öffentlichen Testmöglichkeiten in Zusammenarbeit mit den Ländern und Gemeinden voranzutreiben. Obwohl das Gesundheitsministerium die Maßnahmen des Pandemiemanagements zu leiten, steuern und koordinieren hatte und die Kosten für die Testangebote trug, machte es keine Vorgaben für die Umsetzung. Diese war in der Folge in den Ländern unterschiedlich. Der Vergleich der beiden überprüften Länder zeigte, dass Niederösterreich das Testgeschehen den Gemeinden überließ und vor allem auf Antigen-Tests setzte. Wien rollte bereits im März 2021 flächendeckend PCR-Gurgeltests zur Eigenanwendung niederschwellig aus, hielt seine Teststraßen während des Jahres 2021 aufrecht, installierte zusätzlich Gurgelboxen und baute deren Zahl im Herbst 2021 weiter aus. ([TZ 2](#), [TZ 5](#), [TZ 6](#), [TZ 25](#))

Zusätzlich zu den Testangeboten der Länder und unabhängig davon bestanden Testmöglichkeiten in öffentlichen Apotheken und bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Weiters ließen das Tourismusministerium für Tourismusbeschäftigte, das Bildungsministerium an Schulen sowie das Wirtschaftsministerium in Betrieben Tests durchführen. Auch öffentliche Einrichtungen nahmen das breite Testangebot

in Anspruch, um sämtliche Vorkehrungen zum Schutz von Personen zu treffen. Die unterschiedlichen Testangebote waren nicht abgestimmt. Zudem konnte das Gesundheitsministerium laut eigener Angabe die genaue Anzahl der im überprüften Zeitraum insgesamt durchgeführten Tests auf Grundlage der ihm verfügbaren Daten nicht verlässlich ermitteln bzw. darstellen – auch deshalb, weil aufgrund fehlender Vorgaben die Länder die Anzahl der durchgeführten Tests uneinheitlich meldeten. Dieser Mangel an qualitätsgesicherten Daten erschwerte es, das Testgeschehen zu steuern und seinen Einfluss auf die epidemiologische Lage zu beurteilen; auch etwaige Parallelstrukturen und Mehrfach-Testungen wurden dadurch begünstigt. (TZ 7, TZ 8, TZ 11)

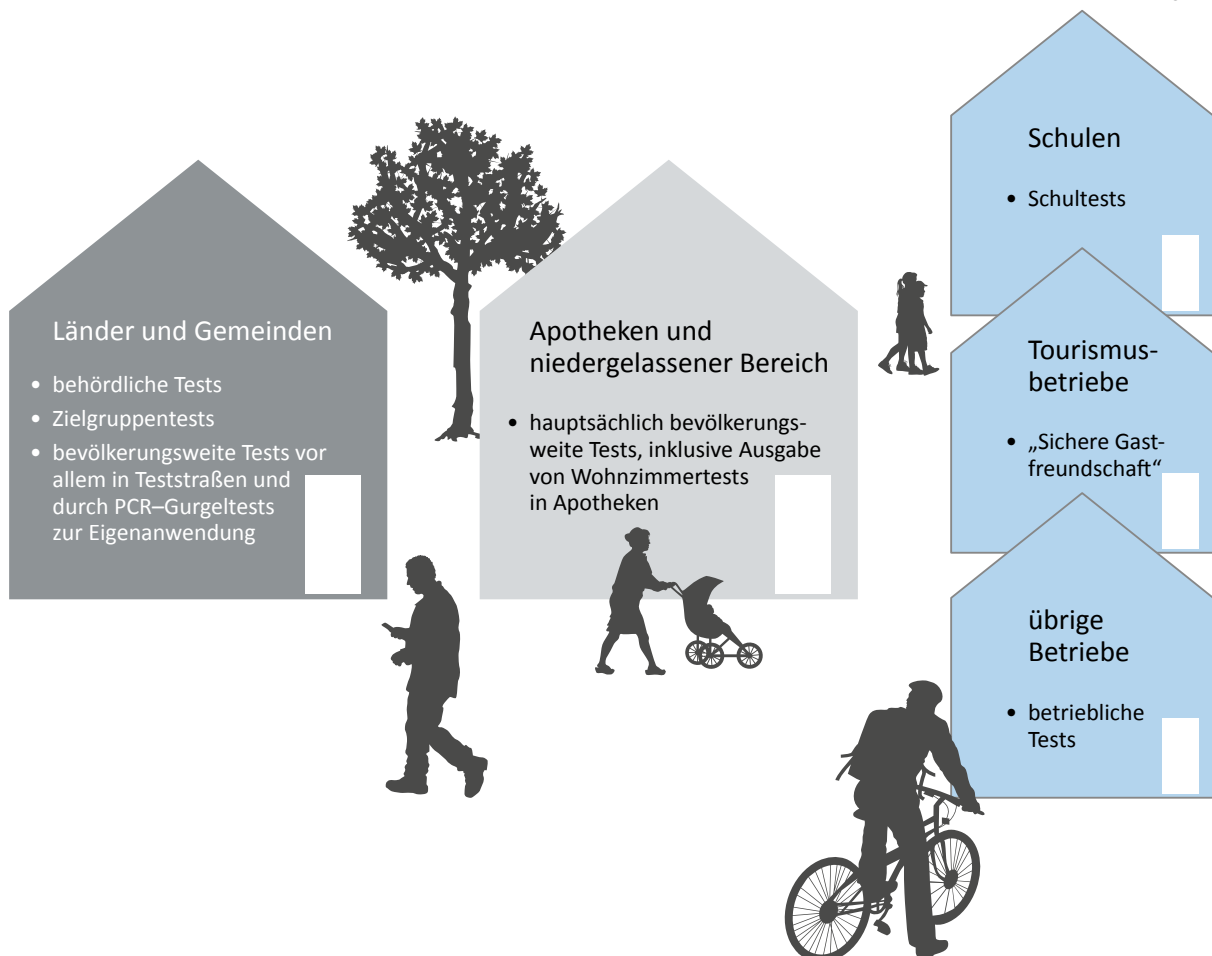
Abbildung: Das niederschwellige, bevölkerungsweite Testangebot in Österreich im Überblick (Stand Februar 2021)

Österreich

NIEDERSCHWELIGE TESTANGEBOTE
IN ÖSTERREICH



Quelle und Darstellung: RH



Im Laufe des Jahres 2021 änderte das Gesundheitsministerium seine Strategieüberlegungen zum Testen innerhalb weniger Monate mehrmals. Es setzte erst auf eine breite Verfügbarkeit von Tests und forcierte PCR-Gurgeltests, dann folgten Überlegungen hin zu zielgerichtetem Testen und schließlich zu einer Kostenpflicht der Tests. Eine entsprechende Anpassung der offiziellen Teststrategie vom März 2021 erfolgte jedoch nicht. Eine neue Teststrategie veröffentlichte das Gesundheitsministerium erst rund ein Jahr später im April 2022. ([TZ 9](#), [TZ 10](#))

Den Ländern war keine vorausschauende Planung möglich, auch weil das Gesundheitsministerium keine langfristigen Zusagen für Projekte zur Ausweitung von PCR-Tests in den Ländern machte. Mit November 2021 mussten dann in kurzer Zeit Tests in großer Menge bereitstehen, als der Nachweis eines Tests, einer Impfung oder Genesung für die Berufsausübung verpflichtend wurde (3G am Arbeitsplatz). ([TZ 9](#))

In der Folge begannen die Länder, ein bevölkerungswertes Testangebot mit PCR-Gurgeltests zur Eigenanwendung auszubauen:

Wien verfügte über ein solches Angebot bereits seit Ende März 2021 in Kooperation mit einem Handelskonzern. Das Testsystem war großzügig gestaltet und kostenintensiv, weil Wien die Testanzahl je Person im Wesentlichen nicht beschränkte und auch das Gesundheitsministerium keine solche Limitierung vorgegeben hatte. Dadurch war die Durchführung epidemiologisch und medizinisch redundanter Tests, auch mehrmals täglich, nicht ausgeschlossen. In Wien wurden mit Stand 31. März 2022 annähernd so viele PCR-Tests durchgeführt wie in allen anderen Ländern zusammen. Da Wien bereits bei der Lieferung der Testkits – über deren Herstellungskosten hinaus – für Kosten des Testsystems, z.B. der Logistik und Auswertung, zahlte, war die Rücklaufquote der ausgegebenen Testkits von Bedeutung. Diese stieg im Zeitverlauf zwar an, per Ende März 2022 war jedoch noch mehr als ein Drittel der ausgegebenen Testkits unbenutzt. ([TZ 9](#), [TZ 12](#), [TZ 22](#), [TZ 24](#))

Niederösterreich begann zunächst ein Projekt in Kooperation mit einem Tankstellenbetreiber, das es nach sechs Wochen wieder beendete. Ende Oktober 2021 rollte das Land dann schrittweise ein PCR-Gurgeltestsystem zur Eigenanwendung in Kooperation mit einem Handelskonzern aus. Zu Projektbeginn gab es Engpässe bei der Herstellung von Testkits. Schwierigkeiten bei der Logistik und der Analyse der PCR-Tests führten zu Verzögerungen bei der Ergebnisübermittlung. Das Land Niederösterreich und sein Auftragnehmer limitierten daraufhin den Bezug der Testkits und vereinbarten im November 2021, dass der Auftragnehmer auf den Preisanteil für die gepoolte Laboranalyse verzichtete. Allerdings waren die Inhalte der Rechnungen des Auftragnehmers teilweise unklar, weil z.B. die Anzahl der gekauften Testkits daraus nicht ersichtlich war. ([TZ 18](#), [TZ 19](#), [TZ 21](#))

Die Rücklaufquote der ausgegebenen Tests erhöhte sich fünf Monate nach Programmbeginn auf 31 % (Niederösterreich) bzw. 41 % (Wien). Einen Monat nach Programmbeginn hatte die Rücklaufquote erst 4 % (Niederösterreich) bzw. 23 % (Wien) erreicht. (TZ 19, TZ 22)

Anzahl und Kosten der Tests

Laut Berechnungen des RH führte die Vielzahl an Angeboten zu mindestens 306,4 Mio. durchgeführten Tests bis Ende März 2022. Nicht in dieser Summe enthalten – weil nicht zentral erfasst – waren

- die Antigen-Wohnzimmertests (nach den vorliegenden Statistiken im Jahr 2021 rd. 123 Mio. verteilte Tests),
- Tests, die private Anbieter durchführten, und
- die Tests in Betrieben mit weniger als 50 Bediensteten.

Mangels verfügbarer Daten lag kein gesamthafter Überblick über die tatsächliche Anzahl und die in ganz Österreich bisher angefallenen Kosten der Tests vor. Für die Jahre 2020 und 2021 waren für den RH Zahlungen in Höhe von 2,878 Mrd. EUR (Stand Ende Juni 2022) nachvollziehbar. Davon entfielen rd. 2,2 Mrd. EUR auf die vom Gesundheitsministerium abgerechneten Tests in Ländern¹, in Apotheken, im niedergelassenen Bereich und auf die Wohnzimmertests. Rund 266 Mio. EUR fielen für die vom Bildungsministerium veranlassten Tests in Schulen, rd. 176 Mio. EUR für die Beschaffung von Antigen-Tests und Assistenzleistungen des Verteidigungsministeriums, rd. 169 Mio. EUR für das Testangebot Sichere Gastfreundschaft des Tourismusministeriums sowie rd. 69 Mio. EUR für die vom Wirtschaftsministerium geförderten betrieblichen Tests an. Unter Berücksichtigung weiterer, voraussichtlich noch dem Jahr 2021 zuordenbarer Testkosten im Bereich des Gesundheitsministeriums in Höhe von rd. 88 Mio. EUR ergaben sich für die Jahre 2020 und 2021 zusammen vorläufige Testkosten von rd. 3 Mrd. EUR. (TZ 11, TZ 12)

Für das Jahr 2022 fielen bis Ende Juni 2022 im Gesundheitsministerium Zahlungen in Höhe von rd. 800 Mio. EUR an, für Schultests rd. 150 Mio. EUR und für die Endabrechnung von betrieblichen Tests und im Testangebot Sichere Gastfreundschaft rd. 90 Mio. EUR an; dies ergab Ende Juni 2022 einen Abrechnungsstand von rd. 4 Mrd. EUR seit 2020. Von Juli 2022 bis Ende 2022 fielen im Gesundheitsministerium weitere Testkosten in Höhe von rd. 1,2 Mrd. EUR an, womit sich die Kosten seit Pandemiebeginn schließlich auf insgesamt mindestens 5,2 Mrd. EUR erhöhten, was auch im internationalen Vergleich sehr hoch war. (TZ 11, TZ 12)

¹ Gegenüber dem Gesundheitsministerium hatten das Land Niederösterreich damals 180,55 Mio. EUR und die Stadt Wien 405,82 Mio. EUR verrechnet – dies jedoch bei länderweise unterschiedlichen Abrechnungsständen.

Der Bund trug die Testkosten zum überwiegenden Teil unbeschränkt. Überlegungen, die Kosten zu limitieren, führten erst im April 2022 dazu, dass der Gesundheitsminister die Anzahl der Tests pro Person und Monat beschränkte. Das Gesundheitsministerium analysierte nicht, welche Arten von Tests im Durchschnitt wie viel kosteten (wie PCR-Tests zur Eigenanwendung, Tests in Teststraßen oder in Apotheken). Daher war weder eine Analyse des Kosten-Nutzen-Verhältnisses verschiedener Testarten möglich noch eine fundierte Entscheidung darüber, Tests zu limitieren oder einzelne Testangebote zu priorisieren. [\(TZ 12\)](#)

Das Gesundheitsministerium verfügte nur teilweise über die für Analysen relevanten Daten, weil es von den Ländern keine Angaben zu Anzahl und Art der durchgeführten Tests einforderte und daher keinen Überblick über die Gesamtanzahl der von ihm finanzierten Tests oder die Kosten je Test und Testart hatte. Auch ein Vergleich der in den Ländern in den Jahren 2020 und 2021 für Tests angefallenen Kosten war nicht möglich, da der Abrechnungsstand der Länder mit dem Gesundheitsministerium mit Juni 2022 noch sehr unterschiedlich war. Zudem waren die Regelungen zur Kostenabrechnung für bevölkerungswerte Tests mit den Ländern komplex und mitunter aufwändig. [\(TZ 12, TZ 13\)](#)

Im Unterschied dazu enthielten die Abrechnungsunterlagen der Sozialversicherungsträger für die Testkosten in Apotheken und im ärztlichen niedergelassenen Bereich verpflichtende Angaben zur Anzahl der durchgeführten Tests und zu den dadurch entstandenen Kosten. Allerdings wurden die Honorare, die Apotheken und der niedergelassene Bereich für die Durchführung von Tests an asymptomatischen Personen (25 EUR) und Apotheken für die Verteilung von Testkits (10 EUR) erhielten, bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht auf ihre Angemessenheit geprüft. Mit Stand Ende Juni 2022 beliefen sich die Testkosten der Sozialversicherungsträger für die Jahre 2020 bis 2022 auf insgesamt 964,33 Mio. EUR. [\(TZ 13, TZ 15, TZ 16\)](#)

Entwicklungen im Jahr 2022

Die Ausbreitung neuer Virusvarianten änderte die Rahmenbedingungen für das Pandemiemanagement und damit für das Testen. Im April 2022 kehrte das Gesundheitsministerium mit der Beschränkung der bevölkerungswerten Tests zum risikoorientierten Testen zurück und verfolgte mit dem Abwassermonitoring ein alternatives Surveillance-Programm zur Überwachung des Infektionsgeschehens. Allerdings bestanden für den Ausbau der regionalen Abwassermonitoring-Systeme keine österreichweiten Vorgaben, was die Vergleichbarkeit der Ergebnisse und deren Einbeziehung in das nationale Monitoring erschwerte. [\(TZ 10\)](#)

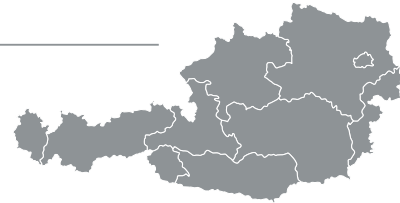
Mit dem am 1. Juli 2023 in Kraft getretenen COVID-19-Überführungsgesetz war die kostenlose Testmöglichkeit nur mehr symptomatischen Personen im Rahmen einer ärztlichen Behandlung möglich.

Auf Basis seiner Feststellungen fasst der RH das Verbesserungspotenzial beim Testen im Rahmen eines zukünftigen Pandemiemanagements in folgender Abbildung grafisch zusammen: (TZ 26)

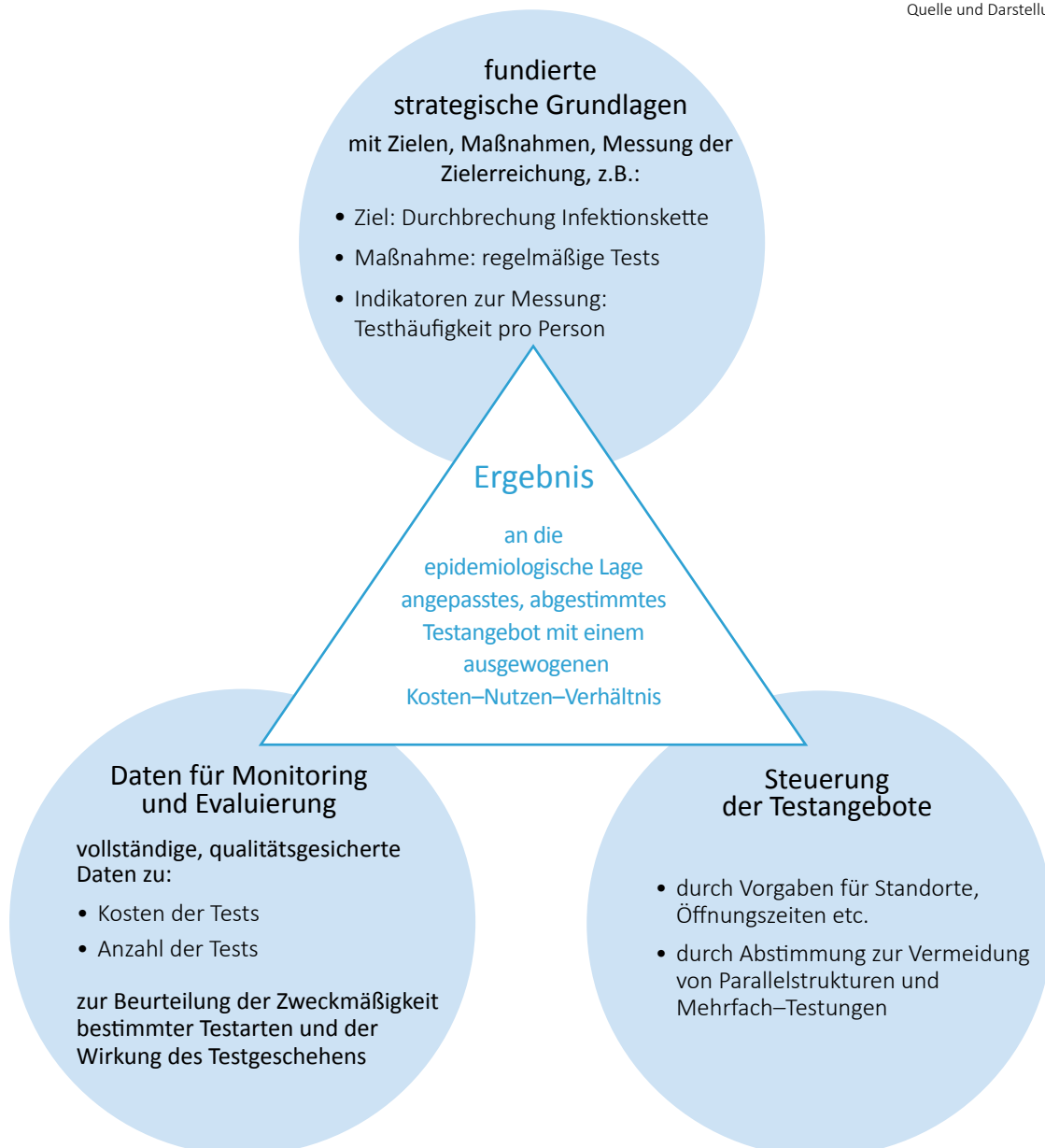
Abbildung: Verbesserungspotenzial beim Testen im Rahmen des Pandemiemanagements

Österreich

VERBESSERUNGSPOTENZIAL
BEIM TESTEN



Quelle und Darstellung: RH



Der RH hob in diesem Zusammenhang insbesondere folgende Empfehlungen an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

- Das Gesundheitsministerium sollte seine Zuständigkeit für die Pandemiebewältigung wahrnehmen und darauf hinwirken, dass nicht andere Stellen in seine Zuständigkeit fallende gesundheitspolitische Entscheidungen treffen und in der Folge Maßnahmen setzen, die mit der eigenen Teststrategie nicht konform gehen. (TZ 4, TZ 5)
- Den Ländern wären bei künftigen Maßnahmen zur Pandemiebewältigung unter Nutzung der bisherigen Erfahrungen klare (Ziel-)Vorgaben zu machen, um österreichweit eine vergleichbare Vorgehensweise zu gewährleisten und die Koordination und Steuerung durch das Gesundheitsministerium sicherzustellen. (TZ 6)
- Beim Testen wäre der zielgerichtete, risikoorientierte Ansatz weiterzuentwickeln und auszubauen. Bevölkerungsweite Tests wären künftig zusätzlich zu diesem Ansatz nur mehr abhängig von der epidemiologischen Lage und unter Zugrundelegung von Kosten-Nutzen-Aspekten im Vergleich zu den Surveillance-Programmen anzubieten. Für die regionalen Abwassermonitorings in den Ländern wären die Grundlagen für vergleichbare Ergebnisse vorzugeben, damit diese in das nationale Monitoring einfließen können. (TZ 10)
- Zur Verbesserung der Datenqualität wären sowohl die begonnene Vereinheitlichung der Ländermeldungen als auch der Aufbau des Data Warehouse fortzusetzen. (TZ 11)
- Für die wichtigsten Testangebote wären die Kosten pro Test den Zahlen zu deren Inanspruchnahme gegenüberzustellen und deren Zweckmäßigkeit und Finanzierbarkeit zu bewerten. Dazu wären die erforderlichen Datenmeldungen durch die Länder sicherzustellen und die Kosten mit der Anzahl der Tests zu verknüpfen. (TZ 12)

Zahlen und Fakten zur Prüfung

COVID-19-Tests			
Rechtsgrundlagen	Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl. 1/1930 i.d.g.F. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. 189/1955 i.d.g.F. COVID-19-Maßnahmegesetz, BGBl. I 12/2020, außer Kraft getreten am 30. Juni 2023 durch das COVID-19-Überführungsgesetz durch Beschluss des Nationalrates vom 14. Juni 2023 Epidemiegesetz 1950, BGBl. 186/1950 i.d.g.F. COVID-19-Zweckzuschussgesetz, BGBl. I 63/2020 i.d.g.F.		
Anzahl der Tests bis 31. März 2022^{1,2}			
	Antigen	PCR	Summe
	in Mio.		
Wien	30,7	57,2	87,9
Oberösterreich	37,0	11,0	48,0
Steiermark	32,6	10,7	43,3
Niederösterreich	23,5	11,8	35,3
Tirol	15,6	6,4	22,0
Salzburg	15,3	4,7	20,0
Kärnten	13,3	4,0	17,3
Vorarlberg	11,9	3,0	14,8
Burgenland	9,1	3,3	12,5
nicht nach Ländern aufgeschlüsselt	–	–	5,3
Summe	189,0	112,1	306,4
Kosten der Tests bis 31. Dezember 2021^{1,3}			
	2020	2021	Summe
	in Mio. EUR		
Gesundheitsministerium	122,22	2.075,87	2.198,09
Bildungsministerium	2,34	264,07	266,41
Verteidigungsministerium	62,36	113,35	175,71
Tourismusministerium	43,51	125,24	168,75
Wirtschaftsministerium	0,00	69,02	69,02
Summe	230,43	2.647,55	2.877,98
bis Ende 2022 (Schätzung)	mindestens 5.200		

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Gesundheitsministerium; Bildungsministerium; Stadt Wien; AGES; Berechnung: RH

¹ Näherungsweise Zusammenstellung durch den RH; weder zur Anzahl noch zu den Kosten der Tests lagen vollständige Daten vor; siehe TZ 11 und TZ 12.

² Daten berücksichtigt bis zur Änderung der Teststrategie ab April 2022 mit Begrenzung der Tests

³ Das Jahr 2021 war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung das letzte abgeschlossene Jahr.

Chronologie

Monat	Ereignis im Testgeschehen	Pandemieverlauf (in Österreich)
Jänner 2020	Verdachtsfälle laut Falldefinition des Gesundheitsministeriums werden zur Abklärung auf COVID-19 getestet	Gesundheitsminister erklärt COVID-19 zur anzeigepflichtigen Krankheit
Februar 2020		erste COVID-19-Fälle in Österreich
März 2020	erste PCR-Zielgruppentests in Gesundheitseinrichtungen der Länder	World Health Organization (WHO) erklärt COVID-19 zur Pandemie
		Beginn Lockdown 16. März (Lockdown dauert bis 30. April 2020)
Juni 2020	Pilotbetrieb Screening-Register	
ab Juli 2020	Testangebot „Sichere Gastfreundschaft im Tourismus“ im Auftrag des Tourismusministeriums	
August 2020	erste Teststraße mit kostenlosen PCR-Tests für Reiserückkehrende in Wien	
	Österreichische Teststrategie mit verpflichtenden behördlichen Tests und freiwilligen Screening-Programmen	
September 2020		Start der Corona-Ampel
Oktober 2020	Berechtigung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, an symptomatischen Personen Antigen-Tests und bei Vorliegen eines positiven Ergebnisses PCR-Tests durchzuführen	
	angepasste Teststrategie mit Antigen-Tests zur schnellen Abklärung von Verdachtsfällen bei Gesundheitspersonal sowie in Schulen	
November 2020		Beginn Lockdown 3. November (Lockdown dauert in unterschiedlichen Ausprägungen (z.B. „light“ und „hart“) bis 8. Februar 2021)
Dezember 2020	österreichweiter Massentest mit Antigen-Tests	
	Einrichtung der Anmeldeplattform oesterreich-testet.at	
	geänderte Teststrategie mit behördlichen Tests, Zielgruppentests und zusätzlichen Tests großer Bevölkerungsgruppen ohne Symptome	europaweiter Impfstart (27. Dezember)
Jänner 2021	Einigung zwischen Bund und Ländern auf langfristiges niederschwelliges, bevölkerungswertes Testangebot und Entschließung betreffend einen raschen Ausbau der öffentlichen unentgeltlichen Testmöglichkeiten	
	Beginn der flächendeckenden Antigen-Tests in Schulen	
	PCR-Gurgeltestsystem Schutzschild in Wien	
	Gemeinde-Teststraßen mit kostenlosen Antigen-Tests in Niederösterreich	
	Möglichkeit des Besuchs von Lokalen und Veranstaltungen gegen Vorlage eines negativen Testergebnisses (Eintrittstests)	Inkrafttreten der FFP2-Maskenpflicht (25. Jänner)
Februar 2021	Einigung im Nationalrat auf bevölkerungswerte Tests in Apotheken und auf betriebliche Tests	

Monat	Ereignis im Testgeschehen	Pandemieverlauf (in Österreich)
März 2021	Bezug von Antigen-Tests zur Eigenanwendung (Wohnzimmertests) in Apotheken möglich	
	oesterreich-testet.at auch für Tests in Apotheken und betriebliche Tests	
	Beginn des wienweiten PCR-Gurgeltestsystems „Alles gurgelt!“	
	neue Teststrategie mit behördlichen Tests, Zielgruppentests und bevölkerungsweiten Tests	
	Empfehlung der Europäischen Kommission zum Abwassermonitoring	
April 2021	bevölkerungswides Testangebot für asymptomatische Personen in ärztlichen Hausapotheken	Beginn Lockdown 1. April in Wien, Niederösterreich und Burgenland („Osterruhe“) (Lockdown dauert bis 17. April (Burgenland) bzw. 2. Mai (Wien und Niederösterreich))
		Angelobung von Dr. Wolfgang Mückstein als Bundesminister nach Rücktritt von Rudolf Anschober (19. April)
Mai 2021	Öffnung von Gastronomie und Kulturveranstaltungen mit einem negativen Test bzw. dem Nachweis über eine Impfung oder Genesung als Eintrittsvoraussetzung (3G)	Einstufung der Delta-Variante als besorgniserregend durch die WHO (10. Mai)
	Einrichtung von Gurgelboxen für PCR-Tests in Wien	
Juni 2021	bevölkerungswides Testangebot für asymptomatische Personen bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	
Juli 2021		europaweite Einführung des Grünen Passes (1. Juli)
September 2021	Beginn der flächendeckenden PCR-Tests in Schulen	
Oktober 2021	Einstellung der Wohnzimmertests	
	Beginn von „Niederösterreich gurgelt“	
November 2021	Inkrafttreten der 3. COVID-19-Maßnahmenverordnung, die ein Betreten des Arbeitsplatzes nur geimpft, genesen oder getestet erlaubt (3G-Regel)	Beginn Lockdown 22. November für alle für drei Wochen, später Lockdown für Nicht-Geimpfte oder Nicht-Genesene
		Ankündigung einer Impfpflicht ab 1. Februar 2022 (19. November)
		Einstufung der Omikron-Variante als besorgniserregend durch die WHO (26. November)
Jänner 2022	Nationale Referenzzentrale für Abwassermonitoring	
März 2022		weitgehende Lockerungen, z.B. Entfall 3G-Regel in vielen Bereichen, Öffnung Nachtgastronomie (5. März)
		Angelobung von Johannes Rauch als Bundesminister nach Rücktritt von Dr. Wolfgang Mückstein (8. März)
April 2022	Begrenzung des Bezugs von PCR-Tests auf fünf Stück pro Person und Monat und Wiedereinführung der Abgabe von fünf Wohnzimmertests pro Person und Monat	
	Aufnahme von Surveillance-Programmen in die Teststrategie	
Juli 2022	Variantenmanagementplan mit vier Szenarien für unterschiedliche Pandemieverläufe	

Quelle: Gesundheitsministerium; Zusammenstellung: RH

Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte von Februar bis Juli 2022 beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**) sowie beim Land Niederösterreich und der Stadt Wien² die COVID-19-Tests. Der Fokus lag dabei darauf, den Umfang, die Organisation und Durchführung, die Kosten und die Verrechnung der bevölkerungsweiten Tests in den Jahren 2020 und 2021 zu beurteilen.

Ende 2021 umfasste das Testgeschehen drei Testkategorien:

- Behördlich veranlasste Tests (in der Folge: **behördliche Tests**) von Personen mit COVID-19-Symptomen und Kontaktpersonen von bestätigten Fällen,
- spezifische Screening-Programme (in der Folge: **Zielgruppentests**), z.B. Tests bei vulnerablen Personengruppen und deren Betreuungspersonal etwa in Krankenanstalten sowie in Alten- und Pflegeheimen, Schultests oder Tests im Tourismus (Testangebot Sichere Gastfreundschaft) und
- bevölkerungsweite Screening-Programme (in der Folge: **bevölkerungsweite Tests**). Dazu gehörten Tests in Teststraßen sowie in Apotheken, Tests zur Eigenanwendung und die betrieblichen Tests.

(2) Ein Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die COVID-19-Tests als Maßnahme des Pandemiemanagements, die damit verfolgte Strategie sowie die Anzahl der Tests und deren Kosten systematisch darzustellen (TZ 2 bis TZ 12).

Die bevölkerungsweiten Tests machten den überwiegenden Teil aller Tests aus und verursachten die höchsten Kosten. Ein weiteres Ziel der Gebarungsüberprüfung war es daher auch, die Abrechnung dieser Tests mit dem Gesundheitsministerium nachzuvollziehen und zu bewerten (TZ 13 bis TZ 16). Weiters beurteilte der RH die Organisation der von den Ländern durchgeführten bevölkerungsweiten PCR-Tests am Beispiel von Niederösterreich und Wien (TZ 17 bis TZ 25). Dies mit dem Fokus, Lessons Learned für zukünftige Pandemien bzw. breit angelegte Testanwendungen bei hohem Infektionsgeschehen bereitzustellen.

(3) Die Zielgruppentests im Tourismusbereich (RH-Bericht „Ausgewählte Leistungen im Zusammenhang mit COVID-19 im Tourismus- und Gesundheitsbereich“, Reihe Bund 2022/23) und in Schulen waren bzw. sind Gegenstand von anderen Berichten des RH. Die Arbeit der Gesundheitsbehörden behandelt der RH in seinem Bericht „Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19-

² Die Stadt Wien nimmt in Österreich insofern eine Sonderstellung ein, als sie sowohl Gemeinde als auch Land ist. Der RH verwendet im Bericht durchgehend die Bezeichnung „Stadt Wien“ auch dann, wenn es um die Rolle des Landes Wien im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung geht.

Pandemie“ (Reihe Bund 2022/18), daher geht der RH auf die behördlichen Tests in diesem Bericht nicht näher ein.

(4) Grundsätzlich bezeichnet der Begriff „Test“ eine einzelne Untersuchung, „Screening“ dagegen die Untersuchung einer größeren Anzahl von Personen. „Testung“ bezeichnet den Vorgang des Testens. Diese Begriffe wurden in der Praxis nicht einheitlich verwendet. Zur sprachlichen Vereinfachung verwendet der RH in diesem Bericht vorwiegend den Begriff „Test“.

(5) Der überprüfte Zeitraum umfasste die Jahre 2020 sowie 2021 und – soweit Daten verfügbar waren – auch aktuellere Entwicklungen.

(6) Zu dem im Februar 2023 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Gesundheitsministerium sowie die Stadt Wien im Mai 2023 Stellung, das Land Niederösterreich im Juni 2023. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen an das Gesundheitsministerium, das Land Niederösterreich und die Stadt Wien im Juli 2023.

(7) Das Gesundheitsministerium hielt in seiner Stellungnahme grundsätzlich fest, dass es die Empfehlungen zur Kenntnis nehme und ihre Umsetzung in Aussicht stelle, sofern die Umsetzung rückwirkend möglich sei. Dies betraf die Schlussempfehlungen 1 bis 9, 11 bis 15, 18, 19 sowie 21 bis 23.

(8) Der RH betonte demgegenüber, dass seine Empfehlungen im Sinne von Lessons Learned auf zukünftige Krisenbewältigungen abzielten. Er verwies zudem auf die zur Zeit der Veröffentlichung dieses Berichts nach wie vor ungelösten Herausforderungen (z.B. Modernisierung Epidemiegesetz, Aktualisierung nationaler Pandemieplan).

Der RH erinnerte weiters an die im April/Mai 2023 von der Bundesregierung angekündigte empirische Aufarbeitung der COVID-19-Pandemie, um Lehren für die Zukunft zu ziehen; diese begann mit Auflösung von GECKO im Sommer 2023. Die Prüfung aus der Perspektive der obersten externen Finanzkontrolle, wie im gegenständlichen Bericht, sah der RH als gebotene Ergänzung.

Der RH verwies darüber hinaus auf seine Feststellung in **TZ 12**; demnach war die wissenschaftliche Beurteilung des verstärkten Testgeschehens zur Zeit der Gebärungsüberprüfung noch nicht abgeschlossen, auch nicht der internationale Vergleich verschiedener Teststrategien. Die Wechselwirkungen von Krisenmaßnahmen wie insbesondere der Tests blieben weitgehend offen und wurden noch nicht analysiert.

Grundlagen zu Tests und Kostentragung

2.1 (1) Die Pandemievorsorge und das Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden sind – als „Angelegenheiten des Gesundheitswesens“ gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 Bundes-Verfassungsgesetz³ (**B-VG**) – in Gesetzgebung und Vollziehung Bundes-sache. Das auf dieser kompetenzrechtlichen Grundlage beschlossene Epidemie-gesetz 1950⁴ und das im März 2020 kundgemachte COVID-19-Maßnahmengesetz⁵ sind von der Gesundheitsministerin bzw. dem Gesundheitsminister im Zusammen-wirken mit den Landeshauptleuten und Bezirksverwaltungsbehörden (mittelbare Bundesverwaltung gemäß Art. 102 B-VG) zu vollziehen. Als Gesundheitsbehörden hatten sie den Schutz der öffentlichen Gesundheit durch erforderliche Maßnahmen zu gewährleisten. Als oberstes zuständiges Organ ist die Gesundheitsministerin bzw. der Gesundheitsminister dafür verantwortlich, diese Maßnahmen zu leiten, zu steuern und bundesweit zu koordinieren. Als rechtliche Instrumente standen hierfür Erlässe, Verordnungen und gegebenenfalls auch Weisungen zur Verfügung.

(2) Der Gesundheitsminister erklärte am 26. Jänner 2020 COVID-19 auf Basis des Epidemiegesetzes 1950 zur anzeigepflichtigen Krankheit.⁶ Das bedeutete, dass die Gesundheitsbehörden beim Verdacht des Auftretens einer Infektion mit COVID-19⁷ unverzüglich die im Epidemiegesetz 1950 vorgesehenen Maßnahmen zu setzen hatten. Insbesondere hatten sie Erhebungen und Untersuchungen einzuleiten, um Krankheit und Infektionsquelle festzustellen.⁸ Daher war grundsätzlich bei allen Personen, bei denen ein Verdacht auf COVID-19 vorlag, eine labordiagnostische Abklärung durch einen PCR-Test zu veranlassen.⁹

(3) Die Vorbereitung, Organisation und Durchführung der Tests sowie die anschlie-ßende Auswertung der Ergebnisse waren nicht Gegenstand des bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie gültigen nationalen Pandemieplans. Dieser stammte aus dem Jahr 2006 und war ausschließlich auf eine Influenza-Pandemie ausgerichtet,

³ BGBl. 1/1930 i.d.g.F.

⁴ BGBl. 186/1950 i.d.g.F.

⁵ Bundesgesetz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19, BGBl. I 12/2020; außer Kraft getreten am 30. Juni 2023

⁶ Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2020, BGBl. II 15/2020 i.d.g.F.

⁷ Ausschlaggebend dafür, ob ein solcher Verdachtsfall vorlag, war das jeweils gültige Dokument zur Falldefini-tion auf der Website des Gesundheitsministeriums.

⁸ § 5 Epidemiegesetz 1950, wonach Betroffene auch verpflichtet waren, sich den dafür notwendigen Unter-suchungen bzw. der Entnahme von Untersuchungsmaterial zu unterziehen; die Ermöglichung oder Billigung eines behördlich veranlassten Tests lag somit nicht im Ermessen der getesteten Person.

⁹ Die COVID-19-Falldefinition änderte sich vor allem in der Anfangsphase der Pandemie mehrmals: Im Wesentlichen galt aber, dass eine Person bei Erfüllung des klinischen Kriteriums – also bei Vorliegen einer akuten respiratorischen Infektion mit bestimmten Symptomen – sowie bei vorangegangenem Kontakt zu einer infizierten oder erkrankten Person als Verdachtsfall einzustufen war; dies entsprach den ersten Fallde-finitionen ab Februar 2020. Ab Mitte April 2020 war die Erfüllung des „klinischen Kriteriums“ (Symptome) für die Klassifizierung als Verdachtsfall ausreichend.

weshalb er die Herausforderungen nicht berücksichtigte, die – etwa in der Diagnostik – mit dem Auftreten eines bisher unbekanntes Erregers verbunden waren.¹⁰

Im April 2020 stellte das Gesundheitsministerium vor dem Hintergrund mangelnder Laborkapazitäten für PCR-Tests strategische Überlegungen zur risikoorientierten Priorisierung bestimmter Personengruppen bei den Tests an – z.B. von Patientinnen bzw. Patienten und Personal in Krankenhäusern sowie Alten- und Pflegeheimen. Das Gesundheitsministerium verzichtete darauf, den Ländern diese Priorisierung verbindlich vorzugeben und beschränkte sich auf Empfehlungen. Per Erlass¹¹ hielt es nur fest, dass besonderes Augenmerk auf das im Gesundheits- und Pflegebereich tätige Personal sowie auf Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen zu legen war; die Länder sollten die hierfür erforderlichen Testkapazitäten vorhalten. Im selben Erlass überließ es das Gesundheitsministerium den Landeshauptleuten, im Fall eines Engpasses bei den Kapazitäten die Prioritäten bei der Testreihenfolge verbindlich festzulegen.

(4) Auch der Gesetzgeber war, als er die Untersuchungen zur Feststellung einer Krankheit¹² regelte, nicht davon ausgegangen, dass jeder Verdachtsfall einer labor-diagnostischen Abklärung bedürfe und dass deshalb die Ressourcen privater Labore genutzt werden müssten. Dies zeigte sich daran, dass im Epidemiegesetz 1950 eine Kostentragung des Bundes nur für Untersuchungen in staatlichen Untersuchungsanstalten vorgesehen war.¹³ Das Gesundheitsministerium reagierte darauf mit einem Kostentragungserlass¹⁴: In diesem erklärte es, die Kosten aller von den Gesundheitsbehörden ab der Geltung der Anzeigepflicht angeordneten PCR-Tests zu übernehmen, unabhängig davon, welches Labor oder welche Untersuchungsanstalt diese auswertete.¹⁵ Die gesetzliche Regelung, dass nur die Kosten für Untersuchungen in staatlichen Untersuchungsanstalten übernommen werden, blieb bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung unverändert.

2.2 Der RH hielt fest, dass laut Epidemiegesetz 1950 bei einem Verdachtsfall unverzüglich Untersuchungen vorzunehmen waren, um das Vorliegen einer anzeigepflichtigen Krankheit nachzuweisen. Bei Verdacht auf eine Infektion mit COVID-19 war eine

¹⁰ Der RH hatte in seinem Bericht „Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie“ (Reihe Bund 2022/18) kritisiert, dass das Gesundheitsministerium den nationalen Pandemieplan zumindest 14 Jahre lang nicht angepasst hatte, obwohl die World Health Organization (**WHO**) ihre aus 2005 stammende Pandemieplanung seither zweimal aktualisiert und ihre Vorgehensweise bei der Risikoeinschätzung grundlegend geändert hatte; eine vom Gesundheitsministerium beauftragte Evaluierung aus dem Jahr 2012 hatte sowohl einen dringenden Bedarf für eine Überarbeitung des nationalen Pandemieplans erkannt als auch künftig kürzere Aktualisierungsintervalle empfohlen.

¹¹ Erlass zur Abklärung von COVID-19 Verdachtsfällen durch Probenahme und Laboruntersuchung gemäß Epidemiegesetz 1950, CONTAINMENT 2.0 vom 20. Mai 2020

¹² § 5 Epidemiegesetz 1950

¹³ § 36 Abs. 1 lit. b Epidemiegesetz 1950

¹⁴ COVID-19, Kostentragung des Bundes gemäß Epidemiegesetz 1950 – 1. Erlass vom 14. Mai 2020, GZ 2020-0.303.574

¹⁵ Demnach wurden die bis April 2020 in den Ländern jeweils tatsächlich angefallenen und nachweislich dokumentierten Kosten, ab Mai 2020 jedoch maximal 85 EUR pro Test ersetzt.

labordiagnostische Abklärung mittels PCR-Test notwendig. Der RH hielt kritisch fest, dass das Gesundheitsministerium ein solches Szenario bei der Pandemievorsorge nicht erwogen hatte. Er hatte bereits in seinem Bericht „Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie“ (Reihe Bund 2022/18, TZ 12) kritisiert, dass der nationale Pandemieplan aus 2006 veraltet und ausschließlich auf eine Influenza-Pandemie ausgerichtet war und deshalb nicht auf die Herausforderungen einging, die mit dem Auftreten eines bisher unbekanntem Erregers verbunden waren – wie etwa die breite Erforderlichkeit individueller Labordiagnostik.

Vor diesem Hintergrund anerkannte der RH die vom Gesundheitsministerium aufgrund der eingeschränkten Verfügbarkeit von PCR-Tests rasch entwickelte risikoorientierte Priorisierung. Er hielt aber kritisch fest, dass der Gesundheitsminister trotz seiner Verantwortung für die Steuerung und bundesweite Koordination des Pandemiemanagements nicht die ihm zur Verfügung stehenden rechtlichen Instrumente nutzte, um die Prioritäten verbindlich festzulegen, sondern dies den Landeshauptleuten überließ.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, im Rahmen der Pandemievorsorge und insbesondere im neuen nationalen Pandemieplan auch ein Szenario mit Krankheitserregern zu berücksichtigen, für deren Nachweis bei Infektionsverdacht labordiagnostische Maßnahmen erforderlich sind. Konkrete strategische Überlegungen des Gesundheitsministeriums – wie eine Priorisierung bestimmter Personengruppen bei PCR-Tests – sollte die Gesundheitsministerin bzw. der Gesundheitsminister mittels ihrer bzw. seiner Rechtsinstrumente den vollziehenden Behörden verbindlich vorgeben, um im Pandemiemanagement für Transparenz, Rechtssicherheit und ein bundesweit vergleichbares Niveau zu sorgen.

Ebenfalls in seinem Bericht „Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie“ (Reihe Bund 2022/18, TZ 5) hatte der RH kritisch festgehalten, dass das Epidemiegesetz 1950 bei Ausbruch der COVID-19-Pandemie nicht mehr zeitgemäß war. Es sah beispielsweise eine Kostentragung des Bundes für die labordiagnostische Abklärung von Verdachtsfällen nur bei Inanspruchnahme staatlicher Untersuchungsanstalten vor und berücksichtigte nicht, dass deren Kapazitäten im Pandemiefall nicht ausreichen konnten. Daher stellte das Gesundheitsministerium – ohne über eine klare gesetzliche Grundlage zu verfügen – per Erlass klar, dass es die Kosten für PCR-Tests in privaten Laboren übernahm.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, im Zuge der Vorbereitungen für die nächste Novelle des Epidemiegesetzes 1950 auf eine gesetzliche Grundlage dafür hinzuwirken, dass der Bund im Bedarfsfall auch die Kosten für behördliche Tests durch private Labore tragen kann.

Tests im Rahmen des Pandemiemanagements

Österreichische Teststrategie

3.1 (1) Seine strategischen Überlegungen zu den Tests als Maßnahme im Rahmen des Pandemiemanagements bereitete das Gesundheitsministerium im August 2020 im Dokument „Österreichische Teststrategie“ (in der Folge: **Teststrategie**) auf und veröffentlichte dieses für interessierte Bürgerinnen und Bürger, für die Fachöffentlichkeit und die Medien im September 2020 auf seiner Website. Wie die empfohlene Priorisierung bei den PCR-Tests war auch die Teststrategie ein unverbindliches Dokument; die vollziehenden Behörden in den Ländern waren nicht verpflichtet, nach der Teststrategie vorzugehen.

(2) Die vom Gesundheitsministerium verfolgte Strategie umfasste zwei Testkategorien:

- verpflichtende behördliche Tests: Wie schon seit Ausbruch der COVID-19-Pandemie sollten symptomatische Personen bzw. Personen mit Infektionsverdacht und deren Kontaktpersonen weiterhin mit dem Ziel getestet werden, Infizierte zu identifizieren, abzusondern und damit Infektionsketten zu unterbrechen;
- freiwillige Tests im Rahmen von Screening-Programmen: Zusätzlich sollten definierte Zielgruppen und damit auch asymptomatische Personen freiwillig getestet werden, u.a. um die Aktivität des Virus im Sinne eines Monitorings beobachten und einen Anstieg der Infektionen frühzeitig erkennen zu können.

Das Gesundheitsministerium orientierte sich bei seiner Teststrategie an den Empfehlungen des Robert Koch Instituts in Deutschland: Demnach sollten asymptomatische Personen aufgrund der zeitlich begrenzten Aussagekraft eines negativen PCR-Tests nur in klar definierten Situationen getestet werden, weil zum einen bei den Getesteten eine falsche Sicherheit entstehen könne und sich zum anderen das Risiko für falsch-positive Ergebnisse erhöhe.¹⁶ Diesem risikoorientierten Ansatz folgend waren die Screening-Programme nur für definierte Zielgruppen vorgesehen. Darunter fielen insbesondere die im Gesundheits- und Pflegebereich tätigen Berufsgruppen sowie Personen in Beschäftigungs- und Lebensverhältnissen, in denen es aufgrund der räumlichen Enge am Arbeitsplatz oder Wohnsitz zu einem höheren Risiko für eine Virusübertragung und -ausbreitung kommen konnte.

¹⁶ Die damals gültige nationale Teststrategie Deutschlands sowie die entsprechenden Ausführungen des Robert Koch Instituts sind unter: https://web.archive.org/web/20200806133513/https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Nat-Teststrat.html nachzulesen (abgerufen am 6. Juli 2023).

(3) Aufgrund der ab Herbst 2020 in großer Zahl verfügbaren Antigen-Tests änderten sich die Rahmenbedingungen, weil ab diesem Zeitpunkt eine weitere Art des Infektionsnachweises möglich war. Das Gesundheitsministerium aktualisierte vor diesem Hintergrund die Teststrategie Mitte Oktober 2020 und empfahl Anwendungsgebiete, für die sich Antigen-Tests besonders eigneten, weil eine rasche Ersteinschätzung notwendig war:

- bei Personen mit COVID-19-Symptomen entsprechend der Falldefinition
 - in der hausärztlichen Primärversorgung und
 - in Spitalsambulanzen und
- zur schnellen Abklärung von Verdachtsfällen
 - beim Gesundheitspersonal von Alten- und Pflegeheimen sowie
 - in Schulen.

Gleichzeitig wies das Gesundheitsministerium darauf hin, dass das positive Ergebnis eines Antigen-Tests – außer bei symptomatischen Kontaktpersonen – noch durch einen PCR-Test zu bestätigen war.

3.2 Der RH hielt fest, dass die vom Gesundheitsministerium im August 2020 veröffentlichte Teststrategie zwei Testkategorien umfasste:

- verpflichtende behördliche PCR-Tests und
- freiwillige Tests im Rahmen von Screening-Programmen (nach einem risikoorientierten Ansatz): In definierten Zielgruppen sollten nunmehr Screening-Programme durchgeführt und somit asymptomatische Personen freiwillig getestet werden, um die Aktivität des Virus beobachten und einen Anstieg der Infektionen frühzeitig erkennen zu können.

Die Strategie, auch asymptomatische Personen gezielt und risikoorientiert zu testen, stand im Einklang mit Empfehlungen des Robert Koch Instituts in Deutschland.

Wie in **TZ 2** hielt der RH jedoch kritisch fest, dass der Gesundheitsminister trotz seiner Verantwortung für die Steuerung und bundesweite Koordination des Pandemiemanagements die ihm zur Verfügung stehenden rechtlichen Instrumente nicht nutzte, um die Durchführung von Screening-Programmen verpflichtend vorzugeben und so ein bundesweites Monitoringsystem einzurichten. Die Teststrategie konnte als unverbindliches Dokument keine Steuerungswirkung entfalten, die mit jener der verbindlichen Rechtsinstrumente des Gesundheitsministers vergleichbar war.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium (**TZ 2**), dass die Gesundheitsministerin bzw. der Gesundheitsminister den vollziehenden Behörden in den Ländern konkrete strategische Überlegungen mittels ihrer bzw. seiner Rechtsinstrumente verbindlich vorgeben sollte, um im Pandemiemanagement für Transparenz, Rechtssicherheit und ein bundesweit vergleichbares Niveau zu sorgen.

Der RH anerkannte, dass das Gesundheitsministerium die Teststrategie zeitnah anpasste, als sich durch die breite Verfügbarkeit der Antigen-Tests die Rahmenbedingungen für das Testen im Herbst 2020 deutlich veränderten.

Massentest

- 4.1 (1) Am 15. November 2020 kündigte der damalige Bundeskanzler¹⁷ in einem Interview einen Massentest – nach Vorbild der Slowakei – für Schülerinnen und Schüler sowie Lehrende in der ersten Dezemberwoche und für die ganze Bevölkerung knapp vor Weihnachten an. In der Slowakei waren zunächst die Bevölkerung in den meistbetroffenen Regionen, eine Woche später die ganze Bevölkerung sowie wieder eine Woche später die Bevölkerung in allen Regionen mit höheren Infektionszahlen verpflichtend getestet worden. Positiv Getestete mussten in der Slowakei verpflichtend in Heimisolation.

Der damalige Gesundheitsminister¹⁸ gab an diesem Tag bekannt, dass das Gesundheitsministerium „mitten im Arbeitsprozess über die Vorgehensweise nach dem Lockdown¹⁹“ sei und Zielgruppen etwaiger Massentests – die zu diesem Zeitpunkt nicht Teil der Teststrategie waren – in Expertengesprächen definiert würden. Bereits einige Tage vorher hatte der Beraterstab des Gesundheitsministeriums den Nutzen eines Massentests diskutiert. Dies mit dem Ergebnis, dass ein Massentest nach slowakischem Vorbild grundsätzlich weniger sinnvoll sei als Zielgruppentests oder regional durchgeführte Tests. Falls dennoch ein Massentest erwünscht sei, sollten alle Personen in der Woche vor Weihnachten zwei Antigen-Tests zur Eigenanwendung zugeschickt bekommen und sich bei positivem Testergebnis selbst isolieren; möglich wären eine Registrierung und ein Absonderungsbescheid bei positivem Testergebnis.

¹⁷ Sebastian Kurz

¹⁸ Rudolf Anschober

¹⁹ 3. November 2020 bis 8. Februar 2021

(2) Auf Einladung des Bundeskanzleramts tagte ab Mitte November 2020 eine Arbeitsgruppe, um den Massentest zu organisieren. Darin war neben den Ländern, dem Bundesheer und dem Bildungsministerium²⁰ auch das Gesundheitsministerium vertreten. Am 25. November 2020 beschloss der Ministerrat die Durchführung von Massentests, um „infektiöse Personen, die aufgrund eines asymptomatischen Verlaufs nichts von ihrer Infektion wissen, zu entdecken und so das Infektionsgeschehen nachhaltig einzudämmen“. Geplant war, zunächst pädagogisches Personal und Beschäftigte von sozialen Diensten zu testen, anschließend die Bediensteten der Polizei und in der ersten Dezemberwoche die Bewohnerinnen und Bewohner einzelner Gemeinden. Darauf aufbauend sollte es kurz vor Weihnachten der gesamten Bevölkerung möglich sein, sich testen zu lassen.

(3) In einer Videokonferenz zwischen dem Gesundheitsministerium und den Landes-sanitätsdirektorinnen und -direktoren in der dritten Novemberwoche 2020 sprachen die Teilnehmenden die Aufgabenverteilung an. Demnach war das Gesundheitsministerium für Datenmanagement und Webapplikation zuständig, das Bundesheer für Teststraßen, Testbeschaffung und Logistik. Eine weitergehende Planung der Organisation und Durchführung sowie eine Schätzung der voraussichtlichen Anzahl der zu testenden Personen gab es nicht.

Anfang Dezember 2020 übermittelte das Gesundheitsministerium den Ländern Informationen zu Teilnahme, Anmeldemöglichkeiten und Testterminen. Allerdings verlegten die Länder die Termine für ihren jeweiligen Massentest vor, folgten dabei aber nicht der Priorisierung bestimmter Personengruppen gemäß Ministerrat, sondern ermöglichten bereits von Anfang bis Mitte Dezember 2020 Tests für die ganze Bevölkerung.

Damit verkürzten sie auch die zur Verfügung stehende Zeit für die Entwicklung der Anmeldeplattform [oesterreich-testet.at](https://www.oesterreich-testet.at), die das Gesundheitsministerium bei einem externen Unternehmen beauftragt hatte, um lange Wartezeiten und Warteschlangen zu vermeiden. Die Plattform ging am 2. Dezember 2020 kurz nach Mitternacht in Betrieb. Als in Tirol am 4. Dezember 2020 der Massentest begann, war die Plattform instabil, so dass der Landeshauptmann zu Mittag entschied, den Test analog abzuwickeln. In Wien konnte an diesem Wochenende der Massentest an zwei Standorten größtenteils digital abgewickelt werden, an einem weiteren Standort musste ebenfalls auf eine analoge Lösung umgestellt werden. Auch in anderen Ländern gab es Probleme mit der Plattform. Niederösterreich richtete daraufhin eine eigene Plattform ein (www.testung.at).

²⁰ Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung

Die Plattform oesterreich-testet.at blieb für die Anmeldung zu Tests in Teststraßen und Apotheken bestehen. Bis Ende 2021 waren das Burgenland, Kärnten, Oberösterreich und die Steiermark an oesterreich-testet.at angebunden, die anderen Länder verfügten über eigene Lösungen. Ab April 2022 waren nur noch die Apotheken an die Plattform angebunden.

(4) Das Gesundheitsministerium ging vor dem Massentest von einer Teilnahmequote von 80 % aus. Das Verteidigungsministerium²¹ beschaffte 10 Mio. Antigen-Tests um 67,3 Mio. EUR. Laut späterer Auswertung des Gesundheitsministeriums wurden österreichweit bei einer Teilnahmequote von 23 % insgesamt 2.045.155 Tests durchgeführt, davon waren 4.254 positiv (0,21 %). Für diese Tests fielen nach Schätzung des RH Kosten zwischen 40 Mio. EUR und 50 Mio. EUR²² an.

²¹ Bundesministerium für Landesverteidigung

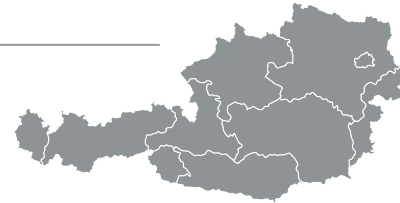
²² Aufgrund der quartalsweisen Abrechnung waren die Kosten für den Massentest nicht genau abzugrenzen und daher nur näherungsweise zu bestimmen.

Im Vergleich dazu wiesen behördliche Tests im selben Zeitraum (4. bis 15. Dezember 2020) eine Positivrate von 12,6 % auf, wie die nachfolgende Abbildung zeigt:

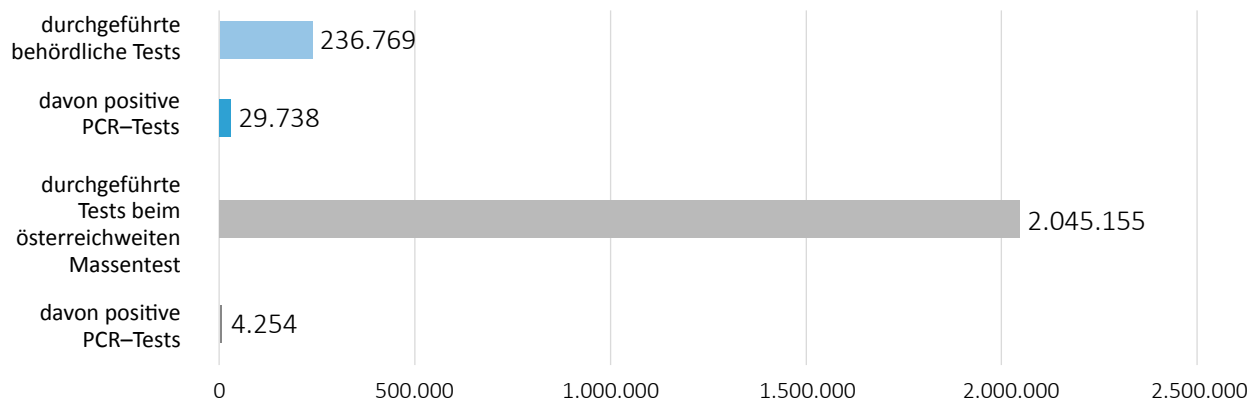
Abbildung 1: Ergebnisse behördlicher Tests und des österreichweiten Massentests im Dezember 2020

Österreich

ERGEBNISSE BEHÖRDLICHER TESTS UND DES MASSENTESTS



Quelle: Gesundheitsministerium; Darstellung: RH



(5) In der Teststrategie wurde der Massentest erst nachträglich verankert. Nachdem das Gesundheitsministerium die Teststrategie Mitte Dezember 2020 angepasst hatte, umfasste diese drei Testkategorien:

- verpflichtende behördliche Tests,
- freiwillige Screening-Programme,
- Tests von großen Bevölkerungsgruppen zur Infektionskontrolle.

Neben behördlichen Tests und Zielgruppentests sollten nunmehr auch „große Bevölkerungsgruppen“ – eine Definition hierfür fehlte – ohne Symptome zeitgleich mit Antigen-Tests getestet werden. Laut Gesundheitsministerium war diese zusätzliche Testkategorie „unter Berücksichtigung der Effizienz und der Zweckmäßigkeit gerechtfertigt“, um Infizierte früher zu identifizieren, unmittelbar abzusondern und so Infektionsketten frühzeitig zu unterbrechen. Eine weiterführende Begründung für die Abkehr von der bisherigen Strategie, asymptomatische Personen nur risikoorientiert

und in repräsentativen Stichproben zu testen, fehlte. Das Gesundheitsministerium hielt in der Teststrategie weiterhin fest, dass negative Ergebnisse ein falsches Sicherheitsgefühl vermitteln sowie zur Vernachlässigung der Infektionsschutz-Maßnahmen führen konnten. Ein positives Ergebnis eines Antigen-Tests, der im Rahmen der bevölkerungsweiten Tests durchgeführt wurde, löste eine Meldeverpflichtung gemäß Epidemiegesetz und einen PCR-Test zur Bestätigung der Infektion aus. Laut Teststrategie sollte aber schon mit der Meldung des positiven Antigen-Tests die positiv getestete Person so rasch wie möglich behördlich abgesondert werden.

(6) Ende Dezember 2020 kam die im Gesundheitsministerium eingerichtete Corona-Kommission bei einer Bewertung der COVID-19-Maßnahmen zum Schluss, dass der Rückgang der Fallzahlen „wahrscheinlich auf die verstärkte Testaktivität im Rahmen von Screening-Maßnahmen der vergangenen Wochen zurückzuführen“ sei. Eine Evaluierung des Massentests aus Vorarlberg vom Jänner 2021 hielt dagegen fest, dass sich Massentests von asymptomatischen Personen als nicht zielführend herausgestellt hätten, sondern ein niederschwelliges Testangebot für alle Personen mit den geringsten Symptomen vorzuziehen sei, um Infektionsketten proaktiv zu unterbrechen.

- 4.2 Wie der RH bereits in seinem Bericht „Pandemiemanagement der Gesundheitsbehörden im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie“ (Reihe Bund 2022/18, TZ 4) festgehalten hatte, ist die Gesundheitsministerin bzw. der Gesundheitsminister als oberstes Organ für das Pandemiemanagement und damit für strategische Entscheidungen sowie die Entwicklung geeigneter gesundheitsbehördlicher Maßnahmen zuständig. Der RH hielt fest, dass der Bundeskanzler am 15. November 2020 einen Massentest öffentlich ankündigte, ohne dies vorab mit dem zuständigen Gesundheitsminister abzuklären, dessen Beraterstab Massentests nicht befürwortete und der mit der Teststrategie einem risikoorientierten Ansatz folgte. Der RH vermerkte kritisch, dass der Gesundheitsminister sich nicht gegen diese Vorgehensweise aussprach.

Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium Mitte Dezember 2020 die Teststrategie nachträglich um die zeitgleichen Tests großer asymptomatischer Bevölkerungsgruppen als dritte Kategorie erweiterte. Das in der Teststrategie angeführte Argument, dies wäre „unter Berücksichtigung der Effizienz und der Zweckmäßigkeit gerechtfertigt“, weil Infektionsketten frühzeitig unterbrochen werden konnten, wertete der RH als nicht ausreichend und als zu allgemein, um die Abkehr vom bisherigen risikoorientierten Ansatz zu begründen. Eine Evaluierung vom Jänner 2021, eine Positivrate von nur 0,21 % der rd. 2 Mio. zeitgleich durchgeführten Tests sowie Kosten von näherungsweise 40 Mio. EUR bis 50 Mio. EUR belegten aus Sicht des RH, dass der Massentest ein ungünstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufwies, und bestätigten den Ansatz, asymptomatische Personen nur risikoorientiert und in repräsentativen Stichproben zu testen; diese Umstände zeigten auch, dass

die Skepsis des Beraterstabs gegenüber dem Massentest berechtigt war. Der RH verwies darauf, dass der Massentest mit einer Teilnahmequote von österreichweit nur 23 % Infektionsketten nicht in jenem Ausmaß unterbrechen konnte, das für eine Eindämmung der Pandemie erforderlich war.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, seine Zuständigkeit für die Pandemiebewältigung wahrzunehmen und darauf hinzuwirken, dass nicht andere Stellen in seine Zuständigkeit fallende gesundheitspolitische Entscheidungen treffen und in der Folge Maßnahmen setzen, die mit der eigenen Teststrategie nicht konform gehen.

Im Sinne der Transparenz gegenüber der Bevölkerung wären grundlegende Änderungen der Teststrategie – wie sie etwa die Abkehr vom risikoorientierten Ansatz darstellte – künftig nachvollziehbar zu begründen.

Der RH hielt fest, dass der Massentest sehr kurzfristig angekündigt wurde. Die mit einem Monat knappe Vorbereitungszeit verkürzten die Länder durch Vorverlegung der Testtermine auf Anfang Dezember 2020 noch weiter. Der RH anerkannte, dass das Gesundheitsministerium trotz der kurzen Vorbereitungszeit eine einheitliche IT-Lösung für alle Länder anstrebte und zu diesem Zweck eine elektronische Anmeldeplattform für den Massentest entwickeln ließ. Er hielt fest, dass Probleme beim Betrieb der Plattform oesterreich-testet.at auftraten und bereits beim Massentest im Dezember 2020 ein Land eine eigene Plattformlösung entwickelte. Damit entstanden entgegen den Bestrebungen des Gesundheitsministeriums Doppelstrukturen, die vermeidbare Kosten verursachten und jeweils nicht das gesamte Testangebot abbildeten. Anfang April 2022 waren nur noch die Apotheken an die Plattform angebunden, die vier verbliebenen Länder schieden bereits Ende 2021 aus.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, im Rahmen der Pandemievorsorge gemeinsam mit den Ländern Ansätze für eine bundesweite, möglichst effiziente IT-Lösung zu erarbeiten, die alle Testangebote umfasst.

Einführung eines niederschwelligen bevölkerungsweiten Testangebots

Zielsetzung durch den Bund

- 5.1 (1) Laut Ministerratsbeschluss vom 25. November 2020 sollte im Jänner 2021 – nach dem ersten Massentest im Dezember 2020 – ein zweiter Durchgang stattfinden. Anfang Jänner 2021 beschlossen die Bundesregierung und die Länder jedoch, ein langfristiges niederschwelliges, bevölkerungsweites Testangebot einzurichten, weshalb in den meisten Ländern der zweite Massentest entfiel.

Vor diesem Hintergrund fasste der Nationalrat am 14. Jänner 2021 eine Entschlie-ßung für einen raschen Ausbau der öffentlichen unentgeltlichen Testmöglichkeiten. Er ersuchte die Bundesregierung, „den Ausbau der öffentlichen Testmöglichkeiten in Zusammenarbeit mit den Ländern und Gemeinden voranzutreiben mit dem Ziel, dass flächendeckend ausreichend Testmöglichkeiten wohnortnah und unentgeltlich so rasch wie möglich zur Verfügung gestellt werden“. Gleichzeitig änderte der Nationalrat das COVID-19-Maßnahmengesetz und ermöglichte, gegen Vorlage eines negativen Testergebnisses Lokale und Veranstaltungen zu besuchen oder in Hotels zu übernachten (sogenannte „Eintrittstests“).

Laut einem internen Papier des Gesundheitsministeriums vom Jänner 2021 barg dieser Schritt – vom risikoorientierten Vorgehen mit zielgerichteten Tests und zusätzlichen einmaligen Massentests hin zu einem dauerhaften niederschwelligen, bevölkerungsweiten Testangebot – Risiken: Ein bevölkerungsweites Testangebot unabhängig von der epidemiologischen Situation könne einerseits keinen Lockdown verhindern; andererseits sei der medizinische Vorteil eines solchen Angebots unklar,

- weil die Testhäufigkeit offen sei und der medizinische bzw. epidemiologische Nutzen von der Häufigkeit der Inanspruchnahme durch die Bevölkerung abhängt,
- weil ein negativer Test auch falsche Sicherheit vermitteln und zur Vernachlässigung der Infektionsschutz-Maßnahmen führen könne und
- weil es keine internationalen Vergleiche gebe.

Ungeachtet dessen übermittelte der damalige Gesundheitsminister²³ Anfang Februar 2021 ein Schreiben zur Ausweitung des niederschwelligen Testzugangs für die Bevölkerung an die Landeshauptleute, den Österreichischen Gemeindebund sowie die Gesundheitslandesrätinnen und –landesräte. Darin nannte er als Ziel eine Testmöglichkeit in jeder Gemeinde mit dem Fokus auf regional gut erreichbare Teststraßen und wies auf die bestehenden Möglichkeiten zur Finanzierung und Abwicklung von Testangeboten hin.

²³ Rudolf Anschober

(2) Im März 2021 veröffentlichte das Gesundheitsministerium eine angepasste Teststrategie. Diese umfasste weiterhin drei Testkategorien, aber mit anderen Bezeichnungen:

- behördlich veranlasste Tests,
- spezifische Screening-Programme,
- bevölkerungswerte Screening-Programme: Neben Tests in öffentlichen Teststraßen, Apotheken und Betrieben waren erstmals auch Antigen-Tests zur Eigenanwendung (in der Folge: **Wohnzimmertests**) vorgesehen, die der Bund der Bevölkerung über Apotheken ab 1. März 2021 kostenlos zur Verfügung stellte.²⁴

Laut Teststrategie blieben die Ziele – die frühzeitige Entdeckung und Absonderung infizierter Personen und der Überblick über die epidemiologische Lage – unverändert. Konkrete Zielzustände, Indikatoren zur Messung der Zielerreichung und Grundlagen für einen Monitoring-Prozess des Gesundheitsministeriums enthielt die Teststrategie nicht.

Die Einführung der bevölkerungswerten Tests begründete das Gesundheitsministerium – wie auch schon den Massentest – in der Teststrategie damit, asymptomatische infizierte Personen frühzeitig zu erkennen, abzusondern und so Infektionsketten rasch zu unterbrechen. Dies vor allem, um eine zu hohe Belastung des Gesundheitssystems zu verhindern. Die Teststrategie empfahl daher, dass sich jede Bürgerin und jeder Bürger ein- bis zweimal in der Woche testen lassen sollte, ohne dies jedoch als Indikator für eine erfolgreiche Umsetzung der Teststrategie zu definieren. Auch laut Teststrategie könnten negative Ergebnisse ein falsches Sicherheitsgefühl vermitteln und zur Vernachlässigung der Infektionsschutz-Maßnahmen führen.

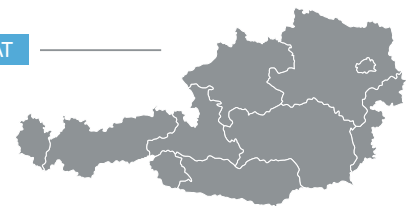
²⁴ Mangels Kontrolle, ob der Test zur Eigenanwendung korrekt durchgeführt und das Ergebnis der richtigen Person zugeordnet war, galten sie (mit Ausnahmen) nicht als Zutrittstests und konnten daher das Betreten bestimmter Orte nicht ermöglichen. Bei einem positiven Ergebnis war gemäß Epidemiegesetz 1950 unverzüglich die Gesundheitsbehörde zu informieren oder selbstständig ein Nachtest zu veranlassen und bis zum Vorliegen des Ergebnisses des Nachtests eine selbstüberwachte Heimquarantäne anzutreten.

(3) Daten aus Bevölkerungsbefragungen im Rahmen des Austrian Corona Panel Projects der Universität Wien vom April 2021 zeigten, dass die Testfrequenz deutlich hinter der Empfehlung, zweimal pro Woche zu testen, zurückblieb. Das niederschwellige Testangebot wurde zwar zunehmend genutzt, mit Stichtag 19. April 2021 ließen sich aber nur 23,8 % der Bevölkerung häufiger als viermal im Monat und damit im Schnitt mehr als einmal pro Woche testen, weitere 9,4 % einmal pro Woche:

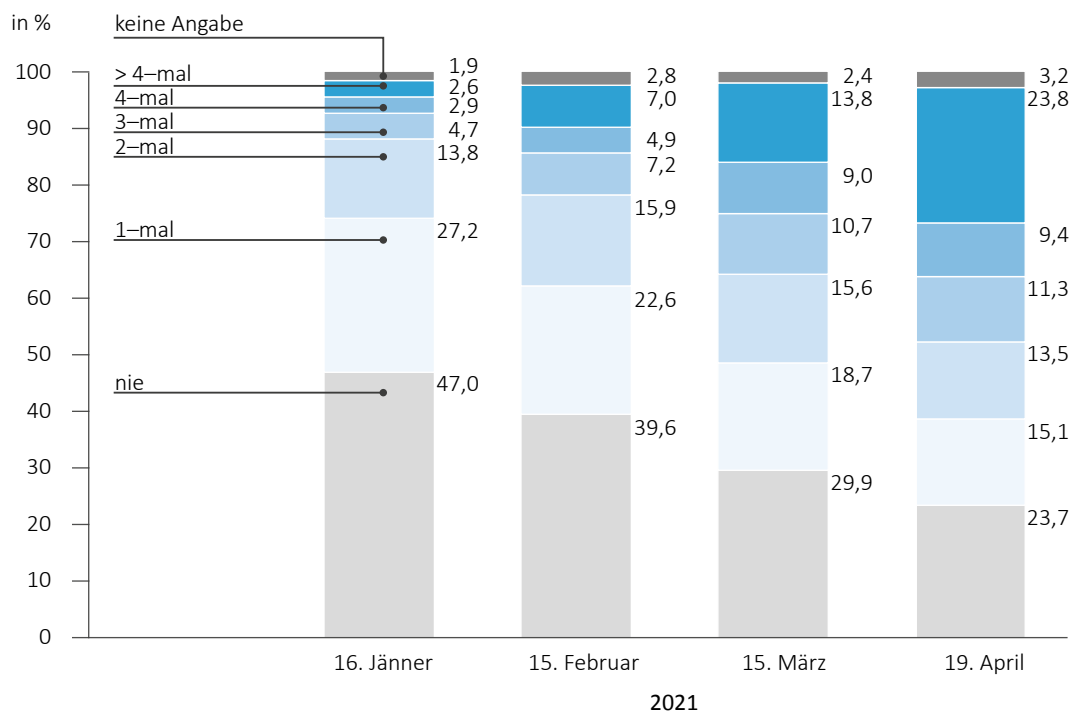
Abbildung 2: Monatliche Testhäufigkeit pro Person (Jänner bis April 2021)

Österreich

TESTHÄUFIGKEIT PRO PERSON UND MONAT
JÄNNER BIS APRIL 2021



Rundungsdifferenzen möglich;
Quelle: Universität Wien; Darstellung: RH

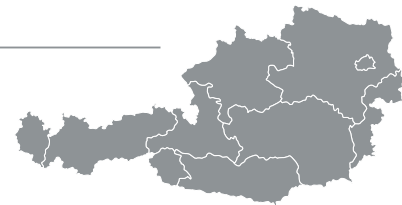


Darüber hinaus zeigten die Befragungsdaten, dass die Testhäufigkeit im Zeitraum März bis Mai 2021 bei geimpften oder bereits genesenen Personen höher war als bei Personen ohne Immunschutz. Dieses Verhältnis kehrte sich bis zum Herbst 2021 um: Personen ohne Immunschutz ließen sich von September bis November 2021 häufiger testen als Geimpfte bzw. Genesene. Der Anteil jener ungeimpften Personen, die sich in einem Monat nie testeten, blieb aber auch nach Einführung der 3G-Regel am Arbeitsplatz hoch, wie die folgende Abbildung zeigt (z.B. 27 % im November 2021):

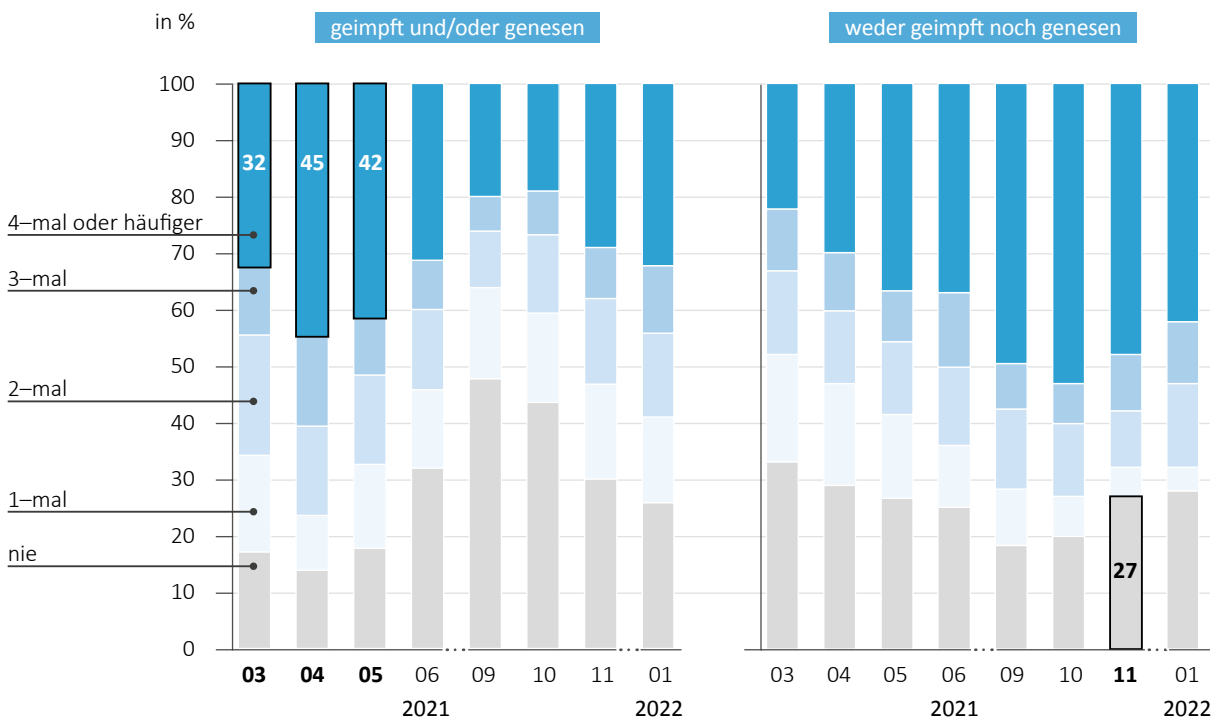
Abbildung 3: Monatliche Testhäufigkeit von Personen mit und ohne Immunschutz (März 2021 bis Jänner 2022)

Österreich

MONATLICHE TESTHÄUFIGKEIT
NACH IMPFUNG BZW. GENESUNG



Quelle: Universität Wien; Darstellung: RH



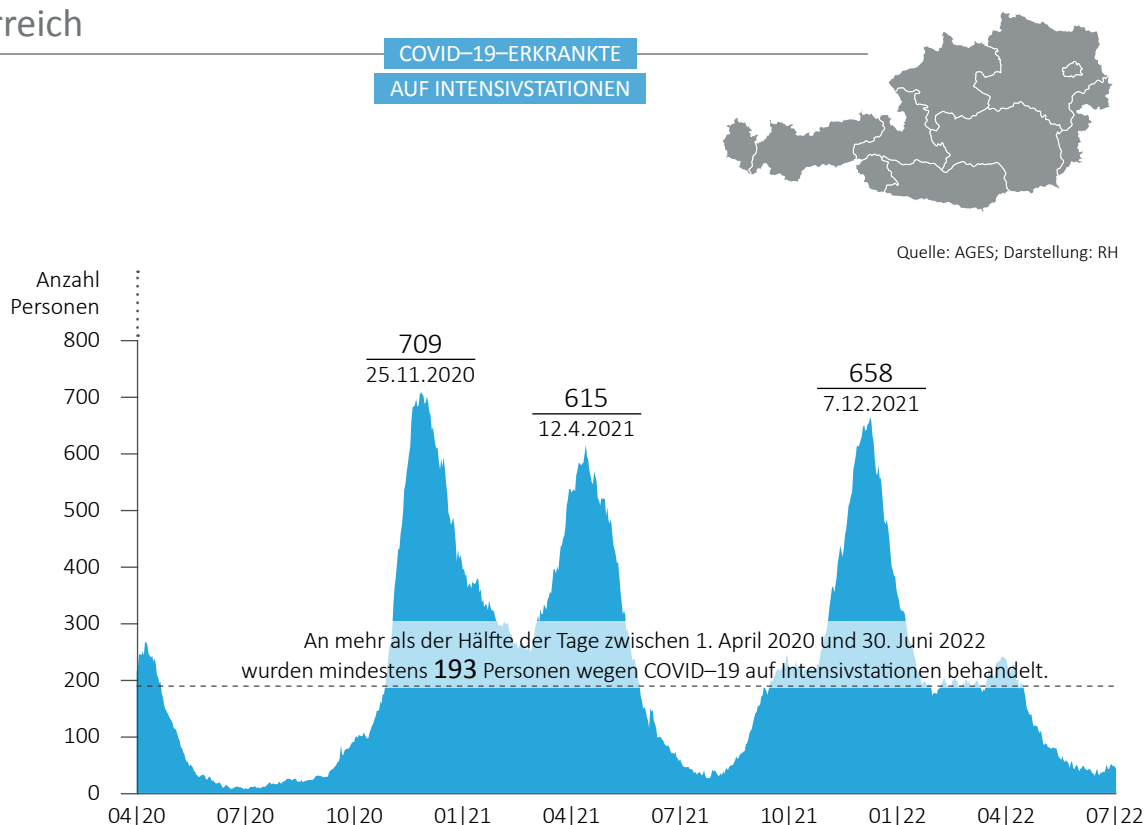
Für den Zeitraum März 2021 bis Jänner 2022 zeigten die Daten des Austrian Corona Panel Projects, dass sich unabhängig vom Immunstatus durchschnittlich 27 % der Bevölkerung in einem Monat nie testeten.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Sommer 2022 war der Fortbestand des Austrian Corona Panel Projects der Universität Wien mangels längerfristiger Finanzierung von unabhängigen Stellen ungewiss.²⁵

(4) Die Corona-Kommission definierte eine Auslastung aller Erwachsenen-Intensivbetten mit COVID-19-Erkrankten von 33 % (mehr als 600 Betten) als Schwellenwert für ein sehr hohes Systemrisiko. Daten des Dashboards der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (**AGES**) zeigten folgende Auslastung der Intensivstationen im Zeitraum April 2020 bis Ende Juni 2022:

Abbildung 4: Tägliche Anzahl der COVID-19-Erkrankten auf Intensivstationen (April 2020 bis Ende Juni 2022)

Österreich



²⁵ Bis dahin finanzierten der Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF), der Wiener Wissenschafts-, Forschungs- und Technologiefonds (WWTF) und die Universität Wien das Austrian Corona Panel Project. Zusätzliche Mittel generierte das Projekt aus Extra-Befragungen oder -auswertungen zu bestimmten Schwerpunkten von einzelnen Institutionen, wie etwa der Arbeiterkammer Wien; vgl. <https://science.apa.at/power-search/13967543587058268372> (abgerufen am 5. Juli 2023).

Im November 2021 waren über 600 Intensivbetten für Erwachsene mit COVID-19-Erkrankten belegt und damit der Schwellenwert für ein sehr hohes Systemrisiko überschritten.

- 5.2 Der RH hielt kritisch fest, dass die Bundesregierung und die Länder Anfang 2021 anstatt der ursprünglich geplanten Wiederholung des Massentests ein niederschwelliges, bevölkerungsweites Testangebot beschlossen. Dies mit Zustimmung des Gesundheitsministers, auch wenn laut einem internen Papier des Gesundheitsministeriums vom Jänner 2021 der medizinische Vorteil eines solchen Testangebots von der Häufigkeit der Inanspruchnahme durch die Bevölkerung abhängt und daher letztlich ungeklärt sei.

Vor diesem Hintergrund bemängelte der RH, dass die im März 2021 angepasste Teststrategie – abgesehen von einer allgemeinen Empfehlung, sich ein- bis zweimal pro Woche testen zu lassen – nicht auf die Bedeutung der Testfrequenz einging. Die Teststrategie enthielt weiterhin dieselben allgemeinen Ziele und Begründungen wie ihre Vorversionen; sie legte nach wie vor weder Indikatoren zur Zielerreichung noch Grundlagen für ein Monitoring fest. Der RH hatte dies schon in seinem Bericht „Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie“ (Reihe Bund 2021/43, TZ 16) kritisiert und dem Gesundheitsministerium empfohlen, die Teststrategie und die darin enthaltenen Ziele zu konkretisieren.

Der RH hielt fest, dass laut Bevölkerungsbefragungen im Rahmen des Austrian Corona Panel Projects der Universität Wien die Testfrequenz deutlich hinter dem Ziel (ein bis zwei Tests je Person pro Woche) zurückblieb. Bis April 2021 ließen sich nur 23,8 % der Bevölkerung häufiger als einmal pro Woche und weitere 9,4 % wöchentlich testen. 27 % der Personen ohne Immunschutz ließen sich nach Einführung der 3G-Regel im November 2021 gar nicht testen. Zu dieser Zeit lag die Auslastung der Intensivbetten mit an COVID-19-Erkrankten über dem Schwellenwert für ein sehr hohes Systemrisiko. Nach Ansicht des RH deutete dies darauf hin,

- dass das mit Einführung des breiten Testangebots angestrebte Ziel nicht erreicht wurde,
- dass die vom Gesundheitsministerium selbst angeführten Risiken eingetreten waren und
- dass die bevölkerungsweiten Screening-Programme als Maßnahme zur Bekämpfung der Pandemie nur eingeschränkt wirkten.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium (TZ 4), seine Zuständigkeit für die Pandemiebewältigung wahrzunehmen und darauf hinzuwirken, dass nicht andere Stellen in seine Zuständigkeit fallende gesundheitspolitische Entscheidungen treffen und in der Folge Maßnahmen setzen, die mit der eigenen Teststrategie nicht konform gehen. Im Sinne der Transparenz gegenüber der

Bevölkerung wären grundlegende Änderungen der Teststrategie – wie sie etwa die Abkehr vom risikoorientierten Ansatz darstellte – künftig nachvollziehbar zu begründen.

Der RH hielt weiters fest, dass die Daten des Austrian Corona Panel Projects der Universität Wien mangels eines ministeriumseigenen Monitorings der Umsetzung der Teststrategie wertvolle Informationen lieferten. Er verwies auf seine Empfehlungen zur Hebung der Datenqualität in [TZ 11](#).

Umsetzung durch die Länder

- 6.1 (1) Das Land Niederösterreich kündigte Mitte Jänner 2021 an, dass in allen Bezirken des Landes an mehreren Standorten kostenlose Antigen-Tests für die gesamte Bevölkerung verfügbar sein sollten. Gemeinden, die sich an der Initiative beteiligten, konnten sowohl Standorte als auch Öffnungszeiten individuell festlegen. Anfangs boten rd. 80 Gemeinden Teststraßen an. Das Land Niederösterreich war über die bestehenden Teststraßen und Öffnungszeiten informiert, steuerte aber dieses Testgeschehen nicht, sondern überließ Standorte, Organisation und Durchführung den Gemeinden.

Informationen über den Aufbau der Teststraßen, den Ablauf der Tests, Materialbedarf, Personaleinsatz und Abrechnung der Testkosten fanden die teilnehmenden Gemeinden auf der Website von notrufnoe.com. Die Bevölkerung erhielt ebenfalls über dieses Portal Informationen zu Testmöglichkeiten, Öffnungszeiten, Anmeldung sowie das Testergebnis.

Bis Ende 2021 wurden laut Auskunft des Landes Niederösterreich 9,72 Mio. Antigen-Tests in den Gemeinde-Teststraßen durchgeführt.

- (2) In Wien ging die erste Teststraße Mitte August 2020 für Reiserückkehrende in Betrieb. Diese Teststraße, die Wien gemeinsam mit einer Rettungsorganisation betrieb, verfügte sowohl über Drive-in- als auch über Walk-in-Stationen. Getestet wurde mit PCR-Tests, weil zu diesem Zeitpunkt Antigen-Tests noch nicht in großer Menge verfügbar waren.

Im Oktober 2020 beschloss der medizinische Krisenstab der Stadt Wien, – im Unterschied zur damals gültigen risikoorientierten Teststrategie des Gesundheitsministeriums – ein möglichst breites und niederschwelliges Antigen-Testangebot für asymptomatische Personen zu schaffen. Im Jänner 2021 waren sechs Teststraßen geöffnet, ab Februar 2021 elf.

Nach einer Pilotphase²⁶ rollte die Stadt Wien Ende März 2021 das Programm „Alles gurgelt!“ mit PCR-Gurgeltests zur Eigenanwendung für die gesamte Wiener Bevölkerung aus. Ziel des Programms war, PCR-Tests in Zusammenarbeit mit dem Handelskonzern A flächendeckend und niederschwellig der gesamten Bevölkerung so lange zugänglich zu machen, bis ausreichend Impfstoff verfügbar war. Durch die Tests zur Eigenanwendung sollte zudem das medizinische Personal, das bisher in den Teststraßen tätig gewesen war, für andere Tätigkeiten einsetzbar sein. Die elf Teststraßen bestanden auch ab April 2021 parallel zum Programm Alles gurgelt! weiter.

Nach dem Ende des Lockdowns galt für Gastronomie und Kulturveranstaltungen sowie für körpernahe Dienstleistungen (wie Friseurbesuch, Massage) ab 19. Mai 2021 entweder ein negatives Testergebnis oder der Nachweis über eine Impfung oder Genesung als Eintrittsvoraussetzung.

Daraufhin stellte Wien zusätzlich Container bereit, in denen PCR-Gurgeltests unter medizinischer Aufsicht durchgeführt wurden (Gurgelboxen). Die Anzahl der bereitgestellten Gurgelboxen stieg von zehn Mitte Mai 2021 auf 15 im Juni 2021 und 20 im September 2021 an. Zusätzlich beschloss der medizinische Krisenstab der Stadt Wien im Juni 2021, die bestehenden Teststraßen auch über die Sommermonate 2021 fortzuführen, um für Reiserückkehrende und neue Varianten ausreichend gerüstet zu sein.

²⁶ Getestet wurden Bedienstete und deren Haushaltsangehörige im Gesundheits- und Sozialbereich sowie von Wiener Betrieben ab Ende Jänner 2021 (zwei PCR-Gurgeltests pro Woche, Programm Schutzschild).

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Teststraßen und Gurgelboxen sowie der Anzahl der – dort sowie mit dem Programm Alles gurgelt! – durchgeführten Tests im Jahr 2021:

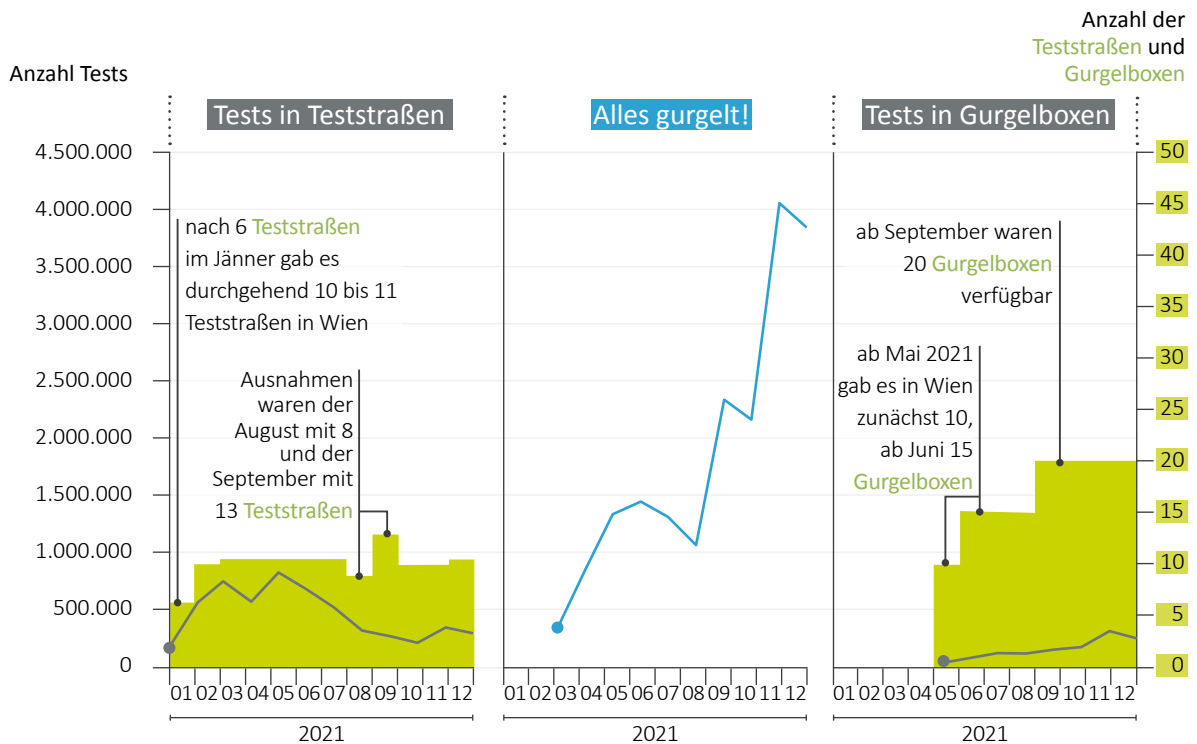
Abbildung 5: Anzahl der Tests und Testmöglichkeiten in Wien im Jahr 2021

Wien

ANZAHL AN TESTS UND
TESTMÖGLICHKEITEN IN WIEN 2021



Quelle: Stadt Wien; Darstellung: RH



Die Anzahl an durchgeführten Tests stieg bis Mai 2021 kontinuierlich an, ging in den Sommermonaten 2021 zurück und stieg vor allem im November 2021 mit Einführung der 3G-Regel am Arbeitsplatz²⁷ neuerlich stark an.

²⁷ Die 3. COVID-19-Maßnahmenverordnung (BGBl. II 441/2021) verpflichtete zu einem 3G-Nachweis am Arbeitsplatz ab 1. November 2021.

- 6.2 Der RH hielt fest, dass die Umsetzung der niederschweligen, bevölkerungsweiten Testangebote in den Ländern unterschiedlich war. Während Niederösterreich das Testgeschehen den Gemeinden überließ und vor allem auf Antigen-Tests setzte, rollte Wien bereits im März 2021 PCR-Gurgeltests zur Eigenanwendung niederschwellig aus. Wien hielt die Teststraßen während des Jahres 2021 aufrecht, installierte zusätzlich Gurgelboxen und baute deren Zahl im Herbst 2021 weiter aus. Damit setzte Wien eines der Ziele von Alles gurgelt! – das medizinische Personal anderweitig einsetzen zu können – nicht um.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, den Ländern bei künftigen Maßnahmen zur Pandemiebewältigung unter Nutzung der bisherigen Erfahrungen klare (Ziel-)Vorgaben zu machen, um österreichweit eine vergleichbare Vorgehensweise zu gewährleisten und die Koordination und Steuerung durch das Gesundheitsministerium sicherzustellen.

Zusätzliche Testmöglichkeiten in Apotheken und im niedergelassenen Bereich

- 7.1 (1) Mehrere Novellen der Sozialversicherungsgesetze ermöglichten es
- den öffentlichen Apotheken (ab Februar 2021),
 - den ärztlichen Hausapotheken (ab April 2021) und
 - den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (ab Juni 2021),

asymptomatische Personen zu testen und dafür dem Krankenversicherungsträger ein Pauschalhonorar in Höhe von 25 EUR zu verrechnen. Diese Regelung galt bis inklusive März 2022, danach erfolgte die Verrechnung gegenüber dem Bund über die Länder²⁸.

Öffentliche Apotheken waren zudem von März bis Oktober 2021 und ab April 2022 bis Juni 2023 berechtigt, Wohnzimmertests an krankenversicherte Personen und deren Angehörige abzugeben. Bis Ende Mai 2021 waren pro anspruchsberechtigter Person eine Packung mit fünf Tests je Monat abrechenbar, ab Juni 2021 eine Packung mit zehn Tests und ab April 2022 neuerlich eine Packung mit fünf Tests. Der Krankenversicherungsträger honorierte die Apotheken mit 10 EUR je abgegebene Testpackung.

(2) Die Aufwendungen, die dem Krankenversicherungsträger aus der Verrechnung dieser Honorare resultierten, hatte der Bund aus Mitteln des COVID-19-Krisenbewältigungsfonds zu ersetzen.

²⁸ Der Nationalrat beschloss nach Abschluss der Gebarungsüberprüfung am 6. Oktober 2022 erneut, dass der niedergelassene Bereich bestimmte Tests über die Sozialversicherung abrechnen konnte.

(3) Laut Gesundheitsministerium handelte es sich bei diesen Tests um bevölkerungswerte Screening-Programme gemäß § 5a Epidemiegesetz 1950, die im Auftrag des Bundes und „in vom Bund bereitgestellter Testinfrastruktur (z.B. Apotheken)“ erfolgten. Das Sozialversicherungsrecht hielt daher auch fest, dass der Krankenversicherungsträger bei Tests von asymptomatischen Personen in Apotheken und im niedergelassenen Bereich im übertragenen Wirkungsbereich nach Weisung des Gesundheitsministers tätig war.²⁹

(4) Die Tests in öffentlichen Apotheken, die ab Februar 2021 angeboten wurden, waren zu diesem Zeitpunkt in der Teststrategie nicht enthalten. Auch die Materialien zu den jeweiligen Novellen der Sozialversicherungsgesetze verwiesen nicht auf strategische Grundlagen, warum parallel zur Testinfrastruktur der Länder und Gemeinden noch weitere Testangebote für asymptomatische Personen in öffentlichen Apotheken und im niedergelassenen Bereich geschaffen wurden. Die Ausweitung des Testangebots auf ärztliche Hausapotheken begründeten die Regierungsparteien in der Nationalratsdebatte mit der Eröffnung weiterer niederschwelliger Testmöglichkeiten für den strukturschwachen Raum.

(5) Mangels entsprechender Vorgaben waren das Angebot und die Inanspruchnahme der Tests in Apotheken und im niedergelassenen Bereich mit der Verfügbarkeit alternativer Testangebote nicht abgestimmt. Laut dem Krankenversicherungsträger und einem Leitfaden der pharmazeutischen Gehaltskasse für Österreich³⁰ zur Abrechnung der Tests sollten die Apotheken maximal einen PCR- und einen Antigen-Test pro Person und Tag verrechnen.

(6) Eine Testhöchstzahl je Person – unabhängig von der Art des beanspruchten Testangebots – hatte weder der Gesetzgeber noch der Gesundheitsminister bestimmt.

7.2 Der RH hielt fest, dass mit dieser Maßnahme ein weiteres Testangebot für asymptomatische Personen geschaffen wurde, das nicht mit den bereits bestehenden Testangeboten abgestimmt war.

Der RH räumte ein, dass eine Testmöglichkeit in Apotheken und im niedergelassenen Bereich im Hinblick auf einen möglichst niederschweligen Zugang in bestimmten Fällen das bestehende Testangebot sinnvoll ergänzen konnte. Er verwies aber kritisch darauf, dass sich das Gesundheitsministerium keine Möglichkeiten vorbehielt, das Angebot quantitativ zu steuern, und es daher auch alle Kosten z.B. von

²⁹ § 742a Abs. 3 bzw. später Abs. 4 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. 189/1955 i.d.g.F., sowie die parallelen Bestimmungen im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. 560/1978 i.d.g.F., und im Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. 559/1978 i.d.g.F.

³⁰ Aufgabe der Gehaltskasse war es u.a., für die Apotheken die Verrechnung mit dem Krankenversicherungsträger zu übernehmen.

etwaigen Parallelstrukturen in Ballungsräumen und von Mehrfach-Testungen tragen musste.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Übertragung von Aufgaben zukünftig umfassend zu planen. Dabei wären auch Vorgaben festzulegen, die eine effiziente Aufgabenwahrnehmung und begrenzte Kosten gewährleisten.

- 7.3 Das Gesundheitsministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass es sich bei der Abwicklung von Screening-Programmen gemäß § 5a Epidemiegesetz 1950 zur Schaffung eines freiwilligen und niederschweligen Angebots für eine kostenlose Inanspruchnahme von COVID-19-Tests nicht um Hoheitsverwaltung, sondern um Privatwirtschaftsverwaltung handle. Tests gemäß § 5a Epidemiegesetz 1950 seien freiwillig und würden auf einem Behandlungsvertrag beruhen.

Testangebot im Überblick

- 8.1 Zusätzlich zu den bevölkerungsweiten Tests, die die Länder im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung (TZ 6) sowie die Apotheken und Arztpraxen im niedergelassenen Bereich (TZ 7) für das Gesundheitsministerium anboten, ließen drei weitere Ministerien Tests in größerem Ausmaß durchführen:
- Das Tourismusministerium³¹ förderte ab Juli 2020 Tests für Tourismusbeschäftigte im Rahmen des Testangebots Sichere Gastfreundschaft.³²
 - Das Bildungsministerium ließ ab Jänner 2021 in Schulen testen. Diese Tests waren im Jahr 2022 Gegenstand einer laufenden Gebarungsüberprüfung des RH.
 - Das Wirtschaftsministerium³³ förderte ab Februar 2021 Tests in Betrieben.

³¹ Bis 17. Juli 2022 Bundesministerium für Landwirtschaft, Regionen und Tourismus; die Angelegenheiten des Tourismus ressortieren seit der Bundesministeriengesetz-Novelle 2022, BGBl. I 98/2022, zum Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft.

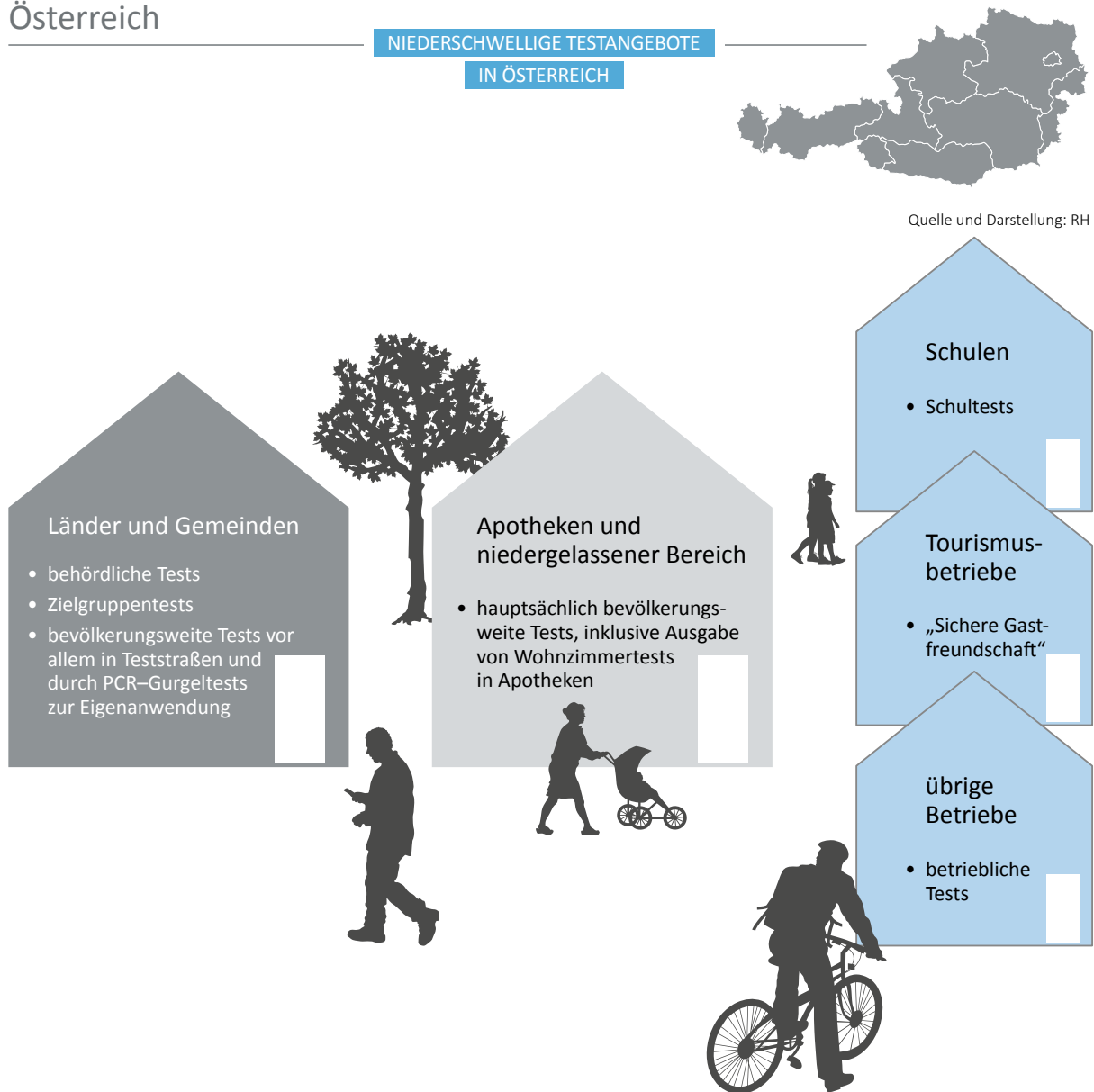
³² siehe RH-Bericht „Ausgewählte Leistungen im Zusammenhang mit COVID-19 im Tourismus- und Gesundheitsbereich“ (Reihe Bund 2022/23)

³³ Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft

Im Februar 2021 gab es daher in Österreich eine Vielzahl an Testangeboten, wie die folgende Abbildung vereinfacht darstellt. Auch öffentliche Einrichtungen nahmen das breite Testangebot in Anspruch, um sämtliche Vorkehrungen zum Schutz von Personen zu treffen:

Abbildung 6: Das niederschwellige, bevölkerungswerte Testangebot in Österreich im Überblick (Stand Februar 2021)

Österreich



- 8.2 Der RH hielt fest, dass die Vielfalt der Testangebote – ungeachtet des etwaigen individuellen Nutzens – eine Steuerung und Abstimmung durch das Gesundheitsministerium erschwerte, wie sich z.B. an den uneinheitlichen Datenmeldungen zum Testgeschehen (TZ 11) zeigte. Nach Ansicht des RH erhöhte die Vielzahl an Testangeboten auch die Wahrscheinlichkeit von Parallelstrukturen insbesondere in Ballungsräumen.

Der RH verwies in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in TZ 4, seine Zuständigkeit für die Pandemiebewältigung wahrzunehmen. Die dem Gesundheitsministerium zur Verfügung stehenden rechtlichen Instrumente wären zu nutzen, um das Entstehen und die Finanzierung nicht erforderlicher, paralleler Testangebote zu vermeiden.

Fokus auf PCR-Gurgeltests und weitere strategische Überlegungen für den Herbst 2021

- 9.1 (1) Ab März 2021 priorisierte das Gesundheitsministerium PCR-Gurgeltests zur Eigenanwendung, weil diese zuverlässiger waren als Antigen-Tests. Ziel war, durch verstärktes Testen die Infektionsketten zu unterbrechen und damit zukünftige Wellen abzuschwächen. Insbesondere wollte das Gesundheitsministerium das bisher zum Testen verwendete medizinische Personal für das Impfen einsetzen, die Testqualität erhöhen und Anreize zum Testen für die Bevölkerung schaffen. Geplant war, – aufbauend auf dem Wiener Testsystem Alles gurgelt! – PCR-Gurgel-Pilotprojekte in Bezirken mit hoher Inzidenz und an Schulen durchzuführen, mit dem Ziel, den Testschwerpunkt in allen Ländern hin zu PCR-Gurgeltests zur Eigenanwendung zu verschieben und diese im Juli 2021 in ganz Österreich auszurollen.

Für die Abwicklung der Pilotprojekte (Abruf von PCR-Tests) hatte die Bundesbeschaffung GmbH eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen (TZ 17). In einer Landessanitätsdirektorenkonferenz im April 2021 bat das Gesundheitsministerium die Länder, je eine Kontaktperson zu nennen, um gemeinsam einen einheitlichen Rahmen für die bundesweite Ausrollung zu schaffen.

Die Kontaktpersonen waren Anfang Mai 2021 nominiert, das Gesundheitsministerium präsentierte das Projekt der Corona-Kommission und die Stadt Wien stellte Alles gurgelt! Anfang Mai 2021 den Ländern vor.

(2) Das Land Niederösterreich stellte Anfang April 2021 einen Screening-Antrag (TZ 14) für ein Pilotprojekt „Österreich gurgelt – NÖ“. Ziel war, im Bezirk Zwettl zu testen, ob im ländlichen Raum eine Befundübermittlung innerhalb von 24 Stunden möglich ist. Das Gesundheitsministerium genehmigte den Antrag; das Projekt lief

einen Monat lang ab Mitte Mai 2021. An fünf Standorten eines Geldinstituts wurden Abgabe- und Abholboxen installiert, die Proben zweimal täglich um 9:00 Uhr und um 19:00 Uhr abgeholt. Laut einer Projektevaluierung durch das Labor hätten fast alle Befunde innerhalb von 24 Stunden ab Probenahme übermittelt werden können.

Anfang Mai 2021 stellte das Land Oberösterreich einen Screening-Antrag für ein Pilotprojekt „Alles gurgelt“, das im Zentralraum Linz-Stadt sowie in den Bezirken Gmunden und Vöcklabruck geplant war. Das Gesundheitsministerium ersuchte um Nachbesserung des Antrags und genehmigte ihn vorerst nicht. Am 24. Juni 2021 stellte das Land Oberösterreich aufgrund mehrmaliger Änderungswünsche des Gesundheitsministeriums einen geänderten Antrag. Das Pilotprojekt sollte von Mitte Juli bis Ende September 2021 laufen und zuerst in Linz, dann im Bezirk Gmunden und zuletzt im Bezirk Vöcklabruck ausgerollt werden. Die Proben sollten zweimal täglich Montag bis Samstag an den Standorten des Handelskonzerns A inklusive der dazugehörigen Drogeriekette abgeholt werden, an Sonn- und Feiertagen ausschließlich an Tankstellen-Shops des Handelskonzerns. Das Gesundheitsministerium stimmte dem Antrag Anfang Juli 2021 zu.

Die anderen Länder – außer Wien – stellten keine Screening-Anträge für Pilotprojekte an das Gesundheitsministerium. Den Wiener Screening-Antrag für Alles gurgelt! hatte das Gesundheitsministerium bereits im März 2021 genehmigt, das Programm wurde seit März 2021 stadtweit umgesetzt.

(3) Laut einem Protokoll des Gesundheitsministeriums von Anfang Juni 2021 waren die Eckpunkte der Teststrategie für den Sommer und Herbst 2021 mit der Landeshauptleutekonferenz akkordiert. Festgelegt war u.a.,

- das Testregime ressourcenschonend durchzuführen,
- die Teststraßen zu reduzieren,
- bis zum Herbst das PCR-Testangebot möglichst mit Gurgeltests zur Eigenanwendung auszuweiten und
- die Tests in Apotheken und den niedergelassenen Bereich zu verlagern.

Das Gesundheitsministerium stellte den Strategieentwurf Anfang Juli 2021 in einer internen Sitzung vor und übermittelte ihn Mitte Juli 2021 an die Landesgesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Der Entwurf sah einen Wechsel vom breiten hin zum zielgerichteten Testen vor, außerdem die Stärkung der Surveillance und den österreichweiten Einsatz von PCR-Tests. Über weitergehende Überlegungen, bei welcher Pandemieentwicklung welche Maßnahmen zu ergreifen wären, verfügte das Gesundheitsministerium im Jahr 2021 nicht.³⁴

³⁴ Die Bundesregierung stellte erst Ende Juli 2022 einen Variantenmanagementplan vor, der auch auf das Testgeschehen einging.

(4) Im August und September 2021 diskutierte das Gesundheitsministerium eine Kostenpflicht der Tests, entschied darüber aber nicht. Laut einem Protokoll des Gesundheitsministeriums gebe es zwar eine politische Einigung für kostenpflichtige Tests, eine Entscheidung solle aber erst nach einer Einigung über 3G am Arbeitsplatz fallen. Bis zu dieser Entscheidung wollte das Gesundheitsministerium Projekte zur Ausweitung und Forcierung von PCR-Tests zurückhaltend bewilligen.

Am 25. Oktober 2021 veröffentlichte das Gesundheitsministerium die 3. COVID-19-Maßnahmenverordnung, nach der ein Betreten des Arbeitsplatzes nur geimpft, genesen oder getestet möglich war (3G am Arbeitsplatz). Bei Inkrafttreten dieser Verordnung am 1. November 2021 verfügte nur Wien über ein flächendeckendes PCR-Testsystem. In den anderen Ländern wurde es notwendig, in kurzer Zeit PCR-Testmöglichkeiten aufzubauen, weil Antigen-Tests nur 24 Stunden gültig waren, PCR-Tests aber 72 Stunden (in Wien 48 Stunden). Durch die steigende Testnachfrage waren die Analysekapazitäten der meisten Labore für PCR-Gurgeltests rasch überlastet. Weiters war die Ausgabe der Testkits anfangs nicht beschränkt, so dass große Mengen verteilt, aber mitunter gehortet wurden und die Testkits knapp wurden. Mitte November 2021 beschränkten daher die Länder, die mit dem Handelskonzern B kooperierten, die Anzahl der verteilten Testkits.

- 9.2 Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium im Frühjahr 2021 Anstrengungen unternahm, PCR-Tests österreichweit zu fördern. Allerdings fanden bis Sommer 2021 nur in Niederösterreich und Oberösterreich Pilotprojekte statt. In Wien war bereits seit Ende März 2021 ein flächendeckendes PCR-Testsystem verfügbar.

Der RH hielt weiters fest, dass Bund und Länder ab Juni 2021 einen Strategiewechsel weg von möglichst breiten Testangeboten hin zu zielgerichteten Tests und weniger Testmöglichkeiten diskutierten sowie eine Kostenpflicht von Tests überlegten. Diese Diskussion blieb bis Herbst 2021 ohne Ergebnis. Mit der Einführung von 3G am Arbeitsplatz war es notwendig, in kurzer Zeit (ab 1. November 2021) ein breites Testangebot anzubieten. Der RH kritisierte, dass das Gesundheitsministerium seine Strategieüberlegungen in wenigen Monaten mehrmals änderte und den Ländern keine Planung möglich war, weil das Gesundheitsministerium aufgrund der nicht entschiedenen Kostenpflicht von Tests keine langfristigen Zusagen für Projekte zur Ausweitung von PCR-Tests machte. Mehrmalige Strategieänderungen verhinderten eine konsistente und für die Verwaltung nachvollziehbare Vorgehensweise.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, Entscheidungen zur Teststrategie rechtzeitig zu kommunizieren, um den betroffenen Stellen eine Vorbereitungszeit einzuräumen.

Österreichische Teststrategie 2022

- 10.1 (1) Die Ausbreitung neuer, besorgniserregender Virusvarianten³⁵ änderte die Rahmenbedingungen für das Pandemiemanagement und damit potenziell auch für die Tests. Dies traf ab dem Jahreswechsel 2021/22 insbesondere auf die Omikron-Variante zu, die im Vergleich zu vorangegangenen Varianten um ein Vielfaches ansteckender³⁶ war und sich deutlich schneller verbreitete³⁷. Expertinnen und Experten wiesen im Jänner 2022 darauf hin, dass ein PCR-Test angesichts dieser Entwicklung ausreichende Sicherheit nur für einen Zeitraum von 24 Stunden (ab Probenahme) gewährleisten könne und die Gültigkeitsdauer von negativen PCR-Tests in Österreich demnach zu lange sei – diese war nicht für alle Länder einheitlich festgelegt und reichte von 48 bis 72 Stunden.

Da es aber bei den Testkapazitäten in manchen Regionen bereits zu diesem Zeitpunkt Engpässe gab, empfahlen Expertinnen und Experten – insbesondere auch das CoV-Beratungsgremium Gesamtstaatliche COVID-Krisenkoordination (**GECKO**) – zum risikoorientierten Ansatz zurückzukehren, der bereits die erste Teststrategie aus dem Jahr 2020 geprägt hatte: Demnach sollten die Tests vorrangig für priorisierte Zielgruppen, etwa für die vulnerabelsten Bevölkerungsgruppen und für stark betroffene Berufe wie Gesundheits- und Pflegepersonal, verwendet werden.

(2) Das Gesundheitsministerium hatte zwar einen Strategiewechsel von möglichst breiten Testangeboten hin zu zielgerichteten Tests bereits für den Herbst 2021 überlegt (**TZ 9**), passte die Teststrategie aus dem März 2021 aber erst im April 2022 an. Die geänderte Teststrategie sah weiterhin ein niederschwelliges und kostenloses Testangebot für die Bevölkerung vor, das nunmehr auf höchstens fünf PCR-Tests pro Person und Monat beschränkt war – etwa Gurgeltests oder PCR-Tests in Apotheken. Diese stellten die Länder zur Verfügung. Zusätzlich konnten noch fünf Wohnzimmer-tests pro Person und Monat in allen öffentlichen Apotheken bezogen werden. Dass die bevölkerungsweiten Tests beibehalten wurden, begründete das Gesundheitsministerium in der Strategie damit, „einen Überblick über das Vorkommen von SARS-CoV-2-Infektionen in der Bevölkerung zu gewinnen“.

Das gleiche Ziel nannte die Teststrategie für die neu eingeführte vierte Testkategorie, die sogenannten Surveillance-Programme. Auch diese sollten einen österreich-

³⁵ Als besorgniserregend, sogenannte „Variants of Concern“, waren gelistet: B.1.617.2 (Delta) und B.1.1.529 (Omikron, BA.1, BA.2, BA.3, BA.4, BA.5).

³⁶ Bei der Ursprungsvariante von SARS-CoV-2 war jede tausendste infizierte Person ein „superspreader“ (das ist jemand, der besonders viele Menschen in kurzer Zeit ansteckt); bei der Omikron-Variante war es jede zwanzigste bis zehnte infizierte Person, vgl. <https://smw.ch/article/doi/smw.2022.w30133> (abgerufen am 5. Juli 2023).

³⁷ u.a. wegen einer kürzeren Inkubationszeit von zwei bis drei statt vier bis sechs Tagen bei vorangegangenen Varianten

weiten Überblick über das Pandemiegeschehen gewährleisten und schrittweise auf- bzw. ausgebaut werden. Es handelte sich um die folgenden Programme:

- Repräsentative Varianten-Surveillance: Mit stichprobenartigen Tests von repräsentativen Personengruppen sollte ein österreichweiter Überblick über die zirkulierenden und neuen Virusvarianten gewonnen werden.
- Selektive Varianten-Surveillance: Wie beim Influenzavirus sollten durch eine Probenahme von symptomatischen Personen in 282 niedergelassenen Arztpraxen (Diagnostisches Influenza-Netzwerk Österreich)³⁸ die zirkulierenden Virusvarianten überwacht werden.
- Abwassermonitoring: Abwasserproben aus 24 Kläranlagen in ganz Österreich sollten auf Coronaviren und deren Varianten untersucht werden. Da die 24 teilnehmenden Kläranlagen insgesamt über 50 % der Bevölkerung abdeckten, sei damit laut Teststrategie ein guter österreichweiter Überblick gegeben.

Die Europäische Kommission hatte den Mitgliedstaaten bereits am 19. März 2021 empfohlen, das Abwassermonitoring – als kostengünstige, schnelle und zuverlässige Maßnahme der epidemiologischen Überwachung – systematischer zu nutzen und in die nationalen Teststrategien einzubeziehen. Nach einer Ausschreibung zur Einrichtung einer nationalen Referenzzentrale zur Implementierung eines Abwassermonitorings in Österreich schloss das Gesundheitsministerium mit einem Bieterkonsortium eine Rahmenvereinbarung über insgesamt vier Jahre mit einem maximalen Auftragswert von 8 Mio. EUR. Die nationale Referenzzentrale für Abwassermonitoring³⁹ nahm im Jänner 2022 ihre Arbeit auf.

Zusätzlich zum Abwassermonitoring der nationalen Referenzzentrale bestanden weitere derartige Systeme in ausgewählten Ländern. Da eine Einbeziehung von deren Ergebnissen eine noch genauere Analyse des Infektionsgeschehens ermöglichen konnte, wollte das Gesundheitsministerium die regionale Verbreitung solcher Systeme fördern. Einheitliche Grundlagen, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten und deren Einbeziehung in das nationale Monitoring zu ermöglichen, gab das Gesundheitsministerium bis Sommer 2022 nicht vor.

(3) Am 27. Juli 2022 beschloss der Ministerrat einen sogenannten Variantenmanagementplan. Darin zeichnete die Bundesregierung unterschiedliche Szenarien für den Herbst und Winter 2022/23 und listete für insgesamt 16 Handlungsfelder – darunter auch das Testen – Maßnahmen auf, die abhängig vom jeweiligen Szenario zusätzlich vorgesehen waren.

³⁸ Das Diagnostische Influenza-Netzwerk Österreich ist ein Informations- und Frühwarnsystem, das der Erfassung der jährlichen Influenzaaktivität dient und auch die rasche Charakterisierung der aktuell zirkulierenden Influenza-Stämme ermöglicht.

³⁹ Arbeitsgemeinschaft bestehend aus der Medizinischen Universität Innsbruck (Institut für gerichtliche Medizin und Institut für Virologie) sowie dem CeMM – Forschungszentrum für Molekulare Medizin GmbH der Österreichischen Akademie der Wissenschaften

Die Szenarien reichten vom Best Case mit hoher Infektionszahl, aber vergleichsweise geringer Anzahl schwerer Erkrankungen (Szenario 1) bis zum Worst Case mit schweren Erkrankungen in weiten Teilen der Bevölkerung (Szenario 4).

Die geplanten Maßnahmen waren:

- Tests nur mehr zur diagnostischen Abklärung im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen (Szenario 1),
- Tests in vulnerablen Bereichen (wie Alten- und Pflegeheimen, Krankenanstalten, Kinderbetreuung) bei Verdachtsfällen, wahrscheinlichen Fällen und Kontaktpersonen sowie ein limitiertes Angebot für die breite Bevölkerung (fünf PCR-Tests plus fünf Antigen-Schnelltests pro Person und Monat, Szenario 2),
- Ausweitung der Testmöglichkeiten über vulnerable Bereiche hinaus abhängig von Viruseigenschaften wie Inkubationszeit (Szenarien 3 und 4).

Laut Variantenmanagementplan waren Grundlagen zu schaffen, um Testmöglichkeiten „flexibel skalierbar“ vorzuhalten, wobei private Testanbieter die nötigen Kapazitäten nicht ohne eine (teilweise) Basisfinanzierung bereithalten würden.

- 10.2 (1) Der RH kritisierte, dass das Gesundheitsministerium die Teststrategie vom März 2021 über ein Jahr lang nicht anpasste, obwohl neue Virusvarianten die Rahmenbedingungen für das Pandemiemanagement deutlich veränderten und Expertinnen und Experten – insbesondere auch das Beratungsgremium GECKO – bereits im Jänner 2022 eine Rückkehr zum risikoorientierten Ansatz empfohlen hatten, der auch die erste Teststrategie aus dem Jahr 2020 geprägt hatte.

Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium mit der Teststrategie vom April 2022 teilweise zum risikoorientierten Ansatz zurückkehrte, indem es die bevölkerungsweiten Tests einschränkte und einen Auf- sowie Ausbau von Alternativen zur Überwachung der Virusaktivität verfolgte. Er anerkannte diese Rückkehr zu einem zielgerichteteren Vorgehen. Die Surveillance-Programme – wie das Abwassermonitoring – waren aus Sicht des RH zweckmäßig, um einen österreichweiten Überblick über das Infektionsgeschehen zu gewinnen. In der Beibehaltung der bevölkerungsweiten Tests sah der RH insofern eine Doppelgleisigkeit, als das Gesundheitsministerium diese Entscheidung ebenso mit der Beobachtung des Infektionsgeschehens begründete.

Zum Abwassermonitoring hielt der RH fest, dass für den Ausbau der regionalen Systeme in den Ländern keine nationalen Vorgaben bestanden, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten und deren Einbeziehung in das nationale Monitoring zu ermöglichen.

Der RH empfahl daher dem Gesundheitsministerium, beim Testen den zielgerichteten, risikoorientierten Ansatz weiterzuerfolgen und auszubauen. Bevölkerungsweite Tests wären künftig zusätzlich zu diesem Ansatz nur mehr abhängig von der epidemiologischen Lage und unter Zugrundelegung von Kosten-Nutzen-Aspekten im Vergleich zu den Surveillance-Programmen anzubieten. Für die regionalen Abwassermonitorings in den Ländern wären die Grundlagen für vergleichbare Ergebnisse vorzugeben, damit diese in das nationale Monitoring einfließen können.

(2) Den Variantenmanagementplan beurteilte der RH – vor dem Hintergrund seiner Kritik zur zögerlichen Aktualisierung der Teststrategie – positiv, weil dieser es für den Fall des Auftretens neuer Varianten ermöglichte, das weitere Vorgehen anzupassen. Der RH hielt jedoch kritisch fest, dass die daran anknüpfende Ausweitung der Testmöglichkeiten nur sehr allgemein umschrieben war. Dies, obwohl der Variantenmanagementplan darauf hinwies, dass eine flexible Anpassung der Kapazitäten herausfordernd und ohne eine (teilweise) Basisfinanzierung privater Testanbieter nicht realisierbar sei.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, sich in Zukunft auf mögliche Änderungen der Rahmenbedingungen durch das Auftreten neuer Virusvarianten besser vorzubereiten, um die Teststrategie zeitgerecht anpassen und allgemeine Vorgaben konkretisieren zu können. Dazu wären aufbauend auf dem Variantenmanagementplan Maßnahmen zu entwerfen, die die Vorhaltung eines im Umfang flexiblen Basis-Testangebots sicherstellen.

10.3 (1) Das Gesundheitsministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass das Nationale SARS-CoV-2 Abwassermonitoringprogramm des Gesundheitsministeriums unabhängig von allfälligen Länderprogrammen für eine bundesweite systematische Überwachung der Virusaktivität sowie auftretender Varianten von SARS-CoV-2 ausgelegt sei. Der Bund finanziere die erforderlichen Analysen und Dateninfrastruktur für dieses Programm. Die Länder hätten ihre vom Bund nicht geförderten oder mitfinanzierten Abwassermonitoringsysteme unabhängig vom Bund etabliert, weshalb sie weder Teil der Bundesstrategie noch in das Nationale SARS-CoV-2 Abwassermonitoringprogramm eingebunden seien. Die nationale Referenzzentrale habe einen kurzen Leitfaden „Entwicklung, Aufbau und Organisation von SARS-CoV-2-Abwassermonitoringprogrammen“ für Behördenvertreter in den Ländern erarbeitet und Ende Juli 2022 ausgesandt. Zentral in dem Dokument sei u.a. die Sicherstellung valider Analyseergebnisse. Die nationale Referenzzentrale organisiere daher auch Ringversuche zur Sicherstellung valider Analyseergebnisse.

(2) Die Stadt Wien vermerkte in ihrer Stellungnahme, dass das Gesundheitsministerium die Tragung von Kosten für das Wiener Abwassermonitoring trotz zeitgerechter und begründeter Geltendmachung abgelehnt habe.

10.4 (1) Der RH anerkannte gegenüber dem Gesundheitsministerium die Bemühungen der nationalen Referenzzentrale, mit den Ländern die bisherigen Erfahrungen im Abwassermonitoring zu teilen und damit für Synergieeffekte bei der Sicherstellung entsprechender Analysequalität zu sorgen.

(2) Der Stadt Wien entgegnete der RH, dass das Gesundheitsministerium klar zwischen dem Abwassermonitoring des Bundes und jenen der Länder differenzierte und nur das Monitoring des Bundes finanzierte. Im Übrigen verwies er auf seine Ausführungen in TZ 12.

Anzahl und Kosten der Tests

Anzahl der Tests

11.1 (1) Das Gesundheitsministerium konnte laut eigener Angabe die genaue Anzahl der Tests, die im überprüften Zeitraum durchgeführt wurden, auf Grundlage der ihm verfügbaren Daten nicht verlässlich ermitteln bzw. darstellen.

(2) Die Daten auf der Website des Gesundheitsministeriums beruhten auf drei verschiedenen Quellen:

- den täglichen Meldungen der Länder an das beim Innenministerium angesiedelte Staatliche Krisen- und Katastrophenschutzmanagement („Morgenmeldungen“),
- den über die Plattform oesterreich-testet.at erfassten Tests in Apotheken und Betrieben sowie
- den vom Bildungsministerium wöchentlich an das Gesundheitsministerium gemeldeten Schultests.

Sie bildeten das tatsächliche Testgeschehen aus folgenden Gründen nur näherungsweise ab:

(a) Die Morgenmeldungen enthielten täglich die Summe der je Land durchgeführten PCR- und Antigen-Tests. Einzelne Länder⁴⁰ bezogen in diese Summe auch die in Apotheken, Betrieben und Schulen durchgeführten Tests ein, die das Gesundheitsministerium bereits aus den anderen beiden Datenquellen berücksichtigte. Weil das Gesamtergebnis wegen dieser Mehrfachzählungen nicht korrekt war, ersuchte das Gesundheitsministerium die Länder bereits im März 2021, ihre Meldungen zu bereinigen und die genannten Tests aus den Morgenmeldungen auszuschließen. Trotz fortgesetzter Bemühungen konnte das Gesundheitsministerium eine Vereinheit-

⁴⁰ Niederösterreich inkludierte die Tests in Apotheken, Betrieben und Schulen; Wien jene in Schulen. Die anderen Länder hielten nach Auskunft des Gesundheitsministeriums die Meldevorgaben ein.

lichung bzw. Harmonisierung der Meldepraxis bis Sommer 2022 nicht erzielen. Es ging zuletzt davon aus, dass die Länder die erneut kommunizierten Vorgaben ab dem 1. August 2022 einhalten würden.

(b) Die über die Plattform oesterreich-testet.at erfassten Daten zu betrieblichen Tests waren unvollständig, weil Tests in kleineren Betrieben mit bis zu 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht erfasst waren.⁴¹

(c) Weitere Testmöglichkeiten, etwa das Testangebot Sichere Gastfreundschaft des Tourismusministeriums, Wohnzimmertests, Tests im niedergelassenen Bereich sowie privat durchgeführte (und finanzierte) PCR-Tests, waren in den Zahlen nicht enthalten.

(3) Ab September 2022 veröffentlichte das Gesundheitsministerium die Daten über die Anzahl der insgesamt durchgeführten COVID-19-Tests auf seiner Website nicht mehr. Die Daten, die im Rahmen der Morgenmeldungen täglich übermittelt wurden, aber nur Teile des Testgeschehens umfassten, veröffentlichte die AGES auf ihrer Website.

(4) Das Gesundheitsministerium arbeitete zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Sommer 2022 an der Verbesserung der elektronischen Erfassung und Verarbeitung der Testdaten. Es plante, das Screening-Register – ein elektronisches Register für anzeigepflichtige Krankheiten – künftig als zentrale Datendrehscheibe zu nutzen. Die Testdaten sollten künftig nach Möglichkeit im Wege digitaler (Anmelde-)Plattformen bzw. Vorsysteme erfasst und über elektronische Schnittstellen an das Screening-Register übertragen werden. Nach Ansicht des Gesundheitsministeriums war es für eine verbesserte Datenqualität entscheidend, die Daten der getesteten Personen möglichst früh im Prozess, also insbesondere in den Teststellen und Laboren, zu erfassen und bereits bei dieser Gelegenheit eine eindeutige Personenidentifikation durchzuführen.

Zudem baute das Gesundheitsministerium seit März 2021 ein Data Warehouse auf, um Daten aus mehreren Quellen, etwa dem Epidemiologischen Meldesystem (**EMS**) und dem Screening-Register, zusammenzuführen und wissenschaftliche Analysen des Testgeschehens zu ermöglichen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Sommer 2022 war die Durchführung solcher Analysen aus dem im Aufbau befindlichen Data Warehouse mangels Vollständigkeit der Daten im Screening-Register noch nicht möglich, weil bisher weder nachträglich gemeldete Tests erfasst waren noch eine lückenlose Datenerfassung sichergestellt war.

⁴¹ Kleinere Betriebe erfassten die Gesamtzahl der täglich durchgeführten Tests in einem Formular und übermittelten dieses zum Zweck der Förderabrechnung an die damit beauftragte Austria Wirtschaftsservice Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Das Gesundheitsministerium konnte über diese Daten keine Auskunft geben.

(5) Der RH ermittelte auf Grundlage der Daten, die die überprüften Stellen ihm vorlegten, eine näherungsweise Gesamtzahl der bis zum Stichtag 31. März 2022 durchgeführten Tests. Dabei bereinigte er die Meldungen der Länder Niederösterreich und Wien um die erwähnten Mehrfachzählungen und berücksichtigte die Tests im Rahmen des Angebots Sichere Gastfreundschaft des Tourismusministeriums sowie die im niedergelassenen Bereich durchgeführten Tests.

Zum Stand 31. März 2022 ermittelte der RH eine Summe von 306,4 Mio. Tests, davon 189,0 Mio. Antigen-Tests, 112,1 Mio. PCR-Tests und 5,3 Mio. nicht näher zugeordnete Tests:

Tabelle 1: Anzahl der durchgeführten Tests bis 31. März 2022

Land	Antigen-Tests	PCR-Tests	Summe
Anzahl der Tests in Mio.			
Wien	30,7	57,2	87,9
Oberösterreich	37,0	11,0	48,0
Steiermark	32,6	10,7	43,3
Niederösterreich	23,5	11,8	35,3
Tirol	15,6	6,4	22,0
Salzburg	15,3	4,7	20,0
Kärnten	13,3	4,0	17,3
Vorarlberg	11,9	3,0	14,8
Burgenland	9,1	3,3	12,5
nicht nach Ländern aufgeschlüsselt	–	–	5,3
Summe	189,0	112,1	306,4

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Gesundheitsministerium; Bildungsministerium; Stadt Wien; AGES; Berechnung: RH

in den Zahlen in der Tabelle enthalten: Daten der Länder, der Plattform oesterreich-testet.at (Tests in Apotheken und Betrieben) und des Bildungsministeriums (Schultests), durch den RH bereinigt für Niederösterreich und Wien; nicht nach Ländern aufgeschlüsselte Tests: im niedergelassenen Bereich (2,75 Mio., bis zum Sommer 2022 noch nicht zur Gänze abgerechnet) und im Testangebot Sichere Gastfreundschaft (2,5 Mio.) – beide vom RH ergänzt

in den Zahlen in der Tabelle nicht enthalten: Wohnzimmertests (nach den vorliegenden Statistiken im Jahr 2021 rd. 123 Mio. verteilte Tests), von privaten Anbietern durchgeführte Tests, Tests in Betrieben mit weniger als 50 Bediensteten

In Wien wurden mit Stand 31. März 2022 annähernd so viele PCR-Tests durchgeführt wie in allen anderen Ländern zusammen. Dies war u.a. auf die vergleichsweise frühe Verfügbarkeit der PCR-Gurgeltests zur Eigenanwendung – Alles gurgelt! – ab März 2021 zurückzuführen.

- 11.2 Der RH hielt fest, dass vollständige und im Sinne der eindeutigen Personenidentifikation qualitätsgesicherte Daten über durchgeführte COVID-19-Tests unverzichtbar sind, um das Testgeschehen zu steuern und die epidemiologische Lage valide einzuschätzen.

Er anerkannte das Vorhaben des Gesundheitsministeriums, das Screening-Register als zentrale Datendrehscheibe für Screenings zu nutzen und durch den Aufbau eines Data Warehouse künftig eine vollständige und aktuelle Datenbasis für wissenschaftliche Analysen des Testgeschehens zu ermöglichen. Er hielt aber kritisch fest, dass die Einheitlichkeit der Ländermeldungen bis zum Ende der Gebarungüberprüfung im Sommer 2022 noch nicht gesichert war, so dass die Umsetzung des Data Warehouse unvollständig blieb.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, zur Verbesserung der Datenqualität sowohl die begonnene Vereinheitlichung der Ländermeldungen als auch den Aufbau des Data Warehouse fortzusetzen.

Dem Land Niederösterreich und der Stadt Wien empfahl der RH, die Vorgaben des Gesundheitsministeriums zur korrekten und vollständigen Meldung der Anzahl der Tests umzusetzen und nachträgliche Korrekturen möglichst zu vermeiden.

Der RH hielt kritisch fest, dass das Gesundheitsministerium die Übernahme der Testkosten gegenüber den Ländern und den Krankenversicherungsträgern (**TZ 12**) nicht an Bedingungen wie etwa die lückenlose Erfassung der Testdaten knüpfte.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, für korrekte, vollständige und aktuelle Testdaten zu sorgen, dafür klare und verbindliche Vorgaben festzulegen und alle Testeinrichtungen zur eindeutigen Personenidentifikation zu verpflichten. Das Gesundheitsministerium sollte dabei erwägen, die ordnungsgemäße Datenübermittlung als Voraussetzung für eine Übernahme der Testkosten durch den Bund festzulegen.

- 11.3 (1) Das Land Niederösterreich merkte in seiner Stellungnahme an, dass es versucht habe, die Testanzahl vollständig und korrekt zu melden. Allerdings habe der Bund keine klaren Vorgaben gegeben, welche Tests zu melden seien. Dadurch hätten Statistiken das tatsächliche Testgeschehen nicht korrekt abgebildet. Es sei daher erforderlich gewesen, die Meldungen laufend anzupassen, um nicht in den Statistiken einen falschen Eindruck zu erwecken.

(2) Wie die Stadt Wien in ihrer Stellungnahme mitteilte, hätten sich die Vorgaben des Bundes wiederholt und zum Teil sehr kurzfristig geändert, wodurch Korrekturen der Einmeldungen unvermeidbar gewesen seien; dies habe auch die richtige Zuord-

nung und Einmeldung der Tests in das Screening-Register betroffen, um die Tests wie vorgegeben abrechnen zu können.

- 11.4 Der RH entgegnete den Ländern Niederösterreich und Wien, dass seit August 2022 klare Vorgaben des Gesundheitsministeriums zur Meldung der Tests bestanden. Er hielt fest, dass auch seine Empfehlung an die Länder, die vom Bund festgelegten Vorgaben für Datenmeldungen einzuhalten, vor allem im Sinne von Lessons Learned aus der COVID-19-Pandemie zu verstehen war.

Kosten der Tests

12.1 (1) Kostenüberblick

Die Kosten für die Tests trug gemäß Epidemiegesetz 1950, COVID-19-Zweckzuschussgesetz und den Sozialversicherungsgesetzen⁴² zum überwiegenden Teil der Bund.⁴³ Dies umfasste u.a. Kosten für die Testkits, ihren Transport und (bei PCR-Tests) ihre Analyse sowie für Personal und Räumlichkeiten. Über die bundesweit entstandenen Kosten lag keine Übersicht vor, weshalb der RH diese anhand der übermittelten Unterlagen erhob. Mit Stand Ende Juni 2022 waren für den RH für die Jahre 2020 und 2021 Zahlungen in Höhe von 2,878 Mrd. EUR nachvollziehbar:

Tabelle 2: Kosten der COVID-19-Tests auf Bundesebene 2020 und 2021 (Stand Ende Juni 2022)

Ministerium ¹	Schwerpunkte	2020	2021	Summe
		in Mio. EUR		
Gesundheitsministerium ²	Tests in Ländern, Apotheken, im niedergelassenen Bereich, Wohnzimmertests	122,22	2.075,87	2.198,09
Bildungsministerium	Tests in Schulen	2,34	264,07	266,41
Verteidigungsministerium	Beschaffung von Antigen-Tests und Assistenzleistungen	62,36	113,35	175,71
Tourismusministerium	Testangebot Sichere Gastfreundschaft, Antigen-Tests	43,51	125,24	168,75
Wirtschaftsministerium	betriebliche Tests	0,00	69,02	69,02
Summe		230,43	2.647,55	2.877,98

¹ In den nicht angeführten Ministerien fielen Kosten in vernachlässigbarer Höhe an.

² vorläufige Werte, Kosten noch nicht endgültig abgerechnet

Quellen: Gesundheitsministerium; Berichte gemäß § 3 Abs. 5 des Bundesgesetzes über die Errichtung des COVID-19-Krisenbewältigungsfonds; Berechnung: RH

⁴² BGBl. I 63/2020 i.d.G.F. und §§ 742, 742a und 742b Allgemeines Sozialversicherungsgesetz sowie die parallelen Bestimmungen im Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz und im Bauern-Sozialversicherungsgesetz. Teile dieser Bestimmungen traten durch das COVID-19-Überführungsgesetz mit 30. Juni 2023 außer Kraft.

⁴³ Der Bund setzte den Ländern Grenzen der Kostentragung. Die diesbezüglichen Regelungen waren komplex und unübersichtlich, siehe dazu ab [TZ 13](#).

Unter Berücksichtigung weiterer, voraussichtlich noch dem Jahr 2021 zuordenbarer Testkosten im Bereich des Gesundheitsministeriums in Höhe von rd. 88 Mio. EUR⁴⁴ ergaben sich für die Jahre 2020 und 2021 zusammen vorläufige Testkosten von rd. 3 Mrd. EUR.

Mit Stand Ende Juni 2022 fielen im Gesundheitsministerium für das Jahr 2022 Zahlungen in Höhe von rd. 800 Mio. EUR an, für Schultests rd. 150 Mio. EUR und für die Endabrechnung von betrieblichen Tests und im Testangebot Sichere Gastfreundschaft rd. 90 Mio. EUR; dies ergab Ende Juni 2022 einen Abrechnungsstand von rd. 4 Mrd. EUR seit 2020. Von Juli 2022 bis Ende 2022 fielen im Gesundheitsministerium weitere Testkosten in Höhe von rd. 1,2 Mrd. EUR an, womit sich die Kosten seit Pandemiebeginn auf insgesamt mindestens 5,2 Mrd. EUR (Stand Dezember 2022) erhöhten. Der Anfall weiterer Kosten für im Jahr 2022 durchgeführte Tests war wegen Verzögerungen in der Abrechnung (TZ 13) absehbar.

(2) Vom Gesundheitsministerium abgerechnete Kosten

Die Kosten im Gesundheitsministerium entstanden hauptsächlich durch Abrechnungen der Länder und der Sozialversicherung. Die Abrechnungsdaten waren nach den gesetzlichen Grundlagen gegliedert (z.B. „Screeningprogramme gemäß § 36 Abs. 1 lit. A Epidemiegesetz“ oder „tatsächliche Kosten für bevölkerungsweite Tests gemäß § 1a Z 1 Zweckzuschussgesetz“). Der RH stellt diese Informationen zwecks Übersichtlichkeit in der folgenden Tabelle in vereinfachter Form dar. Unschärfen waren insbesondere bei der Abgrenzung von behördlichen, zielgruppenspezifischen und bevölkerungsweiten Tests möglich.

⁴⁴ Das Gesundheitsministerium hatte den Ländern für Abrechnungen nach dem COVID-19-Zweckzuschussgesetz ein Akonto in Höhe von 743 Mio. EUR gewährt. Davon waren mit Datenstand 30. Juni 2022 noch 181,66 Mio. EUR offen. Von den gesamten Ausgaben nach diesem Gesetz (auch Impfungen, Schutzausrüstung) entfielen 48,81 % auf Tests. Bei gleichbleibender Tendenz würden noch 88,66 Mio. EUR aus dem verbleibenden Akonto für Tests verwendet werden (Hochrechnung durch den RH). Mit Stand Ende Oktober 2022 hatte das Gesundheitsministerium ab Juli 2022 bereits 40,81 Mio. EUR für das Jahr 2021 mit den Ländern verrechnet.

Diese wurden in den Ländern teilweise in derselben Infrastruktur (u.a. Teststraßen) durchgeführt und gemeinsam abgerechnet, weshalb dem Gesundheitsministerium eine genaue Zuordnung mitunter nur schwer möglich war:

Tabelle 3: Kosten der COVID-19-Tests im Gesundheitsministerium 2020 und 2021 (Stand Ende Juni 2022)

Bereich	Art der Tests	2020	2021	Summe
		in Mio. EUR		
Länder ¹	behördliche Tests	86,60	399,87	486,47
	Zielgruppentests	16,70	198,03	214,73
	bevölkerungswide Tests	12,11	514,24	526,35
Sozialversicherung	Tests in Apotheken ²	0,00	538,93	538,93
	Tests im niedergelassenen Bereich ³	0,00	46,74	46,74
	Wohnzimmertests – Abgabe durch Apotheken ⁴	0,00	139,58	139,58
Gesundheitsministerium	Wohnzimmertests – Testkits	0,00	219,54	219,54
	Sonstiges	6,81	18,96	25,76
Summe		122,22	2.075,87	2.198,09

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Gesundheitsministerium; Berechnung: RH

¹ Unschärfen bei der Abgrenzung zwischen behördlichen, zielgruppenspezifischen und bevölkerungswiden Tests

² inklusive Hausapotheken und Tests an asymptomatischen Personen im niedergelassenen Bereich gemäß § 742a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz und Parallelgesetzen

³ an symptomatischen Personen im niedergelassenen Bereich gemäß § 742 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz und Parallelgesetzen

⁴ Abgabe von Tests zur Eigenanwendung gemäß § 742b Allgemeines Sozialversicherungsgesetz und Parallelgesetzen

Tabelle 3 zeigt einen Zwischenstand, weil die Länder ihre Ausgaben für 2020 und 2021 noch nicht endgültig mit dem Gesundheitsministerium abgerechnet hatten und auch für 2022 noch Ausgaben anfielen.

In den Jahren 2020 und 2021 verrechneten die Länder dem Gesundheitsministerium für behördliche, zielgruppenspezifische und bevölkerungswide Tests 1,228 Mrd. EUR, wobei der Abrechnungsstand der einzelnen Länder sehr unterschiedlich war.

Die mit Stand Ende Juni 2022 abgerechneten Kosten gliederten sich folgendermaßen auf die einzelnen Länder auf:

Tabelle 4: Von den Ländern verrechnete Kosten der COVID-19-Tests 2020 und 2021 (Stand Ende Juni 2022)

Land	Kosten	Einwohnerinnen und Einwohner am 1. Jänner 2022	Kosten pro Kopf
	in Mio. EUR	in Mio.	in EUR
Burgenland	22,51	0,30	76,04
Kärnten	29,33	0,56	52,18
Niederösterreich	180,55	1,69	106,78
Oberösterreich	101,76	1,50	68,04
Salzburg	64,05	0,56	114,23
Steiermark	178,03	1,25	142,76
Tirol	142,91	0,76	188,01
Vorarlberg	37,72	0,40	94,48
Wien	405,82	1,92	211,26
nicht zuordenbar	64,84	–	–
Österreich	1.227,55	8,93	137,42

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Gesundheitsministerium; Statistik Austria; Berechnung: RH

Das Gesundheitsministerium nutzte die Kostendaten nicht systematisch zur Steuerung des Testgeschehens. Auch eine Verknüpfung der Kosten mit der Anzahl der Tests unterblieb.

Die Sozialversicherungsträger verrechneten für Tests in Apotheken und im niedergelassenen Bereich sowie für die Abgabe und Verteilung der Wohnzimmertests 725,25 Mio. EUR; die Beschaffung der Wohnzimmertests verursachte beim Gesundheitsministerium weitere Kosten von 219,54 Mio. EUR.

Zu den bevölkerungsweiten Tests zählten neben jenen, die die Länder zur Verfügung stellten – wie in den Teststraßen oder PCR-Tests zur Eigenanwendung –, auch die Tests in Apotheken und die Wohnzimmertests. Die vorläufigen Kosten der bevölkerungsweiten Tests für den Zeitraum bis Ende 2021 beliefen sich mit Stand Ende Juni 2022 auf 1,424 Mrd. EUR und damit auf rd. 65 % der Kosten aller bis dahin dem Gesundheitsministerium verrechneten Tests⁴⁵.

⁴⁵ Der Anteil der bevölkerungsweiten Tests an den gesamten Testkosten war mit rd. 58 % etwas niedriger, weil die Tests an Schulen und im Tourismus gemäß der Definition des Gesundheitsministeriums nicht als bevölkerungsweite Tests galten.

(3) Ausgabenhoheit des Gesundheitsministeriums

(a) Das Gesundheitsministerium trug für 2020 und 2021 mit 2,198 Mrd. EUR rund drei Viertel der Testkosten des Bundes in Höhe von 2,878 Mrd. EUR, weil es den Ländern und der Sozialversicherung die in ihren Bereichen anfallenden Kosten zum überwiegenden Teil ersetzte.

(b) In vier weiteren Ministerien fielen zusätzlich Kosten in Höhe von 680 Mio. EUR an: im Bereich des Bildungsministeriums vor allem für Tests an Schulen, im Bereich des Tourismusministeriums für das Testangebot Sichere Gastfreundschaft sowie Antigen-Tests im Tourismus und im Bereich des Wirtschaftsministeriums für betriebliche Tests; das Verteidigungsministerium führte unterstützende Leistungen durch, vor allem durch den Ankauf von Antigen-Tests und Assistenzleistungen beim Massentest. Die Kosten pro Test in diesen Programmen waren sehr unterschiedlich; so gewährte das Wirtschaftsministerium eine Förderung von 10 EUR pro betrieblichem Test, das Tourismusministerium dagegen im Testangebot Sichere Gastfreundschaft anfangs 85 EUR pro Test, ab Mai 2021 57 EUR. Das Gesundheitsministerium hatte keinen Gesamtüberblick über Kosten dieser Ministerien und damit die gesamten Testkosten.

(c) Das Gesundheitsministerium konnte auch nicht alle Entscheidungen mit budgetären Auswirkungen auf die Testkosten unabhängig treffen. Weder die Entscheidung für den Massentest noch für die Einführung eines niederschweligen, bevölkerungsweiten Testangebots, die die Kosten maßgeblich erhöhte, wurde im Gesundheitsministerium vorbereitet bzw. getroffen (TZ 4 ff.). In der Folge gab es über ein Jahr lang bis April 2022 keine Obergrenze für die insgesamt in Österreich anfallenden Testkosten. Es gab aber zunehmend Überlegungen – auch seitens des Finanzministers⁴⁶ – die Testkosten mit einer Kostenpflicht zu begrenzen. Umgesetzt wurde eine Kostenbegrenzung erst ab April 2022 mit einer Verordnung des Gesundheitsministers⁴⁷ im Einvernehmen mit dem Finanzminister, die u.a. die Anzahl der bevölkerungsweiten Tests auf fünf PCR-Tests pro Person und Monat beschränkte.⁴⁸

⁴⁶ Dr. Magnus Brunner, LL.M.

⁴⁷ Johannes Rauch

⁴⁸ Änderung des Epidemiegesetzes 1950 mit BGBl. I 21/2022; Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betreffend die Festlegung von Screeningprogrammen im Rahmen der Bekämpfung von COVID-19 (COVID-19-ScreeningV), BGBl. II 142/2022; Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes mit BGBl. I 42/2022 und der übrigen Sozialversicherungsgesetze mit BGBl. I 41/2022

Diese Begrenzung der Testkosten war nicht mit einer Beschränkung auf die Testangebote mit dem besten Kosten–Nutzen–Verhältnis verbunden. Eine solche Maßnahme hätte eine Analyse der Tests in Teststraßen, in Apotheken und von PCR–Tests zur Eigenanwendung vorausgesetzt.

(d) Der Zusammenhang zwischen Art, Anzahl und Kosten der Tests war nur für den Bereich der Sozialversicherung bekannt, die verpflichtet war, diese Daten dem Gesundheitsministerium zu melden. Beispielsweise verrechnete die Österreichische Gesundheitskasse (**ÖGK**) für September 2021 dem Gesundheitsministerium 1.866.251 durchgeführte Tests (1.417.788 Antigen–Tests und 448.463 PCR–Tests) zu je 25 EUR und Gesamtkosten von 46,66 Mio. EUR.

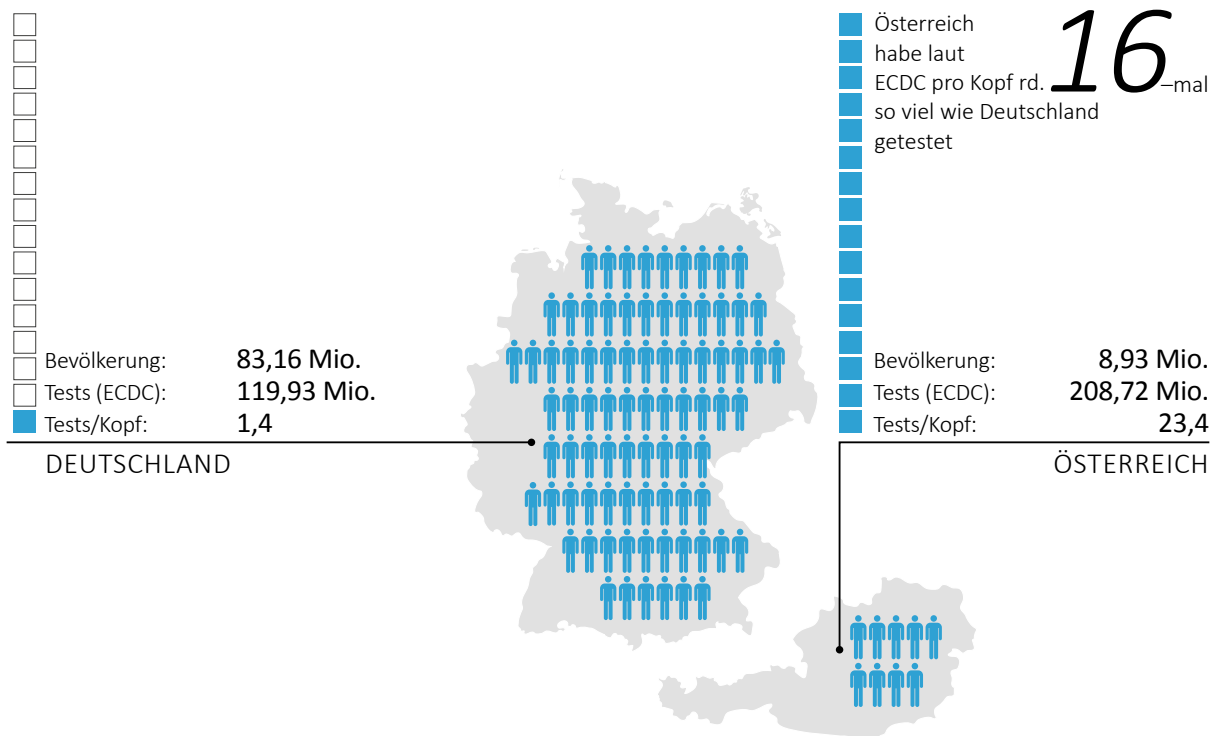
Im Bereich der Länder war dieser Zusammenhang nicht herstellbar: Die Abrechnung der Testkosten war sowohl im Gesundheitsministerium als auch in den überprüften Ländern von der Meldung der Anzahl der durchgeführten Tests organisatorisch getrennt, und es war auf Bundesebene nicht möglich, diese Daten zusammenzuführen. Zur Beurteilung der budgetären Auswirkung von Maßnahmen im Bereich der Länder – z.B. anlässlich der österreichweiten Umstellung auf PCR–Tests zur Eigenanwendung im Herbst 2021 – war das Gesundheitsministerium auf Schätzungen angewiesen. Auch die beiden überprüften Länder sammelten im überprüften Zeitraum bis Ende März 2022 diese Daten nicht in Übersichten, die einen Vergleich über die Kosten pro Test in verschiedenen Testangeboten, z.B. Teststraßen, PCR–Tests zur Eigenanwendung oder Tests in Apotheken, ermöglicht hätten.

(4) Kosten-Nutzen-Verhältnis

Österreich setzte im internationalen Vergleich sehr stark auf Tests und wurde medial mitunter als „Testweltmeister“ bezeichnet. In Tests pro Kopf stellte sich dies nach Zahlen des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) im Zeitraum von knapp zwei Jahren im Vergleich zu Deutschland wie folgt dar⁴⁹:

Abbildung 7: Tests pro Kopf in Österreich und Deutschland im Zeitraum 27. April 2020 bis 3. April 2022

Österreich



ECDC = European Centre for Disease Prevention and Control

⁴⁹ <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-testing> (abgerufen am 31. August 2022)

Nach diesen Daten habe Österreich pro Kopf rd. 16-mal so viel wie Deutschland getestet. Die Meldung Österreichs an das ECDC enthielt allerdings nicht die Schultests. Unter Zugrundelegung der vom RH errechneten 306,4 Mio. Schultests bis 31. März 2022 hätte Österreich 34 Tests pro Kopf durchgeführt.

Die wissenschaftliche Beurteilung des verstärkten Testgeschehens war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht abgeschlossen, auch nicht der internationale Vergleich verschiedener Teststrategien. Die Wirkungen des Testens waren auch deshalb schwierig zu beurteilen, weil es nur eine Maßnahme unter mehreren war, wie Maskenpflicht, Impfungen oder Ausgangsbeschränkungen. Deren Wechselwirkungen und insbesondere die Auswirkung des breiten Testangebots auf die Impfquote blieben weitgehend offen und wurden noch nicht analysiert.

12.2 (1) Der RH hielt zu den Testkosten zusammenfassend fest:

(a) Es lag kein gesamthafter Überblick über die in Österreich bisher angefallenen Kosten für die Tests vor. Eine Zusammenstellung durch den RH ergab eine vorläufige Summe von rd. 3 Mrd. EUR bis Ende 2021, rd. 4 Mrd. EUR bis zum 30. Juni 2022 und mindestens 5,2 Mrd. EUR bis Ende 2022. Die Anzahl der Tests und ihre Kosten waren auch im internationalen Vergleich beträchtlich, besonders für die bevölkerungsweiten Tests (rd. 58 % der gesamten Testkosten).

(b) Fast zwei Jahre lang gab es keine Obergrenze für die insgesamt in Österreich anfallenden Testkosten. Nach Überlegungen, die Kosten zu limitieren, beschränkte der Gesundheitsminister erst ab April 2022 die Anzahl der Tests pro Person und Monat.

(c) Das Gesundheitsministerium analysierte weder, welche Arten von Tests (wie PCR-Tests zur Eigenanwendung, Tests in Teststraßen oder in Apotheken) im Durchschnitt wie viel kosteten, noch – darauf aufbauend – das Kosten-Nutzen-Verhältnis verschiedener Testarten, weil die dafür relevanten Daten nur teilweise festgelegt waren und ihm nicht vollständig vorlagen. Daher war auch keine fundierte Entscheidung über die Limitierung oder Priorisierung einzelner Testangebote möglich.

(d) Auch ein Vergleich der Durchschnittskosten verschiedener Testarten war nicht möglich, weil das Gesundheitsministerium von den Ländern für die Abrechnung ihrer Testkosten keine Angabe zu Anzahl und Art der durchgeführten Tests einforderte und auch die Länder bis Ende März 2022 über keine Daten verfügten, die einen Vergleich ermöglicht hätten.

(2) Der RH hielt fest, dass der Bund zum überwiegenden Teil die Kosten für die Tests trug (Finanzierungsverantwortung), die Länder und private Anbieter – u.a. niedergelassener Bereich und Apotheken – aber das Angebot steuerten (Aufgabenverantwortung), wenngleich ab April 2022 limitiert. Er hielt es daher für geboten, das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Tests stärker abzuwägen. Dazu wären bessere Entscheidungsgrundlagen erforderlich, vor allem eine gesamtösterreichische Betrachtung im internationalen Vergleich sowie Übersichten, welche Testarten in den Ländern zu welchen Durchschnittskosten angeboten und verwendet wurden.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, das Kosten-Nutzen-Verhältnis eines künftigen Testangebots zeitnah unter Berücksichtigung aller anderen Pandemiemanagement-Maßnahmen und im Lichte internationaler Erfahrungen einzuschätzen.

Für die wichtigsten Testangebote wären die Kosten pro Test den Zahlen zu deren Inanspruchnahme gegenüberzustellen und deren Zweckmäßigkeit und Finanzierbarkeit zu bewerten. Dazu wären die erforderlichen Datenmeldungen durch die Länder (TZ 11) sicherzustellen und die Kosten mit der Anzahl der Tests zu verknüpfen.

- 12.3 Die Stadt Wien befasste sich in ihrer Stellungnahme eingehend mit der Feststellung des RH, dass es fast zwei Jahre lang keine Obergrenze für die Testkosten gegeben und der Bund die Testkosten überwiegend getragen habe. Die Stadt Wien legte ausführlich dar, dass der Bund den Ländern Höchstkostensätze vorgegeben und in der Folge nicht alle den Ländern im Zuge der Durchführung der Tests entstandenen Kosten erstattet habe.

Die Stadt Wien merkte zum Vergleich der von den Ländern verrechneten COVID-19-Testkosten (Tabelle 4) an, dass der Abrechnungsstand der Länder sehr unterschiedlich gewesen sei und nicht die realen Kosten abbilde. Zur Zeit der COVID-19-Pandemie habe mitunter nur Wien über ein niederschwelliges Testsystem verfügt. Dies habe dazu geführt, dass 11 % der örtlich zuordenbaren Tests Personen mit Wohnsitz außerhalb von Wien beansprucht hätten. Zum Großteil seien dies Personen aus Niederösterreich gewesen. Dieser Effekt habe sich im Vergleich zu anderen Ländern besonders in Wien gezeigt. Unter Berücksichtigung der Testkosten für nicht in Wien ansässige Personen seien die Kosten je Einwohnerin bzw. Einwohner in Wien bei 188 EUR gelegen.

- 12.4 Der RH entgegnete der Stadt Wien, dass sein Fokus auf der fehlenden Obergrenze für die insgesamt in Österreich angefallenen Testkosten lag und nicht auf den Höchstkostensätzen je Test. Er erachtete grundsätzlich alle Bestrebungen des Bundes, die Testkosten zu beschränken, für zweckmäßig. Soweit dabei der Bund den Ländern Kostengrenzen setzte oder nicht sämtliche Kosten erstattete, war dies nur innerhalb des rechtlich Möglichen umsetzbar. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Abrechnung des Bundes mit den Ländern zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht abgeschlossen war, was die Gelegenheit bot, allenfalls offene Rechtsfragen zu klären.

Weiters hielt der RH fest, dass er die unterschiedlichen Testkosten je Einwohnerin bzw. Einwohner weder bewertet noch kritisiert hatte. Die Tabelle 4 bezweckt eine transparente Darstellung der unterschiedlichen Testintensitäten in den Ländern, die auch die Folge einer fehlenden Obergrenze für Testkosten waren. Insofern konnte er das Vorbringen der Stadt Wien nicht nachvollziehen, wonach die Tabelle keine realen Kosten abbilde.

Abrechnung der bevölkerungsweiten Tests

Allgemeines

13.1 (1) Die Länder (für ihre Testangebote) und die Sozialversicherung (für die Testangebote der Apotheken und des niedergelassenen Bereichs) rechneten den überwiegenden Teil der Testkosten mit dem Gesundheitsministerium ab (TZ 12).

(2) Rechtliche Grundlagen⁵⁰ für die Abrechnung der den Ländern entstandenen Kosten waren

- das Epidemiegesetz 1950 samt Erlass sowie Beilagen und
- das COVID-19-Zweckzuschussgesetz samt der Richtlinie zu den Zuschussregelungen des COVID-19-Zweckzuschussgesetzes.

Die rechtlichen Grundlagen für die Abrechnung der bevölkerungsweiten Screenings mit den Ländern waren insofern komplex, als einerseits nach dem Epidemiegesetz 1950 die Kosten für bevölkerungsweite Screenings aus Bundesmitteln zu bestreiten waren und dafür gemäß dem Erlass zur Kostentragung nach dem Epidemiegesetz 1950 in Zusammenhang mit COVID-19 Höchstkostensätze galten. Andererseits hielt derselbe Erlass fest, dass für die Kostentragung der bevölkerungsweiten Screenings durch den Bund Anträge nach der Richtlinie zu den Zuschussregelungen des COVID-19-Zweckzuschussgesetzes zu stellen waren; diese Kosten durften dem Bund nicht nach § 36 Epidemiegesetz 1950 in Rechnung gestellt werden. Nach der genannten Richtlinie hatte der Bund für die bevölkerungsweiten Screenings den Ländern und Gemeinden die tatsächlich angefallenen Kosten zu ersetzen (also ohne Beschränkung durch Höchstkostensätze). Im Gesundheitsministerium wurde über die korrekte Anwendung der Regelungen diskutiert.

Für Anträge auf Kostenerstattung nach dem COVID-19-Zweckzuschussgesetz, die im Gesundheitsministerium bereits eingereicht und noch nicht abschließend bearbeitet waren, sowie für zukünftige Anträge zu bereits im Jahr 2021 getätigten Zahlungen gewährte das Gesundheitsministerium den Ländern ein Akonto in Höhe von 743 Mio. EUR; davon waren im Juni 2022 noch 181,66 Mio. EUR offen.

(3) Im Unterschied dazu war die Abrechnung der der Sozialversicherung entstandenen Testkosten in Apotheken und im niedergelassenen Bereich in wenigen Bestimmungen des Sozialversicherungsrechts geregelt.⁵¹ Diese gingen auf Initiativanträge

⁵⁰ Die rechtlichen Grundlagen enthielten häufig den Begriff „Screening“. In diesem Abschnitt im Bericht wird der Begriff „Screening“ eingesetzt, wenn Hinweise auf rechtliche Grundlagen gegeben werden.

⁵¹ §§ 742, 742a und 742b Allgemeines Sozialversicherungsgesetz und Parallelgesetze

zurück (TZ 7). Demnach hatte der Bund die dafür angefallenen Kosten aus dem COVID-19-Krisenbewältigungsfonds zu ersetzen. Wie bei den Ländern gewährte das Gesundheitsministerium auch im Sozialversicherungsbereich Ende des Jahres 2021 ein Akonto für Zahlungen, die bereits im Jahr 2021 getätigt und noch nicht abgerechnet wurden (140 Mio. EUR an die ÖGK). Dieses Akonto war mit April 2022 zur Gänze abgerechnet.

- 13.2 Der RH hielt kritisch fest, dass die Regelungen zur Kostenabrechnung für bevölkerungsweite Tests mit den Ländern im Unterschied zur Abrechnung über die Sozialversicherung komplex waren. Eine ordnungsgemäße Umsetzung war mitunter aufwändig, weil offen blieb, ob die Länder bevölkerungsweite Tests nach dem Epidemiegesetz 1950 oder nach dem COVID-19-Zweckzuschussgesetz abzurechnen hatten. Dadurch fehlte es den vollziehenden Stellen im Gesundheitsministerium und in den Ländern an Rechtssicherheit.

[Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Kostenabrechnung für bevölkerungsweite Tests mit den Ländern zu vereinfachen und klar zu regeln.](#)

- 13.3 Die Stadt Wien vertrat in ihrer Stellungnahme die Ansicht, dass der Bund – zusätzlich zu der in TZ 12 angesprochenen Beschränkung der Kostenerstattung durch Höchstkostensätze – insbesondere nicht alle für Tests angefallenen Personalkosten erstattet habe. Dies, obwohl Personal nachvollziehbar und dokumentiert für diesen Zweck neu eingestellt oder aus anderen Bereichen habe abgezogen werden müssen. Dabei handle es sich um einen Zweckaufwand, der vom Bund im Rahmen des § 2 Finanz-Verfassungsgesetz 1948 zu tragen gewesen sei.
- 13.4 Der RH verwies gegenüber der Stadt Wien auf die Rechtsansicht des Gesundheitsministeriums, wonach es sich bei den bevölkerungsweiten Tests um Privatwirtschaftsverwaltung handle (TZ 7). In diesem Fall wäre die Durchführung der Tests nicht als mittelbare Bundesverwaltung im Sinne des Art. 102 B-VG zu sehen. Deshalb käme nicht § 2 Finanz-Verfassungsgesetz 1948, sondern Art. 104 Abs. 2 Satz 3 B-VG zur Anwendung, wonach der Zweckaufwand nur nach Maßgabe entsprechender bundesgesetzlicher Regelungen zu ersetzen wäre. Der RH verwies daher auf seine Gegenäußerung in TZ 12, wonach die Abrechnung des Bundes mit den Ländern zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht abgeschlossen war, was Gelegenheit bot, allenfalls offene Rechtsfragen zu klären.

Abrechnung des Gesundheitsministeriums mit den Ländern

Screening-Anträge der Länder

14.1 (1) Für die Durchführung eines bevölkerungsweiten Tests in einem Land hatte die Landeshauptfrau bzw. der Landeshauptmann nach § 5a Abs. 1 Epidemiegesetz 1950 die Zustimmung der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers einzuholen. Diese bzw. dieser hatte nach § 5a Abs. 4 Epidemiegesetz 1950 die inhaltliche Ausgestaltung sowie die Vorgaben für die organisatorische Abwicklung der Programme und die mit ihrer Durchführung beauftragten Organisationen in geeigneter Weise zu veröffentlichen. Dies wurde mit dem Erlass zur Kostentragung nach dem Epidemiegesetz 1950 in Zusammenhang mit COVID-19 umgesetzt. Die gesetzlichen Grundlagen enthielten weder inhaltliche noch formelle Vorgaben für den Antrag, wie etwa die verpflichtende Angabe von Kosten, Mengen und verwendeten Testarten oder die Fristen für die Antragstellung. Daher beantragten die Länder derartige Screenings formlos per E-Mail.

(2) Bei der Prüfung der Anträge musste das Gesundheitsministerium beurteilen, ob die Anträge tatsächlich bevölkerungsweite Tests betrafen. Zusätzlich war eine Vielzahl von Fragen zu klären, wie etwa Mengengerüste und Kostenabschätzungen, die geplante Dauer der Screening-Programme oder die Erfassung der einzelnen Tests und die Verantwortung für die Einmeldung in das Screening-Register.

Einzelne Screening-Anträge der Länder, die aus Sicht des Gesundheitsministeriums nicht ausreichend begründet waren, genehmigte es nicht: Dies betraf etwa einen Antrag Oberösterreichs vom 12. Juli 2021 über die Kostenübernahme von Antigen-Tests und einen Antrag Niederösterreichs vom 23. April 2021 über die Ausrollung eines Gurgel-Projekts in ausgewählten Ballungsräumen, wobei das Land Niederösterreich ein Ersuchen des Gesundheitsministeriums um Übermittlung eines Mengengerüsts und einer Kostenschätzung unbeantwortet ließ.

(3) Das Gesundheitsministerium bearbeitete die Anträge der Länder auf Durchführung von bevölkerungsweiten Tests einerseits und ihre Anträge auf Kostenerstattung andererseits in verschiedenen Organisationseinheiten. Es war nicht sichergestellt, dass zu jeder Abrechnung ein genehmigter Screening-Antrag vorlag bzw. die abgerechneten Projekte den genehmigten Anträgen entsprachen.

14.2 Der RH hielt kritisch fest, dass das Gesundheitsministerium den Ländern keine Vorgaben für die Antragstellung auf Durchführung bevölkerungsweiter Tests machte, die Anträge der Länder teilweise nicht ausreichend begründet waren und ihre Bearbeitung aufwändig war.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, die inhaltlichen und formellen Anforderungen eines Antrags auf Durchführung eines bevölkerungsweiten Tests festzulegen, wie insbesondere verpflichtend anzugebende Informationen über Art und Anzahl der Tests und voraussichtliche Kosten sowie die Fristen für die Antragstellung. Dies mit dem Ziel, Verwaltungsabläufe zu erleichtern und wiederholt auftretende Fragen bereits im Vorfeld zu klären.

Der RH kritisierte, dass im Gesundheitsministerium unterschiedliche Organisationseinheiten die Anträge der Länder auf Durchführung von bevölkerungsweiten Tests und ihre Kostenerstattungsanträge bearbeiteten.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, einen Antrag eines Landes auf Kostenerstattung nur dann positiv zu erledigen, wenn ein genehmigter Screening-Antrag vorliegt und die abgerechneten Projekte diesem entsprechen.

- 14.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums nehme es die Empfehlung zur Kenntnis, die Anforderungen eines Antrags auf Durchführung eines bevölkerungsweiten Tests festzulegen. Die Länder seien nicht verpflichtet gewesen, einen Screening-Antrag einzureichen. Ein Screening-Antrag sei nur für gewisse Screening-Programme erforderlich gewesen und habe der zusätzlichen Rechtssicherheit der Länder gedient.

Anträge der Länder auf Kostenerstattung

- 15.1 (1) Gemäß COVID-19-Zweckzuschussgesetz und Richtlinie zu den Zuschussregelungen des COVID-19-Zweckzuschussgesetzes hatte das Gesundheitsministerium den Ländern und Gemeinden die tatsächlich angefallenen Kosten bei der Abwicklung von bevölkerungsweiten Tests zu erstatten.

Von der Kostentragungspflicht für bevölkerungsweite Tests umfasst waren zusätzliche Überstunden (auch Mehrdienstleistungen von in Teilzeit beschäftigten Gemeindebediensteten), aber nicht die Personalkosten von Bediensteten der Länder, Gemeinden und ihrer ausgegliederten Rechtsträger. Ausgenommen war auch der Aufwand für landes- bzw. gemeindeeigene Räumlichkeiten.

Für die Aufwandsentschädigungen an nicht hauptberuflich tätige unterstützende Personen in Gemeinden galt eine Erstattungsobergrenze von 20 EUR je Stunde für medizinisch geschultes Personal und von 10 EUR je Stunde für sonstige unterstützende Personen.

(2) Gemäß Richtlinie zu den Zuschussregelungen des COVID-19-Zweckzuschussgesetzes war die Auszahlung der Zuschüsse zu beantragen. Dafür gab das Gesundheitsministerium den Ländern und den Gemeinden elektronische Abrechnungsdokumente

vor und verlangte die schriftliche Bestätigung des Landes über die bereits erfolgten Zahlungen durch das Land oder die Gemeinden. Detailnachweise waren nach Anforderung durch das Gesundheitsministerium vorzulegen. Da das Gesundheitsministerium in den Kostenerstattungsanträgen keine Angabe zu Anzahl und Art der durchgeführten Tests einforderte, hatte es keinen Überblick über die von ihm finanzierte Testanzahl oder die Kosten je Test und Testart. Das Gesundheitsministerium wies die Länder nicht an, die Abrechnungen der Gemeinden zu prüfen, bevor sie im Gesundheitsministerium eingereicht wurden.

(3) Das Land Niederösterreich sammelte die Abrechnungen der Gemeinden zu ihren bevölkerungsweiten Tests, ließ sich die sachliche Richtigkeit der Abrechnungen durch die jeweiligen Gemeinden bestätigen, prüfte stichprobenartig die Abrechnungen und forderte bei Bedarf Berichtigungen ein.

In der Folge verrechnete das Land die Kosten der Gemeinden und seine eigenen Kosten (wie Testkits und Personal von Rettungsorganisationen) dem Gesundheitsministerium. Bis Ende Mai 2022 waren dies 60,6 Mio. EUR für die Durchführung von bevölkerungsweiten Tests. In seinen Abrechnungsanträgen bestätigte das Land Niederösterreich, dass sämtliche beantragte Kosten aufgrund der COVID-19-Pandemie angefallen waren. Das Gesundheitsministerium prüfte die Abrechnung der niederösterreichischen Gemeinden stichprobenartig auf Plausibilität – dies betraf u.a. Mietaufwendungen, sonstige Kosten, Kosten für Medienaufwand oder Verpflegung – und veranlasste gegebenenfalls Korrekturen.

(4) Die Stadt Wien rechnete von Anfang 2020 bis Ende Mai 2022 mit dem Gesundheitsministerium 175,5 Mio. EUR für die Durchführung von bevölkerungsweiten Tests ab und bestätigte bei der Antragstellung auf Kostenersatz, dass es sämtliche Kosten bereits bezahlt habe. Das Gesundheitsministerium prüfte stichprobenartig die Richtlinienkonformität anhand vorgelegter Rechnungen u.a. betreffend den Mietaufwand. Diese Kontrollen führten fallweise zu Korrekturen und Nichtanerkennung von Kosten.

(5) Das Gesundheitsministerium behielt sich vor, die widmungsgemäße Verwendung der Zweckzuschüsse nachträglich stichprobenartig zu überprüfen, durch Prüfungen vor Ort in den Ländern oder durch Einsichtnahme in die Abrechnungsunterlagen und Verwendungsnachweise, die von den Ländern auf Verlangen zu übermitteln waren.

Das Gesundheitsministerium schloss im März 2022 mit der Buchhaltungsagentur des Bundes eine Vereinbarung über die Prüfung der ordnungsgemäßen Verwendung der gewährten Zweckzuschüsse nach dem COVID-19-Zweckzuschussgesetz (für Schutzausrüstung, Tests etc.) ab, die rückwirkend ab 1. Dezember 2021 bis auf

Widerruf galt. Dies sollte Prüfschritte ermöglichen, die dem Gesundheitsministerium aus Ressourcengründen nicht möglich waren.

Vereinbart war eine systemische Prüfung der Abwicklung; dies mit dem Ziel, die den Anträgen der Länder zugrunde liegenden Grundlagen und ihre bereits vor der Antragstellung im Gesundheitsministerium gesetzten Prüfschritte zu klären. Zudem sollten u.a. die Einhaltung von Vorschriften bei Auftragsvergaben und die schriftlichen Bestätigungen der Länder überprüft werden.

Weiters sollte die Buchhaltungsagentur gemäß Vereinbarung die Kostenersatzanträge der Länder stichprobenartig detailliert prüfen; dies – je nach Verfügbarkeit von Unterlagen – auch direkt vor Ort bei den Ämtern der Landesregierungen.

Die Buchhaltungsagentur schätzte ihr voraussichtliches Honorar für das Jahr 2022 auf Basis ihrer Stundensätze auf maximal 536.900 EUR. Sie begann im Dezember 2021, noch vor Abschluss der genannten Vereinbarung, mit der Vorbereitung.

- 15.2 Der RH hielt kritisch fest, dass das Gesundheitsministerium den Ländern zwar über 1 Mrd. EUR (Stand Ende Juni 2022) an Testkosten erstattete, von ihnen aber keine Angaben zu Anzahl und Art der durchgeführten Tests einforderte und daher keinen Überblick über die Anzahl der von ihm finanzierten Tests oder die Kosten je Test und Testart hatte. Dadurch verfügte das Gesundheitsministerium über keine Information darüber, was die Durchführung der bevölkerungsweiten Tests in den Ländern im Durchschnitt nach Testart und Testaktion kostete.

Er verwies dazu auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in TZ 12, die Meldung der erforderlichen Daten durch die Länder sicherzustellen und die Kosten mit der Anzahl der Tests zu verknüpfen.

Das Fehlen von Informationen zu Anzahl und Kosten der Tests erschwerte auch die Prüfung der Abrechnungen. Der RH kritisierte, dass das Gesundheitsministerium den Ländern keine Kontrollaufgaben bei der Abrechnung der Gemeinden zugewiesen hatte.

Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium aus den Abrechnungen Stichproben zog, diese im Detail prüfte und gegebenenfalls Kosten nicht anerkannte. Eine umfassendere Prüfung der Abrechnungen führte es jedoch nicht durch. Grundsätzlich war der RH der Ansicht, dass die Vorgaben für Abrechnungen der Länder so zu gestalten wären, dass das Gesundheitsministerium Abrechnungen in einem vertretbaren Zeitraum in der notwendigen Tiefe eigenständig prüfen kann. Aufgrund des hohen Gebarungsvolumens erachtete der RH eine nähere Prüfung der Abrechnungen der Tests durch die Buchhaltungsagentur vor Ort in den Ländern in diesem Fall für zweckmäßig. Er verwies jedoch auf die daraus voraussichtlich anfallenden Kosten

von über 500.000 EUR und auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium, die Kostenabrechnung für bevölkerungswerte Tests zu vereinfachen (TZ 13).

Der RH empfahl daher dem Gesundheitsministerium, die Länder in die Kontrolle der Abrechnungen einzubeziehen und sie anzuweisen, die Abrechnungen der Gemeinden jedenfalls anhand von Plausibilitätskriterien zu prüfen.

- 15.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums hätten gemäß dem COVID-19-Zweckzuschussgesetz keine Erstattungsobergrenzen für die Aufwandsentschädigungen nicht hauptberuflich tätiger unterstützender Personen gegolten.
- 15.4 Der RH entgegnete dem Gesundheitsministerium, dass sich seine Feststellung zur Kostenerstattungsobergrenze auf die Richtlinie zu den Zuschussregelungen des COVID-19-Zweckzuschussgesetzes bezog. Dieser war nicht eindeutig zu entnehmen, dass keine Erstattungsobergrenzen für die Aufwandsentschädigungen nicht hauptberuflich tätiger unterstützender Personen galten.

Abrechnung des Gesundheitsministeriums mit der Sozialversicherung

- 16.1 (1) Das Gesundheitsministerium erteilte den Sozialversicherungsträgern Weisungen über die Rechnungslegung, Statistik und Abrechnung der Tests in öffentlichen Apotheken und im niedergelassenen Bereich. Diese legten u.a. fest, dass in den Abrechnungen neben den Kosten auch die Anzahl der durchgeführten Tests, gegliedert nach Antigen- und PCR-Tests, anzuführen war.
- (2) Mit Stand Ende Juni 2022 hatten die Sozialversicherungsträger für die Jahre 2020 und 2021 Testkosten in Höhe von 725,25 Mio. EUR mit dem Gesundheitsministerium abgerechnet und die Richtigkeit der Abrechnungen mit ihrer Unterschrift bestätigt. Im Jahr 2022 fielen mit Stand Ende Juni 2022 zusätzliche Kosten von vorläufig 239,08 Mio. EUR an, gesamt also 964,33 Mio. EUR.

Die folgende Tabelle schlüsselt die abgerechneten Kosten genauer auf:

Tabelle 5: Kosten und Anzahl der in den Jahren 2020 und 2021 abgerechneten COVID-19-Tests im Bereich der Sozialversicherung (Stand Ende Juni 2022)

Testangebot	Kosten ¹	Anzahl
	in Mio. EUR	in Mio.
Tests an asymptomatischen Personen in Apotheken, ärztlichen Hausapotheken und im niedergelassenen Bereich	538,93	21,28
Tests an symptomatischen Personen im niedergelassenen Bereich	46,74	0,79
Abgabe von Wohnzimmertests	139,58	13,82 ²
Summe	725,25	–

¹ Verwaltungskosten in Höhe von 1 % inkludiert

² Anzahl der Packungen mit 5 bzw. 10 Tests

Quelle: Gesundheitsministerium; Berechnung: RH

Das Gesundheitsministerium bearbeitete die Abrechnungen und prüfte, ob das Verhältnis der abgerechneten Kosten und der gemeldeten Anzahl der Tests plausibel war. Für die Durchführung eines Antigen- bzw. PCR-Tests in einer Apotheke oder im niedergelassenen Bereich bezahlten die Sozialversicherungsträger für Tests an asymptomatischen Personen bis März 2022 ein pauschales Honorar von je 25 EUR. Pro Person konnten maximal ein PCR- und ein Antigen-Test pro Tag verrechnet werden. Damit waren das Material, die Probenahme, die Auswertung, die Dokumentation und die Ausstellung eines Ergebnismachweises abgedeckt.

Die Abgabe von Tests zur Eigenanwendung in Apotheken und ärztlichen Hausapotheken wurde mit 10 EUR pro abgegebener Packung honoriert, unabhängig davon, ob fünf oder zehn Antigen-Tests enthalten waren. Diese Kostensätze waren bis zum Ende der Gebärungsüberprüfung im Sommer 2022 unverändert und wurden nicht hinterfragt. Der Bund hatte den Sozialversicherungsträgern die Verwaltungskosten, die aus der Verrechnung mit Apotheken und dem niedergelassenen Bereich resultierten, in Höhe von 1 % der verrechneten Honorarsumme zu ersetzen.

(3) Bei den Apothekentests prüfte z.B. die ÖGK im Detail die vorgegebenen Parameter. Dies betraf etwa

- das Vorliegen eines Leistungsanspruchs gegenüber der ÖGK,
- die Einhaltung der maximalen Testanzahl (höchstens ein Antigen- und ein PCR-Test pro Person, Tag und Apotheke und eine Packung Wohnzimmertests pro Person und Monat),
- die Abrechnung des Pauschalhonorars von 25 EUR pro Antigen- bzw. PCR-Test bzw. von 10 EUR pro abgegebener Packung.

Stellte die ÖGK nicht abrechnungskonforme Angaben fest, führte dies zu einem Dialogfall, der individuell zu prüfen und manuell zu bearbeiten war. Weitere Prüfungen, u.a. zur tatsächlichen Durchführung der verrechneten Tests, waren laut ÖGK aufgrund der vorliegenden Abrechnungsdaten nicht möglich.

Im niedergelassenen Bereich umfassten die Kontrollen der ÖGK aufgrund der Vielzahl von Tests Stichprobenprüfungen im Rahmen von Routinekontrollen bei ihren Vertragspartnern. Stellte sie Abweichungen fest, führte dies zu Nachprüfungen, gegebenenfalls wurden Beträge nicht anerkannt. Ein automatisierter Abgleich mit den von den Ärztinnen und Ärzten abgerechneten Tests war nach Auskunft der ÖGK wegen fehlender technischer Voraussetzungen nicht möglich.

- 16.2 Der RH anerkannte, dass die Abrechnungsunterlagen der Sozialversicherungsträger Angaben zu Menge und Preis enthielten. Damit war feststellbar, wie viele Tests zu welchen Kosten abgerechnet wurden. Zur Abrechnungskontrolle hielt er am Beispiel der ÖGK kritisch fest, dass – trotz des Gebahrungsvolumens von fast 1 Mrd. EUR (Stand Ende Juni 2022) – die Sozialversicherungsträger zwar Routineprüfungen vornahmen, eine nähere Prüfung der verrechneten Testanzahl auf Basis der vorliegenden Daten und aufgrund fehlender technischer Voraussetzungen aber nicht möglich war.

[Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, auf umfassendere und nach Möglichkeit automatisierte Kontrollen bei der Abrechnung von Tests im Bereich der Sozialversicherung hinzuwirken.](#)

Kritisch sah der RH, dass die Höhe der Testhonorare – in Apotheken und im niedergelassenen Bereich für die Durchführung von Tests an asymptomatischen Personen (25 EUR je Test) und in Apotheken für die Verteilung von Testkits (10 EUR je Packung Wohnzimmertests) – bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht auf ihre Angemessenheit geprüft wurde.⁵²

[Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Honorare für Durchführung und Verteilung von PCR- und Antigen-Tests in Apotheken und im niedergelassenen Bereich auf ihre Angemessenheit zu hinterfragen.](#)

- 16.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums würden die Sozialversicherungsträger in den Abrechnungssystemen Prüfungen der durch Gesetz bzw. Verordnung normierten Verrechnungsvoraussetzungen vorsehen und bei Auffälligkeiten in den Abrechnungen telefonisch bei den Leistungserbringern nachfragen. Dabei seien Abrechnungspositionen mitunter gestrichen worden. Prüfungen müssten sich auf solche Kriterien beschränken, die sich aus den bei den Sozialversicherungsträgern verfügbaren Daten und dem Abrechnungssystem ergäben.

⁵² ab 1. April 2022: Verrechnung der Apothekentests über die Länder

PCR-Tests zur Eigenanwendung in Niederösterreich und Wien

Ausschreibungen von PCR-Tests

17.1 (1) Die Länder beauftragten sowohl staatliche Untersuchungsanstalten als auch private Labore mit PCR-Tests. Sie hatten als öffentliche Auftraggeber das Bundesvergabegesetz 2018⁵³ anzuwenden. Über Initiative des Gesundheitsministeriums und der Stadt Wien führte die Bundesbeschaffung GmbH – nach einer Bedarfserhebung bei den Ländern – im Herbst 2020 ein EU-weites, offenes Vergabeverfahren durch, dessen Gegenstand der Abschluss einer Rahmenvereinbarung für den Abruf von PCR-Tests inklusive Probenabholung und Ergebnisübermittlung war. Die Bundesbeschaffung GmbH schloss am 6. November 2020 eine Rahmenvereinbarung mit 20 Unternehmen ab. Sie verfolgte mit diesem Vergabeverfahren die Ziele,

- die PCR-Testkapazitäten zu erhöhen – z.B. war für die Stadt Wien bis April 2021 eine Testanzahl pro Woche zwischen rd. 13.000 und rd. 48.000 prognostiziert – und
- das österreichweit hohe Preisniveau für PCR-Tests zu senken. Das Land Niederösterreich zahlte im November 2020 z.B. 65 EUR pro PCR-Einzelanalyse an das beauftragte Labor, Wien je nach Labor 83 EUR oder 84 EUR bzw. mit Wochenendaufschlag 126 EUR. Laut Auskunft der Stadt Wien seien die beauftragten Labore damals nicht bereit gewesen, einen günstigeren Preis zu vereinbaren.

Der günstigste Preis, der im Vergabeverfahren für eine PCR-Einzelanalyse angeboten wurde, betrug 29,50 EUR bei einer möglichen Tageskapazität von 10.000 Einzelanalysen.

Der veranschlagte maximale Gesamtwert der Beschaffungen über die Laufzeit der Rahmenvereinbarung von maximal zwei Jahren betrug 445,2 Mio. EUR. Die Rahmenvereinbarung sah vor, dass

- das Testergebnis längstens 24 Stunden ab Eingang der Proben im Labor vorlag,
- eine regelmäßige externe Qualitätssicherung stattfand und
- zur internen Qualitätssicherung insbesondere die Eignung und Ausbildung des Personals zu belegen waren.

Keine Aussage traf die Rahmenvereinbarung zum Verrechnungszeitpunkt (nach Testkit-Lieferung und/oder nach Laboranalyse; siehe TZ 21, TZ 24).

Alle Länder außer Kärnten, Salzburg und Vorarlberg nutzten die Rahmenvereinbarung in unterschiedlichem Umfang, außerdem acht Ministerien und weitere öffent-

⁵³ BGBl. I 65/2018 i.d.g.F.

liche Auftraggeber. Wien nutzte die Rahmenvereinbarung zwischen Dezember 2020 und Dezember 2021 u.a. für das Programm Alles gurgelt! und wies das größte Abrufvolumen aller Länder auf. Niederösterreich rief aus der Rahmenvereinbarung für ein kleines Pilotprojekt im Schulbereich ab.

(2) Das Gesundheitsministerium initiierte im Frühjahr 2021 eine weitere Ausschreibung zu PCR-Tests durch die Bundesbeschaffung GmbH, um die Kapazitäten für PCR-Gurgeltests zur Eigenanwendung österreichweit zu erhöhen. Dieser Ausschreibung lag ein maximaler bundesweiter Bedarf von 4,7 Mio. PCR-Tests pro Woche zugrunde. Die Bundesbeschaffung GmbH schloss am 9. August 2021 eine Rahmenvereinbarung mit 22 Unternehmen ab.

Diese umfasste im Unterschied zur ersten Rahmenvereinbarung umfangreichere Anforderungen an die interne und externe Qualitätssicherung der Labore, die Einrichtung einer Hotline für Rückfragen und eine Frist zur Ergebnisübermittlung von längstens 24 Stunden ab Probenabholung. Zum Verrechnungszeitpunkt der Leistungen, der in den Ausschreibungsunterlagen nicht geregelt war, stellte die Bundesbeschaffung GmbH auf Nachfrage eines Labors – nach Rücksprache mit dem Gesundheitsministerium – klar, dass die gesamten Kosten nach der Laboranalyse und Ergebnisübermittlung zu verrechnen waren. Dies umfasste somit auch die Herstellungskosten der Testkits.

Insbesondere ab Oktober 2021 nutzten alle Länder außer Niederösterreich die Rahmenvereinbarung in unterschiedlichem Umfang.

(3) Die Länder waren nicht verpflichtet, aus den Rahmenvereinbarungen der Bundesbeschaffung GmbH abzurufen. Mehrere Länder – u.a. Wien und Niederösterreich – führten selbst Ausschreibungen für PCR-Tests durch. Niederösterreich schrieb eine Rahmenvereinbarung in einem offenen Vergabeverfahren im Juni 2021 EU-weit aus und schloss im Oktober 2021 eine Rahmenvereinbarung mit einer Arbeitsgemeinschaft, die aus dem Labor B und drei weiteren Beteiligten bestand. Wien startete eine EU-weite Ausschreibung für eine Rahmenvereinbarung als Verhandlungsverfahren im November 2021 und schloss im Jänner 2022 zwei Rahmenvereinbarungen mit dem Labor A ab. Beide Länder begründeten diese Vorgehensweise damit, dass sie durch eigene Ausschreibungen die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung sowie die Kriterien für Qualität und Leistungsfähigkeit der Bieter selbst festlegen konnten. Das Gesundheitsministerium legte keine Mindestinhalte und Mindeststandards für die Ausschreibungen von Tests durch die Länder fest.

17.2 Der RH anerkannte, dass das Gesundheitsministerium und die Stadt Wien im Jahr 2020 die Durchführung eines offenen Vergabeverfahrens für eine Rahmenvereinbarung für PCR-Tests durch die Bundesbeschaffung GmbH initiierten und dieses zur Bündelung der Aufträge für PCR-Tests, zur Erhöhung der Testkapazitäten sowie

zur Senkung der Preise beitrug. Er wies darauf hin, dass eine Ausschreibung von Tests durch die Bundesbeschaffung GmbH auch zu einheitlicheren Testangeboten und zur Senkung des Ausfallsrisikos beitragen kann. Zur Abdeckung länderspezifischer Anforderungen kann hingegen eine Ausschreibung von Tests durch die Länder zweckmäßig sein.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, sich vor einer Ausschreibung – wie im Fall von PCR-Tests – mit den Ländern abzustimmen, ob eine Ausschreibung durch die Bundesbeschaffung GmbH oder länderspezifische Ausschreibungen zweckmäßiger sind, und dabei die in den bisherigen Ausschreibungen zu PCR-Tests gemachten Erfahrungen zu nutzen. Er empfahl dem Gesundheitsministerium weiters, für künftige Ausschreibungen Mindestinhalte und Mindeststandards von PCR-Tests vorzugeben.

PCR-Gurgeltests zur Eigenanwendung in Niederösterreich

Organisation des Automatenprojekts

- 18.1 (1) Niederösterreich initiierte im Juli 2021 ein Projekt mit dem Ziel, in Niederösterreich erstmals niederschwellig PCR-Testkits zur Eigenanwendung zur Verfügung zu stellen. Beteiligt waren ein Tankstellenbetreiber und das Labor B, mit dem das Land Niederösterreich seit Mai 2020 einen Vertrag zur Analyse von PCR-Tests hatte. Im September 2021 wurden an 23 Tankstellen in ganz Niederösterreich Ausgabeautomaten für PCR-Gurgeltestkits sowie Abgabeboxen für die Probenabholung aufgestellt.

Die Automaten waren trotz regelmäßiger Bestückung durch das Labor B innerhalb kurzer Zeit leer, die Rücklaufquote der ausgegebenen Proben betrug bei Bekanntgabe des Projektendes am 23. Oktober 2021 rd. 23 %. Aufgrund der geringen Rücklaufquote trotz hoher Testkit-Nachfrage stellte das Land Niederösterreich das Automatenprojekt mit 2. November 2021 – nach nur sechs Wochen – wieder ein und ließ die Abgabeboxen bis 15. November 2021 abbauen. Laut Angaben des Landes Niederösterreich wurden 328.580 Testkits an den Automaten ausgegeben. Die Testkits konnten im nachfolgenden Projekt „Niederösterreich gurgelt“ weiterverwendet werden; im Rahmen dieses Projekts wurden die Testkits an den Standorten des Handelskonzerns B ausgegeben und die Proben von dort abgeholt. Bis Ende März 2022 erhöhte sich die Rücklaufquote der an den Automaten ausgegebenen Testkits auf knapp 49 %.

(2) Das Land Niederösterreich konnte dem RH zum Automatenprojekt weder einen schriftlichen Vertrag mit dem Tankstellenbetreiber noch einen Screening-Antrag an das Gesundheitsministerium bzw. dessen Zustimmung zum Antrag vorlegen, obwohl das Land Niederösterreich das Projekt gegenüber dem Gesundheitsministerium als Programm gemäß § 5a Epidemiegesetz 1950 einstufte.

Das Land beglich die Projektkosten und verrechnete diese an das Gesundheitsministerium weiter. Das Gesundheitsministerium erstattete die Kosten, obwohl kein Screening-Antrag und keine Zustimmung des Ministeriums dafür vorlagen. Bis Ende 2021 fielen Zahlungen von 2,83 Mio. EUR an. Allerdings waren die Automaten für zwei Jahre angemietet, so dass bis August 2023 noch weitere Kosten von 10.890 EUR (exklusive Umsatzsteuer) pro Monat anfallen würden.

- 18.2 Der RH kritisierte, dass das Land Niederösterreich das Automatenprojekt ohne schriftlichen Vertrag und ohne Screening-Antrag an das Gesundheitsministerium umsetzte. Er kritisierte, dass das Gesundheitsministerium dem Land Niederösterreich die angefallenen Projektkosten dennoch erstattete, und verwies auf seine

Kritik in TZ 14, dass im Gesundheitsministerium unterschiedliche Organisationseinheiten die Anträge der Länder auf Durchführung von bevölkerungsweiten Tests und ihre Anträge auf Kostenerstattung bearbeiteten.

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich, bevölkerungsweite Testprogramme, wie die Testautomaten, künftig nur aufgrund von schriftlichen Verträgen durchzuführen und die gesetzlichen Vorgaben zur Durchführung und Abrechnung dieser Projekte einzuhalten.

Gegenüber dem Gesundheitsministerium wiederholte der RH seine Empfehlung aus TZ 14, die inhaltlichen und formellen Anforderungen eines Antrags auf Durchführung eines bevölkerungsweiten Tests festzulegen, wie insbesondere verpflichtend anzugebende Informationen über Art und Anzahl der Tests und voraussichtliche Kosten sowie die Fristen für die Antragstellung.

- 18.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums nehme es die Empfehlung zur Kenntnis, die Anforderungen eines Antrags auf Durchführung eines bevölkerungsweiten Tests festzulegen. Die Länder seien nicht verpflichtet gewesen, einen Screening–Antrag einzureichen. Ein Screening–Antrag sei nur für gewisse Screening–Programme erforderlich gewesen und habe der zusätzlichen Rechtssicherheit der Länder gedient.
- (2) Das Land Niederösterreich sagte in seiner Stellungnahme zu, die Empfehlung künftig zu berücksichtigen.

Organisation des Projekts Niederösterreich gurgelt in Kooperation mit einem Handelskonzern

- 19.1 (1) Niederösterreich rollte ab 25. Oktober 2021 schrittweise ein PCR–Gurgeltestsyst⁵⁴em zur Eigenanwendung in Kooperation mit dem Handelskonzern B aus. Vertragspartner war die aus der Ausschreibung hervorgegangene Arbeitsgemeinschaft rund um das Labor B (TZ 17).⁵⁴ Der Screening–Antrag des Landes Niederösterreich vom 22. Oktober 2021, dem das Gesundheitsministerium zustimmte, sah einen Vollbetrieb mit Testkit–Ausgabe an 120 Standorten sowie Probenabholung an allen Standorten des Handelskonzerns B spätestens ab 15. November 2021 vor.

Die Projektausrollung begann an sechs Standorten in den Stadtgemeinden Melk und Scheibbs. Ab Mitte November 2021 wurden die Proben an allen rd. 230 Standorten des Handelskonzerns B in Niederösterreich abgeholt; der geplante Ausbau der Testkit–Ausgabestandorte verschob sich auf Ende November 2021. Ab 12. Dezember 2021 gaben – über die ursprüngliche Planung hinausgehend – alle Standorte

⁵⁴ Dieses Labor übernahm ab Herbst 2021 PCR–Tests insbesondere auch für die PCR–Gurgeltestsyst⁵⁴eme Oberösterreich gurgelt und Salzburg gurgelt.

des Handelskonzerns B in Niederösterreich Testkits aus. Eine Probenabholung an Sonn- und Feiertagen wollte Niederösterreich ursprünglich nicht anbieten; es hielt diese nicht für notwendig, weil PCR-Testergebnisse 72 Stunden lang gültig waren. Das Land änderte seinen Plan und ließ ab der zweiten Dezemberhälfte 2021 Proben auch an Sonn- und Feiertagen an insgesamt 47 Standorten abholen.

Die in Packungen zu zehn Stück ausgegebenen Testkits bestanden u.a. aus einem leeren Probenbehälter, einem Plastikbeutel und QR-Code-Aufklebern. Für die Probenahme war Wasser zu verwenden. Die Haltbarkeit der Testkits war mit rund drei Jahren angegeben.

(2) Zu Beginn der Projektausrollung war die Anzahl der Testkits, die je Person ausgegeben wurden, unbeschränkt. Die Rücklaufquote der ausgegebenen Tests betrug bis 5. November 2021 1,6 %.⁵⁵ Da es dadurch an einzelnen Standorten zu Engpässen bei den Testkits kam, beschränkte Niederösterreich die Ausgabe ab Mitte November 2021 auf eine Zehnerpackung Testkits je Person in 14 Tagen. Außerdem richtete der Handelskonzern B gemeinsam mit dem Land Niederösterreich und dem Labor B temporär eine zusätzliche Produktionsstätte für die Testkits ein.

Niederösterreich hatte mit dem Labor B aus Kosten- und Effizienzgründen als Regelfall eine Pool-Analyse von je zehn Proben vereinbart. Dennoch waren die Laborkapazitäten vor allem im November 2021 und im Jänner 2022 immer wieder zur Gänze ausgelastet, weil Tests zu dieser Zeit vermehrt beansprucht wurden – u.a. wegen der Einführung der 3G-Regel am Arbeitsplatz – und weil die steigende Positivrate eine größere Anzahl an Einzelanalysen erforderte. Mitte November 2021 teilte das Labor B dem Land Niederösterreich mit, dass es aufgrund der hohen Positivrate die kommunizierte Zeit bis Ergebnisübermittlung nur bei negativen Pools einhalten könne und sich die Zeit bis Ergebnisübermittlung von Proben aus positiven Pools stark verlängere. Zusätzlich verzögerten im November 2021 Logistikschwierigkeiten die Ergebnisübermittlung.

Das Land Niederösterreich und das Labor B reagierten darauf folgendermaßen:

- Reduktion der Pool-Größe im November 2021 und Jänner 2022,
- Einführung von Wartezeiten im November 2021: 48 Stunden zwischen zwei Tests bzw. 21 Tage nach positivem Ergebnis,
- Probenabholung werktags dreimal statt zweimal täglich ab Dezember 2021,
- Bezug neuer Testkits erst nach dem Verbrauch bereits ausgegebener, um das Horten von Testkits zu unterbinden (ab März 2022).

⁵⁵ Das Labor B wertete den Rücklauf der an den Standorten des Handelskonzerns B ausgegebenen Testkits getrennt von den an den Automaten ausgegebenen Testkits aus.

Eine temporäre Probenauswertung durch andere Labore mit freien Kapazitäten war aufgrund der mangelnden Kompatibilität der Testsysteme nicht möglich.

(3) Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Verwendung der für das Projekt Niederösterreich gurgelt gelieferten Testkits:

Tabelle 6: Verwendung Testkits Niederösterreich gurgelt (Stand 29. März 2022)

Kennzahlen	Testkits	Anteil	
		am Liefervolumen	an ausgegebenen Testkits
	in Mio. Stück	in %	
Liefervolumen Testkits	10,21	100	–
<i>davon</i>			
<i>auf Lager</i>	4,51	44	–
<i>ausgegeben</i>	5,70	56	100
<i>davon</i>			
<i>ausgewertet</i>	1,76	17	31
<i>unbenutzt</i>	3,94	39	69

Quelle: Land Niederösterreich; Berechnung: RH

Von Ende Oktober 2021 bis Ende März 2022 lieferte das Labor B für Niederösterreich gurgelt 10,21 Mio. Testkits. Davon wurden 5,70 Mio. Testkits (56 %) an Nutzerinnen und Nutzer ausgegeben und davon wiederum 1,76 Mio. (31 %) verwendet und ausgewertet.

Somit waren rd. 83 % der insgesamt gelieferten Testkits Ende März 2022 unbenutzt, weil sie entweder noch nicht ausgegeben wurden und auf Lager waren (44 %) oder bereits ausgegeben, aber noch nicht verwendet wurden (39 %).

Die Rücklaufquote der ausgegebenen Testkits stieg im Zeitverlauf an. Nachfolgende Tabelle zeigt die Rücklaufquote der ausgegebenen Testkits und, soweit Daten vorhanden, die Rücklaufquote der gelieferten Testkits für drei Stichtage – jeweils ab Programmstart Ende Oktober 2021:⁵⁶

Tabelle 7: Rücklaufquote von Niederösterreich gurgelt für ausgewählte Zeiträume

Auswertungstichtag	betrachteter Zeitraum ab Programmstart (Ende Oktober 2021)	Rücklaufquote der	
		ausgegebenen Testkits	gelieferten Testkits
		in %	
24. November 2021	1 Monat	4	— ¹
25. Jänner 2022	3 Monate	21	— ¹
29. März 2022	5 Monate	31	17

¹ Die Anzahl der gelieferten und der im Lager befindlichen Testkits war zum Auswertungstichtag nicht schriftlich dokumentiert.

Quelle: Land Niederösterreich; Berechnung: RH

Die Rücklaufquote der ausgegebenen Testkits betrug rund einen Monat nach Beginn der Ausrollung 4 % und rund vier Monate später 31 %.

19.2 Der RH hielt fest, dass das Land Niederösterreich während der Projektausrollung den Zeitplan und die Anzahl der Standorte für das Projekt Niederösterreich gurgelt mehrfach änderte und dass es rund zwei Wochen länger als geplant benötigte, um die vorgesehene Anzahl von Testkit-Ausgabestellen einzurichten. Er führte dies darauf zurück, dass sich die Rahmenbedingungen änderten und das Projekt unter hohem Zeitdruck durchgeführt wurde.

Der RH verwies darauf, dass es in Niederösterreich zu Projektbeginn Testkit-Engpässe gab und dass Schwierigkeiten bei der Logistik und der Analyse der PCR-Tests die Ergebnisübermittlung verzögerten. Er hielt fest, dass das Land Niederösterreich und das Labor B verschiedene Maßnahmen setzten, um die Schwierigkeiten zu beheben. Positiv wertete der RH die Limitierung der Testkit-Ausgabe je Person und die Beschränkung, dass weitere Testkits erst dann bezogen werden konnten, wenn zuvor erhaltene Testkits nachweislich verbraucht worden waren. Angesichts der Rücklaufquote von 31 % und des Anteils von 83 % ungenutzter Testkits (an den gesamt gelieferten; Stand 29. März 2022) wies der RH aber kritisch auf die späte Einführung dieser Maßnahme erst ab März 2022 hin.

⁵⁶ Die bis Anfang November 2021 aus Automaten ausgegebenen Testkits sind nicht berücksichtigt.

Monitoring

- 20.1 (1) Das Labor B informierte das Land Niederösterreich vereinbarungsgemäß täglich über die Anzahl der positiven und negativen Testergebnisse. Andere Kennzahlen, wie etwa die Anzahl der ausgegebenen Testkits und die Rücklaufquote, erhielt das Land Niederösterreich vom Labor B und vom Handelskonzern B bis Ende November 2021 unregelmäßig und in nicht standardisierter Form.

Das Land Niederösterreich hatte mit dem Auftragnehmer eine Analysezeit von längstens zwölf Stunden von Laboreingang bis Ergebnisübermittlung vereinbart. Den Nutzerinnen und Nutzern kommunizierte Niederösterreich, dass das Testergebnis in der Regel binnen 24 Stunden ab Probenahme übermittelt werde. Für das Monitoring zog das Labor B diese beiden Fristen heran, berichtete dem Land Niederösterreich die Ergebnisse jedoch nicht regelmäßig. Für November 2021 konnte das Land Niederösterreich dem RH z.B. nur die Ergebnisse für zwei Tage vorlegen. Zudem berücksichtigte das Labor B dabei nur die am Vormittag abgeholten Proben.

(2) Ab Ende November 2021 stimmten sich das Labor B, der Handelskonzern B und die Länder Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg als Auftraggeber im Rahmen regelmäßiger, meist wöchentlicher Treffen ab. Das Labor B bereitete dafür schriftliche Unterlagen, wie Kennzahlenübersichten und Grafiken, mit folgenden wesentlichen Angaben vor:

- Anzahl der pro Tag ausgegebenen Testkits der jeweils letzten 14 Tage,
- Anzahl der insgesamt ausgegebenen Testkits und der ausgewerteten Proben inklusive Berechnung des Rücklaufs (ab März 2022 waren mangels Aktualisierung der Unterlagen teilweise unrichtige Zahlen dargestellt),
- für ausgewählte Tage oder Zeiträume die durchschnittliche Zeit zwischen Probenahme bzw. Laboreingang und Ergebnisübermittlung sowie den Anteil der nicht innerhalb der kommunizierten Frist übermittelten Ergebnisse,
- eine Übersicht über die häufigsten Kundenanfragen sowie
- Angaben zu Pool-Größe und Schwierigkeiten bzw. Verbesserungen bei Logistik, IT und Laborkapazität.

Auswertungen zum Nutzerverhalten, z.B. zur individuellen Testfrequenz, waren nicht in den Sitzungsunterlagen dargestellt; die Zahl der gelieferten Testkits und der Lagerbestand erst ab März 2022. Das Land Niederösterreich konnte dem RH zu diesen Sitzungen keine Protokolle mit einer Dokumentation allenfalls getroffener Entscheidungen vorlegen.

(3) Da das Labor B die genannten Analysen nur unregelmäßig durchführte, war eine verlässliche Aussage über die Entwicklung der Zeitspanne bis zur Ergebnisübermittlung nicht möglich. Die verfügbaren Daten deuteten darauf hin, dass der Anteil der

nicht fristgerecht übermittelten Ergebnisse von 9,5 % im November 2021 auf unter 2 % bis Ende des Jahres sank und zu Beginn des Jahres 2022 wieder deutlich anstieg.

- 20.2 (1) Der RH hielt kritisch fest, dass das Labor B dem Land Niederösterreich bis Ende November 2021 unregelmäßig und in nicht standardisierter Form über wesentliche Kennzahlen berichtete. Das Land stimmte sich zwar ab Ende November 2021 im Rahmen von regelmäßigen, meist wöchentlichen Treffen mit dem Labor B und dem Handelskonzern B ab. Der RH hielt jedoch kritisch fest, dass darüber keine Ergebnisdokumentation vorlag und die vom Land Niederösterreich bereitgestellten Sitzungsunterlagen Auswertungen über die Zeit bis zur Ergebnisübermittlung nur für ausgewählte Tage oder Zeiträume enthielten. Dies ermöglichte keine Aussage über die Entwicklung im Zeitverlauf. Darüber hinaus waren weder Auswertungen zur individuellen Testhäufigkeit noch – bis März 2022 – Angaben zur Anzahl der gelieferten bzw. gelagerten Testkits dokumentiert.

Bei einem Projekt mit laufendem Anpassungsbedarf – aufgrund von Änderungen der epidemiologischen Lage sowie der rechtlichen und tatsächlichen Rahmenbedingungen – waren ein laufendes Monitoring sowie Informationen zur Qualität und Leistung in den Bereichen Logistik, Laboranalyse und Kundenkommunikation nach Ansicht des RH wesentliche Voraussetzungen für die Projektsteuerung und -kontrolle.

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich, für bevölkerungswerte Tests ein regelmäßiges Monitoring der wesentlichen Kennzahlen und Leistungsdaten aufzubauen, um über die Grundlagen für die Steuerung und Weiterentwicklung des Projekts zu verfügen.

- (2) Der RH hielt kritisch fest, dass das Land Niederösterreich den Nutzerinnen und Nutzern die Übermittlung der Testergebnisse innerhalb von 24 Stunden ab Probenahme zusagte. Da der genaue Zeitpunkt der Probenahme – und damit die Zeitspanne von der Probenahme bis zur Abholung der Proben – durch die testende Person bestimmt wurde, sah der RH eine Zeitangabe bis zur Ergebnisübermittlung ab dem kommunizierten Abholzeitpunkt der Proben als geeigneter an.

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich, für die Auswertungen der Zeit bis zur Testergebnisübermittlung als Beginn – neben der Probenahme und dem Laboreingang – insbesondere den vereinbarten Zeitpunkt der Probenabholung heranzuziehen.

- 20.3 Das Land Niederösterreich teilte in seiner Stellungnahme mit, dass für das Projekt Niederösterreich gurgelt stets die wesentlichen Kennzahlen und Leistungsdaten vorhanden gewesen seien. Lediglich in den ersten vier Wochen des Projekts seien die Zahlen der ausgegebenen und produzierten Testkits nicht immer aktuell verfü-

bar gewesen, weil diese aufgrund der starken Nachfrage an einigen externen Standorten produziert worden seien und dadurch kein tagesaktueller Gesamtüberblick gegeben gewesen sei.

Die Empfehlung, für die Auswertungen der Zeit bis zur Testergebnisübermittlung als Beginn insbesondere den vereinbarten Zeitpunkt der Probenabholung heranzuziehen, werde das Land Niederösterreich im Sinne von Lessons Learned bei der Überarbeitung des Pandemiemanagements beachten. Trotz des für die Behörde nachteilig gewählten Beginnzeitpunkts sei die der Probandin bzw. dem Probanden zugesagte Zeit von 24 Stunden nahezu immer eingehalten worden. Habe diese Frist nicht eingehalten werden können, hätte ein Fristbeginn ab Probenabholung daran nichts geändert, da in diesen Fällen die Probandinnen und Probanden großteils auf die Auslösung des Fristenlaufs vergessen hätten oder die Proben aus verschiedensten Gründen nicht zuordenbar gewesen seien.

Abrechnung der Leistungen

21.1 (1) Das Land Niederösterreich gab dem RH gegenüber an, dass Teile der Rechnungen des Labors B unklar und darin verwendete Angaben zum Teil nicht mehr aktuell waren und dass die Prüfung der sachlichen Richtigkeit teilweise zeitaufwändige Rückfragen beim Labor B notwendig machte. Es übermittelte einen Fragenkatalog an das Labor B, um Angaben in den Abrechnungen sowie Fragen zu Preisen und der Preisentwicklung zu klären.

(2) Das Land Niederösterreich und das Labor B vereinbarten mit Abschluss der Rahmenvereinbarung im Oktober 2021 einen Preis von 3 EUR pro geliefertem Testkit. Dieser enthielt neben den Herstellungskosten des Testkits auch einen Teil der Kosten für die Analyse der Probe im Zehner-Pool; der Rest der Kosten für die Analyse im Zehner-Pool von 2,63 EUR war erst nach durchgeführter Analyse fällig. Gesondert zu bezahlen waren die PCR-Einzelanalysen und die Transportleistungen.⁵⁷

Davon abweichend vereinbarte das Land Niederösterreich Mitte November 2021 – im Zuge der Schwierigkeiten bei der Testkit-Ausgabe und den Laborkapazitäten – mündlich mit dem Labor B, dass dieses bei Lieferung der Testkits nur die Herstellungskosten der Testkits verrechnete und das Land somit für unbenutzte Testkits keine Analysekosten trug. Die Rechnungen des Labors B führten zwar die Herstellungskosten für die gelieferten Testkits an, enthielten aber dazu keine Mengenangabe, so dass der Stückpreis aus ihnen nicht hervorging.

⁵⁷ Der RH sah davon ab, die Preisgestaltung und Kosten des Projekts Niederösterreich gurgelt in der Gesamtheit darzustellen, weil das Testsystem zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Sommer 2022 aufrecht war und somit laufend Kosten entstanden. Eine Vergleichbarkeit der dargestellten Preise mit den Preisen von Alles gurgelt! in Wien war aufgrund der unterschiedlichen Preisbestandteile nicht möglich.

- 21.2 (1) Der RH hielt fest, dass die Inhalte der Rechnungen des Labors B teilweise unklar waren, weil z.B. die Anzahl der gekauften Testkits daraus nicht ersichtlich war und einige in den Rechnungen verwendete Angaben nicht klar definiert bzw. nicht mehr aktuell waren. Er wies darauf hin, dass das Land Niederösterreich an das Labor B herantrat und offene Fragen zu den Abrechnungen und zur Preisgestaltung schriftlich beantworten ließ.

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich, bei seinem PCR-Gurgeltestsystem zur Eigenanwendung vom Auftragnehmer nachvollziehbare und verständliche Rechnungen einzufordern.

(2) Der RH anerkannte, dass das Land Niederösterreich in Anbetracht der anfänglichen Schwierigkeiten mit Testkit-Auslieferung und Laborkapazität mit dem Labor B im November 2021 vereinbarte, im Lieferpreis pro Testkit den vereinbarten Preisannteil für die gepoolte Laboranalyse nicht zu verrechnen, wodurch das Land für nicht verwendete Testkits nur die Herstellungskosten trug. Der RH kritisierte jedoch, dass diese Änderung der Vertragskonditionen nur mündlich vorlag.

Der RH empfahl dem Land Niederösterreich, Vertragsänderungen beim PCR-Gurgeltestsystem zur Eigenanwendung künftig aus Gründen der Nachvollziehbarkeit und Rechtssicherheit in Schriftform vorzunehmen.

- 21.3 Das Land Niederösterreich teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es die empfohlene Einforderung nachvollziehbarer und verständlicher Rechnungen bereits umgesetzt habe. Die Umsetzung der Empfehlung, Vertragsänderungen in Schriftform vorzunehmen, sagte das Land Niederösterreich zu.

PCR-Gurgeltests zur Eigenanwendung in Wien

Organisation

- 22.1 (1) Wien startete sein bevölkerungsweites Testangebot mit PCR-Tests zur Eigenanwendung – als erstes Land – Ende Jänner 2021 mit einem auf bestimmte Personengruppen beschränkten Pilotprojekt und rollte es Ende März 2021 stadtweit aus, nachdem es zuvor die erforderliche Zustimmung des Gesundheitsministeriums eingeholt hatte.

Auftragnehmer für Alles gurgelt! war – basierend auf der Ausschreibung der Bundesbeschaffung GmbH von Herbst 2020 – das Labor A. Als Generalunternehmer beauftragte es Subunternehmer für Testkit-Herstellung, Logistik, Anmeldeplattform, Projektmanagement und Kommunikation. Bei der Ausrollung am 26. März 2021 war die Testkit-Ausgabe in über 150 Filialen einer Drogeriekette in Wien, die Probenabgabe an allen über 620 Wiener Standorten des Handelskonzerns A, zu dem auch die Drogeriekette gehörte, und die Abgabe an Sonn- und Feiertagen in den Tankstellenshops des Handelskonzerns möglich. Aus Kosten- und Effizienzgründen war als Regelfall eine Pool-Analyse von zehn Proben vereinbart.

Jedes Testkit war einzeln in einem Faltkarton verpackt. Es enthielt eine Salzlösung, ein Proberöhrchen mit einer Pufferlösung und einen Plastikbeutel. Ein Testkit war zwölf Monate lang verwendbar⁵⁸, wobei der begrenzende Faktor die eingeschränkte Haltbarkeit der Pufferlösung war.

Wien beschränkte die Anzahl an Testkits, die eine Person in den Filialen der Drogeriekette beziehen konnte, bei der Ausrollung Ende März 2021 auf vier und ab Juli 2021 auf acht Testkits pro Woche.⁵⁹ Bei Auffälligkeiten (z.B. Bezug von Testkits für viele andere Personen) kontaktierte Wien die betroffene Person. Der Bezug von Testkits setzte nicht den Verbrauch zuvor bezogener Testkits voraus, auch eine Wartezeit für die Durchführung aufeinanderfolgender Tests war nicht vorgesehen.

⁵⁸ Für Testkits mit Haltbarkeitsdatum bis 31. Jänner 2023 galten ursprünglich neun Monate, nach Durchführung von Studien durch den Hersteller durften die Proberöhrchen drei zusätzliche Monate verwendet werden.

⁵⁹ fünf Testkits pro Monat ab April 2022

(2) Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Verwendung der für Alles gurgelt! gelieferten Testkits:

Tabelle 8: Verwendung Testkits Alles gurgelt! in Wien (Stand 27. März 2022)

Kennzahlen	Testkits	Anteil		
		am Liefer- volumen	an ausgegebenen Testkits	an unbenutzten Testkits
	in Mio. Stück	in %		
Liefervolumen Testkits ¹	65,44	100	–	–
<i>davon</i>				
<i>auf Lager</i>	11,55	18	–	–
<i>ausgegeben</i>	53,90	82	100	–
<i>davon</i>				
<i>ausgewertet</i>	34,34	52	64	–
<i>unbenutzt</i>	19,55	30	36	100
<i>davon</i>				
<i>verworfen (Schätzung)</i>	4,04	6	7	21

¹ inkludiert sowohl die bevölkerungsweiten Tests als auch die behördlichen Tests im Rahmen von Alles gurgelt!

Quelle: Stadt Wien; Berechnung: RH

Von Ende Jänner 2021 bis Ende März 2022 lieferte das Labor A für Alles gurgelt! 65,44 Mio. Testkits. Davon wurden 53,90 Mio. Testkits (82 %) ausgegeben und davon wiederum 34,34 Mio. Proben (64 %) im Labor analysiert.

Knapp die Hälfte (48 %) der insgesamt gelieferten Testkits war Ende März 2022 unbenutzt, weil sie entweder noch nicht ausgegeben wurden und auf Lager waren (18 %) oder bereits ausgegeben, aber noch nicht benutzt wurden (30 %). Wien schätzte, dass von den bis Ende März 2022 ausgegebenen Testkits jedenfalls 4,04 Mio. Testkits (7 %) nicht auswertbar waren, weil entweder das Haltbarkeitsdatum überschritten war oder der Testprozess in der IT-unterstützten Anwendung zwar begonnen, aber keine Probe abgegeben wurde.

Die Rücklaufquote der ausgegebenen Testkits stieg im Zeitverlauf an, ebenso wie die Rücklaufquote der vom Labor A gelieferten Testkits. Die folgende Tabelle stellt die Rücklaufquoten für vier Stichtage dar, jeweils ab Programmstart Ende Jänner 2021:

Tabelle 9: Rücklaufquote von Alles gurgelt! in Wien für ausgewählte Zeiträume

Auswertungstichtag ¹	betrachteter Zeitraum ab Programmstart (Ende Jänner 2021)	Rücklaufquote der	
		ausgegebenen Testkits	gelieferten Testkits
		in %	
28. Februar 2021	1 Monat	23	11
25. April 2021	3 Monate	33	13
27. Juni 2021	5 Monate	41	19
27. März 2022	14 Monate	64	52

¹ aufgrund der Datenverfügbarkeit jeweils zum Ende einer Kalenderwoche

Quelle: Stadt Wien;
Berechnung: RH

Die Rücklaufquote der ausgegebenen Testkits betrug rund einen Monat nach Beginn des Pilotprojekts 23 % und rund zwei Monate später 33 %; sie stieg bis 27. März 2022 auf 64 %.

(3) Um den Anteil der tatsächlich verwendeten Testkits zu erhöhen, setzte die Stadt Wien u.a. folgende Maßnahmen:

- Sie ersuchte das Labor A bei den wöchentlichen Koordinationstreffen, vorrangig Testkits mit zeitnahe Ablaufdatum in Umlauf zu bringen, um das Überschreiten der Haltbarkeitsdauer unbenutzter Testkits zu vermeiden.
- Sie wirkte darauf hin, die Verwendbarkeit des Testkits von neun Monaten auf zwölf Monate zu verlängern.
- Sie forcierte die Testkit-Ausgabe an Organisationen im zweiten Halbjahr 2021 nicht mehr, um die Zwischenlagerung außerhalb der Logistik von Alles gurgelt! zu verringern.
- Sie führte bei den Tests an Schulen ab Anfang 2022 Inventuren für dort ausgegebene Testkits ein.

22.2 (1) Der RH hielt fest, dass die Stadt Wien mit Alles gurgelt! als erstes Land bereits ab Ende Jänner 2021 ein bevölkerungsweites Testangebot für PCR-Tests zur Eigenanwendung aufbaute. Ab der stadtweiten Projektausrollung ab Ende März 2021 stand ein dichtes Netz an Testkit-Ausgabe- und Probenabholungsstellen – auch für die Abholung an Sonn- und Feiertagen – zur Verfügung. Das Testsystem war großzügig gestaltet und kostenintensiv, weil es die Testanzahl je Person im Wesentlichen nicht beschränkte. Dass die Stadt Wien diesbezüglich keine Vorkehrungen traf – etwa

durch Festlegung einer Wartezeit zwischen zwei Tests ein und derselben Person – sah der RH kritisch, weil dadurch die Durchführung epidemiologisch und medizinisch redundanter Tests, auch mehrmals täglich, nicht ausgeschlossen war.

Der RH empfahl der Stadt Wien, die Durchführung epidemiologisch und medizinisch redundanter Tests durch Einschränkung der individuellen Testfrequenz zu unterbinden.

(2) Der RH wies darauf hin, dass zwar die Rücklaufquote der ausgegebenen Testkits im Zeitverlauf anstieg, per Ende März 2022 jedoch noch mehr als ein Drittel der ausgegebenen Testkits unbenutzt war. Wien ging damals von einer Verwurfsrate – u.a. wegen der begrenzten Haltbarkeit der Testkits – von rd. 7 % der ausgegebenen Testkits aus. Vor dem Hintergrund, dass Wien bereits bei Lieferung der Testkits einen Preis bezahlte, der neben den Herstellungskosten der Testkits auch einen Teil der Kosten des Testprogramms abdeckte (TZ 24), erachtete der RH weitere Maßnahmen für geboten, um die tatsächliche Verwendung der Testkits sicherzustellen.

Der RH empfahl der Stadt Wien, bei zukünftigen bevölkerungsweiten Tests sicherzustellen, dass eine möglichst große Anzahl der angekauften Testkits tatsächlich verwendet wird. Dafür wäre z.B. der Testkit-Bezug an den Verbrauch zuvor bezogener Testkits zu binden. Die Stadt Wien sollte zudem erwägen, Testkits mit längerer Haltbarkeit einzusetzen.

- 22.3 Die Stadt Wien teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass eine Einschränkung der Testfrequenz über weite Strecken des überprüften Zeitraums nicht sinnvoll gewesen sei, weil der Zugang zu vielen Bereichen und die 3G-Regeln Tests vorausgesetzt hätten. Die Stadt Wien habe jeder Person ermöglichen wollen, jeweils ein aktuelles Testergebnis vorlegen zu können – auch für den Fall, dass einmal ein Test nicht auswertbar gewesen sei. Wien habe die Freitestmöglichkeiten – im Unterschied zu anderen Ländern, in denen dies aus Ressourcengründen zum Teil notwendig geworden sei – nicht eingeschränkt, um das Personal so früh wie möglich aus der Absonderung entlassen zu können und damit das wirtschaftliche Leben zu fördern. Inzwischen habe der Bund im Rahmen der COVID-19-Screening-Verordnung die Tests beschränkt. Die dafür notwendige IT-technische Beschränkung habe Wien rasch umgesetzt.

Die empfohlene tatsächliche Verwendung einer möglichst großen Anzahl der angekauften Testkits habe die Stadt Wien zum Teil bereits umgesetzt: Die Haltbarkeit der Testkits sei durch eine Adaptierung weiter erhöht, die Bezugsmenge pro Person und Monat weiter eingeschränkt worden. Darüber hinausgehende Einschränkungen, die eine Weitergabe der Testkits z.B. innerhalb der Familie verhindern, habe Wien nicht umgesetzt, da sich diese negativ auf die beiden anderen vom RH genannten Erfolgs-

faktoren „niederschwelliger Zugang“ und „geringe Verwurfsrate von Testkits“ auswirken würden.

- 22.4 Der RH verblieb gegenüber der Stadt Wien bei seiner Feststellung, dass ihr Testangebot großzügig und kostenintensiv war (**TZ 6**). Auch wenn es sinnvoll war, Personen möglichst früh aus ihrer Absonderung zu entlassen, hielt der RH die Durchführung möglicherweise epidemiologisch und medizinisch redundanter Tests angesichts hoher Kosten für nicht zweckmäßig; dies galt insbesondere für Mehrfachtests, falls in Einzelfällen Tests nicht auswertbar waren.

Monitoring

- 23.1 (1) Die im November 2020 abgeschlossene Rahmenvereinbarung sah die Ergebnisübermittlung längstens binnen 24 Stunden nach Laboreingang vor. Wien kommunizierte den Nutzerinnen und Nutzern von Alles gurgelt!, dass sie das Testergebnis binnen 24 Stunden nach Probenabholung (werktags zweimal täglich um 9 Uhr und um 14 Uhr) erhalten würden. Diese Frist habe das Labor A nach Auskunft Wiens im Zeitraum April 2021 bis Jänner 2022 stets in mehr als 99 % der Fälle eingehalten, im Durchschnitt dieser Monate in 99,8 % der Fälle.

(2) Der medizinische Krisenstab der Stadt Wien legte in seinen Sitzungen das Liefervolumen der Testkits für die folgenden Wochen fest, um flexibel auf die Nachfrage reagieren zu können. Er berücksichtigte dabei insbesondere die Entwicklung der epidemiologischen und rechtlichen Rahmenbedingungen; erschwerend wirkte u.a., dass das Gesundheitsministerium eine allfällige Kostenpflicht für Tests im Sommer 2021 diskutierte, aber nicht darüber entschied.

(3) Das Labor A berichtete der Stadt Wien regelmäßig über die Entwicklung wesentlicher Kennzahlen zu Alles gurgelt!, etwa die Anzahl der bestellten, gelieferten, gelagerten und ausgegebenen Testkits, die Anzahl der ausgewerteten Proben, die Positivrate sowie die durchschnittliche Zeit bis zur Ergebnisübermittlung. Die von Labor A und dessen Subunternehmer aufbereiteten Kennzahlenberichte wurden im Rahmen wöchentlicher Koordinationstreffen besprochen und die Besprechungsinhalte – darunter allfällige Maßnahmen zur Fehlerbehebung und zum Beschwerdemanagement – protokolliert. Das Nutzerverhalten (z.B. Häufigkeit der Tests) wertete das Labor A ab September 2021 aus.

- 23.2 (1) Der RH hielt fest, dass die zeitnahe Übermittlung des Testergebnisses für den Nutzen von Tests essenziell war. Deshalb anerkannte er, dass die Stadt Wien und das Labor A eine raschere Ergebnisübermittlung ermöglichten, als sie vertraglich vereinbart hatten.

(2) Der RH anerkannte weiters, dass Wien eine umfangreiche regelmäßige Berichterstattung über die Leistungsfähigkeit und das Fehlermanagement des Labors A und dessen Subunternehmer vorsah und sich im Rahmen regelmäßiger Treffen eng mit diesen abstimmte. Er vertrat die Ansicht, dass ein begleitendes Monitoring der Prozesse zweckmäßig war, um die Weiterentwicklung des Testsystems anhand der sich ändernden Rahmenbedingungen sicherzustellen.

Abrechnung der Leistungen

- 24.1 Die Stadt Wien und das Labor A vereinbarten für Alles gurgelt! eine geteilte Verrechnung: Bereits bei Lieferung der Testkits war ein Entgelt zu bezahlen, das über die Herstellungskosten hinausging. Dies war laut Labor A erforderlich, „um die Finanzierung der erheblichen Vorleistungen und Logistikaufwände zu ermöglichen“. Im Zeitraum Mitte Februar 2021 bis Jänner 2022 betrug das bei Lieferung fällige Entgelt zwischen 3,93 EUR und 7,70 EUR, im Durchschnitt rd. 5 EUR je Testkit. Nach erfolgter Laboranalyse und Übermittlung des Testergebnisses verrechnete der Auftragnehmer den Rest des vereinbarten Preises pro Probe (zwischen 0,60 EUR und 1,18 EUR). Gesondert zu bezahlen waren insbesondere die erforderlichen PCR-Einzelanalysen sowie Mutationsanalysen.⁶⁰
- 24.2 Der RH hielt fest, dass bereits bei der Lieferung der Testkits – und unabhängig von ihrer tatsächlichen Verwendung – ein Entgelt fällig war, das über die Herstellungskosten der Testkits hinausging und auch einen Teil der Kosten des Testprogramms, z.B. der Logistik, abdeckte.

Der RH wiederholte seine Empfehlung an die Stadt Wien (TZ 22), sicherzustellen, dass eine möglichst große Anzahl der angekauften Testkits tatsächlich verwendet wird. Dafür wäre z.B. der Testkit-Bezug an den Verbrauch zuvor bezogener Testkits zu binden.

- 24.3 Die Stadt Wien verwies in ihrer Stellungnahme darauf, dass sie die empfohlene tatsächliche Verwendung einer möglichst großen Anzahl der angekauften Testkits zum Teil bereits umgesetzt habe: Die Haltbarkeit der Testkits sei durch eine Adaptierung weiter erhöht worden. Die Bezugsmenge pro Person und Monat sei weiter eingeschränkt worden. Darüber hinausgehende Einschränkungen, die eine Weitergabe der Testkits z.B. innerhalb der Familie verhindern, habe Wien nicht umgesetzt, da sich diese negativ auf die beiden anderen vom RH genannten Erfolgsfaktoren „niederschwelliger Zugang“ und „geringe Verwurfsrate von Testkits“ auswirken würden.

⁶⁰ Der RH sah davon ab, die Preisgestaltung und Kosten von Alles gurgelt! in der Gesamtheit darzustellen, weil das Testsystem zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Sommer 2022 aufrecht war und somit laufend weitere Kosten entstanden. Eine Vergleichbarkeit der dargestellten Preise mit den Preisen des Projekts Niederösterreich gurgelt war aufgrund der unterschiedlichen Preisbestandteile nicht möglich.

Fazit: Bevölkerungswerte PCR-Tests zur Eigenanwendung in Niederösterreich und Wien

25.1 Die Erhebungen des RH ergaben, dass zahlreiche Unterschiede zwischen den Testsystemen Niederösterreichs und Wiens bestanden und dass beide Länder nach der Ausrollung ihre Testsysteme anpassten, um auf Probleme zu reagieren und die Funktionsfähigkeit unter sich ändernden Rahmenbedingungen zu erhalten bzw. zu verbessern.

Zusammenfassend betrachtet waren für die Gestaltung eines effektiven und effizienten PCR-Testsystems zur Eigenanwendung die in der folgenden Tabelle dargestellten Erfolgsfaktoren zu erkennen:

Tabelle 10: Erfolgsfaktoren von Testsystemen mit PCR-Tests zur Eigenanwendung

Erfolgsfaktor	Umsetzung
niederschwelliger Zugang	Ein hinreichend engmaschiges Netz an gut erreichbaren Ausgabe- und Abholstationen steht zur Verfügung.
hohe Verlässlichkeit	Die Übermittlung des Testergebnisses an die getestete Person erfolgt innerhalb des vorab definierten und kommunizierten Zeitraums ab Probenabholung.
geringe Verwurfsrate von Testkits	Die Zahl der Testkits, die pro Person ausgegeben werden, ist innerhalb eines bestimmten Zeitraums limitiert. Der Testkit-Bezug setzt den Verbrauch zuvor erhaltener Testkits voraus. Testkits sind möglichst lange haltbar.
Vermeidung epidemiologisch und medizinisch redundanter Tests	Es gilt eine definierte Wartezeit zwischen zwei Tests bzw. eine maximale Testfrequenz pro Person (abhängig vom Testergebnis).
klare und transparente Vertragsgestaltung	Neben der nachvollziehbaren Festlegung des Leistungsgegenstands (Lieferung der Testkits, labordiagnostische Analyse der Proben, Logistik, IT) sind Zeitpunkt und Inhalt von (Teil-)Rechnungen zu vereinbaren.
Steuerungsmöglichkeiten (Monitoring und Controlling)	Das laufende Monitoring der Prozesse anhand wesentlicher Kennzahlen sowie die enge Abstimmung zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer stellen die Anpassungsfähigkeit des Systems an die jeweiligen Rahmenbedingungen sicher.

Quelle: RH

25.2 Der RH hielt fest, dass Niederösterreich und Wien ihre PCR-Gurgeltestsysteme unterschiedlich ausgestalteten. Er anerkannte, dass beide Länder Maßnahmen setzten, um ihre Testangebote zu verbessern bzw. an sich ändernde Rahmenbedingungen anzupassen. Der RH verwies auf seine Würdigungen und Empfehlungen in TZ 18 bis TZ 21 (Niederösterreich) sowie TZ 22 bis TZ 24 (Wien).

Der RH hielt kritisch fest, dass das Gesundheitsministerium die Ausgestaltung der Testsysteme den Ländern überließ und beispielsweise keine verbindlichen Vorgaben im Hinblick auf die genannten Erfolgsfaktoren festlegte, obwohl es die für die Testsysteme anfallenden Kosten zum überwiegenden Teil trug.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern und anhand der bisher gewonnenen Erkenntnisse verbindliche Vorgaben für PCR-Gurgeltestsysteme zur Eigenanwendung zu definieren. Deren Berücksichtigung sollte Bedingung für eine Übernahme der Testkosten durch den Bund sein.

Lessons Learned

26 (1) Gute Entscheidungen brauchen fundierte strategische Grundlagen

Österreich setzte im internationalen Vergleich sehr stark auf Tests und wurde medial mitunter als „Testweltmeister“ bezeichnet. So habe Österreich nach Daten des ECDC pro Kopf mehr als 16-mal so viel getestet wie Deutschland. Dies lag vor allem daran, dass asymptomatische Personen in Österreich erstmals mit dem Massentest Ende 2020 und mit den bevölkerungsweiten Tests ab Anfang 2021 dauerhaft ein niederschwelliges Testangebot kostenfrei nutzen konnten, das von Ländern, Apotheken und dem niedergelassenen Bereich bereitgestellt wurde. Darüber hinaus führte das Bildungsministerium Tests in Schulen durch und das Tourismusministerium sowie das Wirtschaftsministerium förderten Tests für Beschäftigte im Tourismus und für Betriebe. (TZ 8, TZ 12)

Sowohl gegenüber dem Massentest als auch gegenüber den darauffolgenden bevölkerungsweiten Tests gab es fachliche Bedenken des zuständigen Gesundheitsministeriums und seines Beraterstabs. Aufgrund dieser Bedenken war die ursprüngliche Teststrategie (August 2020) auf zielgerichtetes und risikoorientiertes Testen ausgerichtet. Daher waren im zuständigen Gesundheitsministerium bei der Einführung der bevölkerungsweiten Tests auch keine fundierten strategischen Grundlagen – in Form von konkreten Zielen, Indikatoren und Ergebnissen zur (Wirkungs-)Messung im Rahmen eines Monitorings – vorhanden. Dies änderte sich auch bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung nicht. Die Einführung der bevölkerungsweiten Tests basierte auf einer politischen Einigung der Bundesregierung und der Länder im Jänner 2021, einer Entschließung des Nationalrats sowie auf Novellen des Sozialversicherungsrechts, die ein zusätzliches Testangebot in Apotheken und im niedergelassenen Bereich ermöglichten. (TZ 5, TZ 7)

Der Entscheidung für das breite Testangebot kam angesichts der hohen Kosten eine große Tragweite zu: Sie betrug rd. 3 Mrd. EUR bis Ende 2021, rd. 4 Mrd. EUR bis zum 30. Juni 2022 und mindestens 5,2 Mrd. EUR bis Ende 2022 – davon machten die bevölkerungsweiten Tests mit rd. 58 % der Kosten den höchsten Anteil aus. Dennoch trafen die Bundesregierung und die Länder diese Entscheidung ohne strategische Grundlage und entsprechende Vorbereitung des Gesundheitsministeriums. (TZ 12)

(2) Fehlende Vorgaben und Abstimmung erschweren Steuerung der Angebote

Die bevölkerungsweiten Tests standen den Österreicherinnen und Österreichern – bis auf eine Begrenzung bei kostenfreien Tests in Apotheken – im Wesentlichen über ein Jahr lang uneingeschränkt zur Verfügung; weder war eine maximale Testhäufigkeit vorgegeben noch waren die Angebote zwischen den Anbietern abgestimmt. (TZ 10)

Das Gesundheitsministerium nahm auf die Ausgestaltung der Testangebote in den Ländern keinen Einfluss – etwa durch die Festlegung von verbindlichen Vorgaben z.B. für Standorte oder Öffnungszeiten –, obwohl es Maßnahmen des Pandemiemanagements zu leiten, zu steuern und zu koordinieren sowie die Kosten für die Tests zu tragen hatte. Damit überließ das Gesundheitsministerium eine etwaige Beschränkung den Ländern, die dies in der Praxis unterschiedlich umsetzten. (TZ 2, TZ 6)

Auch die Ausweitung der bevölkerungsweiten Tests auf die Apotheken und den niedergelassenen Bereich durch den Gesetzgeber war nicht von Steuerungsmaßnahmen des Gesundheitsministeriums begleitet, um eine Abstimmung mit bestehenden Angeboten zu erreichen und etwaige Parallelstrukturen und Mehrfach-Testungen zu verhindern. (TZ 7)

(3) Ohne valide Daten weder Monitoring noch Evaluierung möglich

Das Gesundheitsministerium verfügte über keine vollständigen und qualitätsgesicherten Daten zum Testgeschehen, weil es verabsäumte, die Abrechnung der durchgeführten Tests an Bedingungen wie etwa die lückenlose Erfassung von Testdaten zu knüpfen. Die vorhandenen Daten erlaubten keinen Überblick über die Anzahl und Kosten der Testangebote und auch nicht über deren Kosten-Nutzen-Verhältnis. Dies deshalb, weil die Meldungen der Länder an das Gesundheitsministerium bis Sommer 2022 nicht einheitlich waren und keinen klaren Vorgaben folgten. Sie enthielten zum Teil in Apotheken, Betrieben und Schulen durchgeführte Tests, die das Gesundheitsministerium bereits aus anderen Datenquellen bezog; Testangebote wie die „Sichere Gastfreundschaft“ des Tourismusministeriums oder die Wohnzimmertests waren hingegen nicht enthalten. Damit konnte das Gesundheitsministerium laut eigener Angabe die genaue Anzahl der im überprüften Zeitraum insgesamt durchgeführten Tests nicht verlässlich ermitteln und daher auch nicht mit den angefallenen Kosten verknüpfen. Ohne derartige Daten fehlten aber auch die Grundlagen für ein Monitoring, eine Beurteilung der Zweckmäßigkeit und eine Evaluierung der Wirksamkeit des Testgeschehens, obwohl dies angesichts der Kosten in Milliardenhöhe geboten schien. (TZ 10, TZ 11, TZ 12, TZ 15)

(4) Ausblick: besseres Kosten–Nutzen–Verhältnis anstreben

Das Gesundheitsministerium begründete die bevölkerungsweiten Tests in der Teststrategie damit, dass asymptomatische infizierte Personen frühzeitig erkannt, abge sondert und so Infektionsketten rasch unterbrochen werden konnten; dies vor allem um eine zu hohe Belastung des Gesundheitssystems zu verhindern. Das Gesundheitsministerium empfahl in der Teststrategie, dass sich jede Bürgerin und jeder Bürger ein– bis zweimal in der Woche testen lassen sollte, um dieses Ziel zu erreichen. Es definierte die Testhäufigkeit aber nicht als Indikator für die Zielerreichung und erhob sie auch nicht im Sinne eines Monitorings. [\(TZ 5\)](#)

Allerdings zeigten Daten aus Bevölkerungsbefragungen im Rahmen des Austrian Corona Panel Projects der Universität Wien bereits ab April 2021, dass die tatsächliche Testhäufigkeit im Durchschnitt deutlich hinter der Empfehlung zurückblieb. Bis April 2021 ließen sich nur 24 % der Bevölkerung häufiger als einmal pro Woche und weitere 9 % wöchentlich testen. Personen ohne Immunschutz ließen sich von September bis November 2021 häufiger testen als Geimpfte bzw. Genesene. Der Anteil jener ungeimpften Personen, die sich in einem Monat nicht testeten, blieb aber auch nach Einführung der 3G-Regel am Arbeitsplatz hoch (z.B. 27 % im November 2021). Im selben Zeitraum lag die Auslastung der Erwachsenen-Intensivbetten mit an COVID-19-Erkrankten über dem Schwellenwert für ein sehr hohes Systemrisiko. [\(TZ 5\)](#)

Das Gesundheitsministerium selbst hatte bei den bevölkerungsweiten Tests asymptomatischer Personen darauf aufmerksam gemacht, dass zum einen die für die angestrebte Wirkung erforderliche Testhäufigkeit von ein– bis zweimal wöchentlich nicht garantiert war, und dass zum anderen ein negativer Test auch zu falscher Sicherheit und Missachtung der Hygienemaßnahmen und damit zu einem gegenteiligen Effekt führen könnte. Wie schon angesichts der hohen Kosten schien es auch aus diesem Grund geboten, die Wirksamkeit der bevölkerungsweiten Tests zu evaluieren und das Kosten–Nutzen–Verhältnis zu analysieren. [\(TZ 4\)](#)

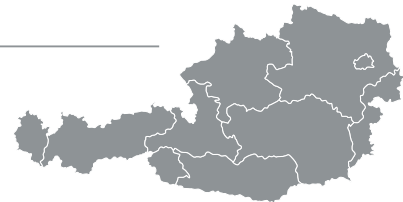
Auch das Gesundheitsministerium sah über ein Jahr nach Einführung der bevölkerungsweiten Tests Optimierungsbedarf und schränkte diese auf höchstens fünf kostenfreie PCR-Tests und fünf Wohnzimmertests pro Person und Monat ein. Gleichzeitig legte es den Fokus wieder vermehrt auf ein zielgerichtetes Vorgehen, u.a. durch eine Verstärkung der Surveillance-Programme. Dazu zählten u.a. Abwasseranalysen auf Coronaviren als eine kostengünstige, schnelle und zuverlässige Maßnahme zur Beobachtung des Infektionsgeschehens. Ein Ausbau dieses Abwassermonitorings in Verbindung mit risikoorientierten Tests schien geeignet, einen österreichweiten Überblick über das Infektionsgeschehen bei gleichzeitig deutlich geringeren Kosten zu erzielen. [\(TZ 10\)](#)

Die folgende Abbildung fasst das Verbesserungspotenzial beim Testen im Rahmen eines zukünftigen Pandemiemanagements grafisch zusammen:

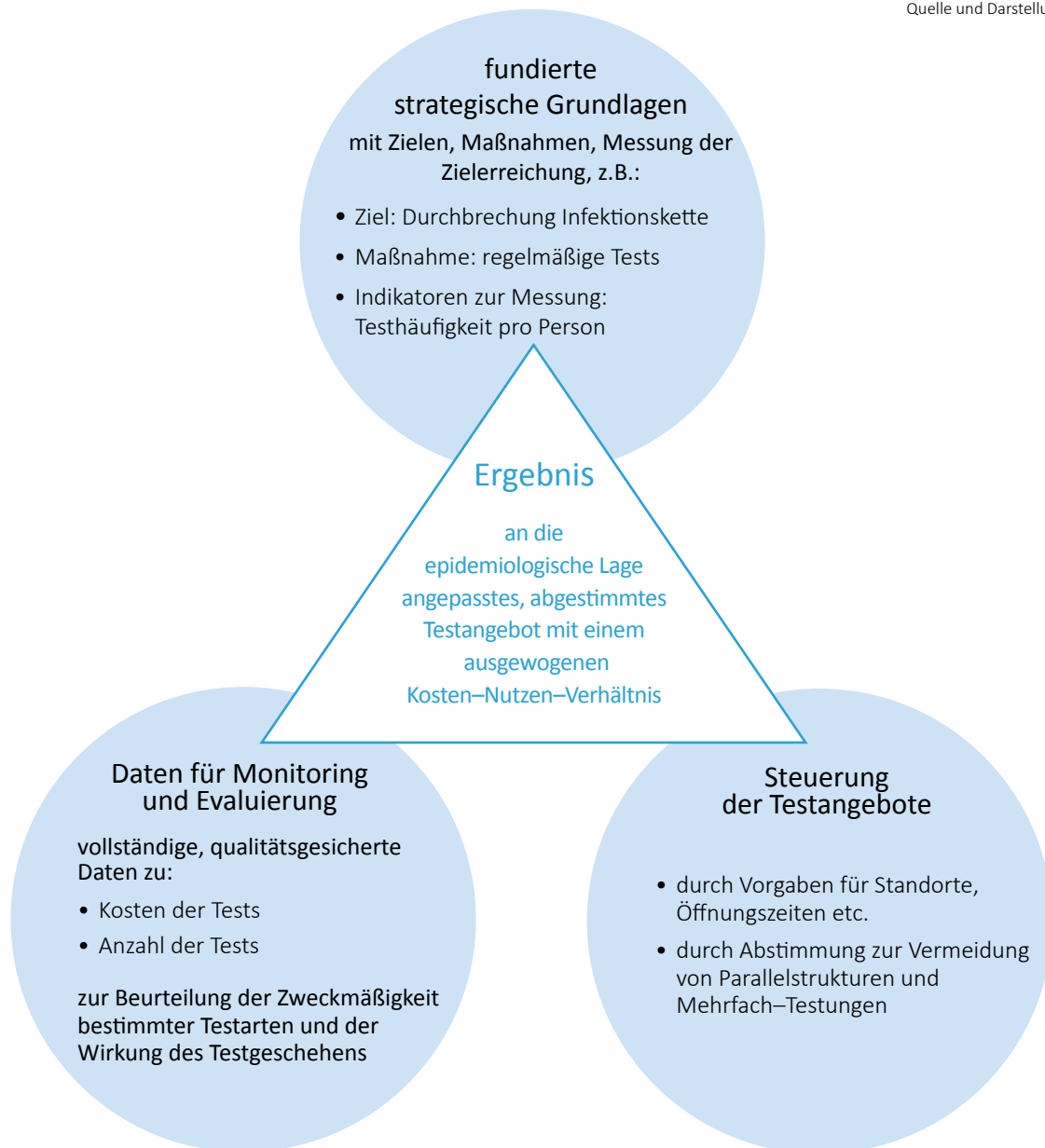
Abbildung 8: Verbesserungspotenzial beim Testen im Rahmen des Pandemiemanagements

Österreich

VERBESSERUNGSPOTENZIAL
BEIM TESTEN



Quelle und Darstellung: RH



Der RH verwies in diesem Zusammenhang insbesondere auf folgende Empfehlungen an das Gesundheitsministerium:

- Das Gesundheitsministerium sollte seine Zuständigkeit für die Pandemiebewältigung wahrnehmen und darauf hinwirken, dass nicht andere Stellen in seine Zuständigkeit fallende gesundheitspolitische Entscheidungen treffen und in der Folge Maßnahmen setzen, die mit der eigenen Teststrategie nicht konform gehen. (TZ 4, TZ 5)
- Den Ländern wären bei künftigen Maßnahmen zur Pandemiebewältigung unter Nutzung der bisherigen Erfahrungen klare (Ziel-)Vorgaben zu machen, um österreichweit eine vergleichbare Vorgehensweise zu gewährleisten und die Koordination und Steuerung durch das Gesundheitsministerium sicherzustellen. (TZ 6)
- Beim Testen wäre der zielgerichtete, risikoorientierte Ansatz weiterzuverfolgen und auszubauen. Bevölkerungsweite Tests wären künftig zusätzlich zu diesem Ansatz nur mehr abhängig von der epidemiologischen Lage und unter Zugrundelegung von Kosten-Nutzen-Aspekten im Vergleich zu den Surveillance-Programmen anzubieten. Für die regionalen Abwassermonitorings in den Ländern wären die Grundlagen für vergleichbare Ergebnisse vorzugeben, damit diese in das nationale Monitoring einfließen können. (TZ 10)
- Zur Verbesserung der Datenqualität wären sowohl die begonnene Vereinheitlichung der Ländermeldungen als auch der Aufbau des Data Warehouse fortzusetzen. (TZ 11)
- Für die wichtigsten Testangebote wären die Kosten pro Test den Zahlen zu deren Inanspruchnahme gegenüberzustellen und deren Zweckmäßigkeit und Finanzierbarkeit zu bewerten. Dazu wären die erforderlichen Datenmeldungen durch die Länder sicherzustellen und die Kosten mit der Anzahl der Tests zu verknüpfen. (TZ 12)



Schlussempfehlungen

27 Zusammenfassend empfahl der RH:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

- (1) Im Rahmen der Pandemievorsorge und insbesondere im neuen nationalen Pandemieplan wäre auch ein Szenario mit Krankheitserregern zu berücksichtigen, für deren Nachweis bei Infektionsverdacht labordiagnostische Maßnahmen erforderlich sind. Konkrete strategische Überlegungen des Gesundheitsministeriums – wie eine Priorisierung bestimmter Personengruppen bei PCR-Tests – sollte die Gesundheitsministerin bzw. der Gesundheitsminister mittels ihrer bzw. seiner Rechtsinstrumente den vollziehenden Behörden verbindlich vorgeben, um im Pandemiemanagement für Transparenz, Rechtssicherheit und ein bundesweit vergleichbares Niveau zu sorgen. (TZ 2, TZ 3)
- (2) Im Zuge der Vorbereitungen für die nächste Novelle des Epidemiegesetzes 1950 wäre auf eine gesetzliche Grundlage dafür hinzuwirken, dass der Bund im Bedarfsfall auch die Kosten für behördliche Tests durch private Labore tragen kann. (TZ 2)
- (3) Das Gesundheitsministerium sollte seine Zuständigkeit für die Pandemiebewältigung wahrnehmen und darauf hinwirken, dass nicht andere Stellen in seine Zuständigkeit fallende gesundheitspolitische Entscheidungen treffen und in der Folge Maßnahmen setzen, die mit der eigenen Teststrategie nicht konform gehen. (TZ 4, TZ 5)
- (4) Im Sinne der Transparenz gegenüber der Bevölkerung wären grundlegende Änderungen der Teststrategie – wie sie etwa die Abkehr vom risikoorientierten Ansatz darstellte – künftig nachvollziehbar zu begründen. (TZ 4, TZ 5)
- (5) Im Rahmen der Pandemievorsorge wären gemeinsam mit den Ländern Ansätze für eine bundesweite, möglichst effiziente IT-Lösung zu erarbeiten, die alle Testangebote umfasst. (TZ 4)
- (6) Den Ländern wären bei künftigen Maßnahmen zur Pandemiebewältigung unter Nutzung der bisherigen Erfahrungen klare (Ziel-)Vorgaben zu machen, um österreichweit eine vergleichbare Vorgehensweise zu gewährleisten und die Koordination und Steuerung durch das Gesundheitsministerium sicherzustellen. (TZ 6)

- (7) Die Übertragung von Aufgaben wäre zukünftig umfassend zu planen. Dabei wären auch Vorgaben festzulegen, die eine effiziente Aufgabenwahrnehmung und begrenzte Kosten gewährleisten. (TZ 7)
- (8) Entscheidungen zur Teststrategie wären rechtzeitig zu kommunizieren, um den betroffenen Stellen eine Vorbereitungszeit einzuräumen. (TZ 9)
- (9) Beim Testen wäre der zielgerichtete, risikoorientierte Ansatz weiterzuentwickeln und auszubauen. Bevölkerungswerte Tests wären künftig zusätzlich zu diesem Ansatz nur mehr abhängig von der epidemiologischen Lage und unter Zugrundelegung von Kosten-Nutzen-Aspekten im Vergleich zu den Surveillance-Programmen anzubieten. Für die regionalen Abwassermonitorings in den Ländern wären die Grundlagen für vergleichbare Ergebnisse vorzugeben, damit diese in das nationale Monitoring einfließen können. (TZ 10)
- (10) In Zukunft wäre die Vorbereitung auf mögliche Änderungen der Rahmenbedingungen durch das Auftreten neuer Virusvarianten zu verbessern, um die Teststrategie zeitgerecht anpassen und allgemeine Vorgaben konkretisieren zu können. Dazu wären aufbauend auf dem Variantenmanagementplan Maßnahmen zu entwerfen, die die Vorhaltung eines im Umfang flexiblen Basis-Testangebots sicherstellen. (TZ 10)
- (11) Zur Verbesserung der Datenqualität wären sowohl die begonnene Vereinheitlichung der Ländermeldungen als auch der Aufbau des Data Warehouse fortzusetzen. (TZ 11)
- (12) Für korrekte, vollständige und aktuelle Testdaten wäre zu sorgen; dafür wären klare und verbindliche Vorgaben festzulegen und alle Testeinrichtungen zur eindeutigen Personenidentifikation zu verpflichten. Dabei sollte erwogen werden, die ordnungsgemäße Datenübermittlung als Voraussetzung für eine Übernahme der Testkosten durch den Bund festzulegen. (TZ 11)
- (13) Das Kosten-Nutzen-Verhältnis eines künftigen Testangebots wäre zeitnah unter Berücksichtigung aller anderen Pandemiemanagement-Maßnahmen und im Lichte internationaler Erfahrungen einzuschätzen. (TZ 12)
- (14) Für die wichtigsten Testangebote wären die Kosten pro Test den Zahlen zu deren Inanspruchnahme gegenüberzustellen und deren Zweckmäßigkeit und Finanzierbarkeit zu bewerten. Dazu wären die erforderlichen Datenmeldungen durch die Länder sicherzustellen und die Kosten mit der Anzahl der Tests zu verknüpfen. (TZ 12)

- (15) Die Kostenabrechnung für bevölkerungsweite Tests mit den Ländern wäre zu vereinfachen und klar zu regeln. (TZ 13)
- (16) Die inhaltlichen und formellen Anforderungen eines Antrags auf Durchführung eines bevölkerungsweiten Tests wären festzulegen, wie insbesondere verpflichtend anzugebende Informationen über Art und Anzahl der Tests und voraussichtliche Kosten sowie die Fristen für die Antragstellung. Dies mit dem Ziel, Verwaltungsabläufe zu erleichtern und wiederholt auftretende Fragen bereits im Vorfeld zu klären. (TZ 14, TZ 18)
- (17) Ein Antrag eines Landes auf Kostenerstattung wäre nur dann positiv zu erledigen, wenn ein genehmigter Screening-Antrag vorliegt und die abgerechneten Projekte diesem entsprechen. (TZ 14)
- (18) Die Länder wären in die Kontrolle der Abrechnungen einzubeziehen und anzuweisen, die Abrechnungen der Gemeinden jedenfalls anhand von Plausibilitätskriterien zu prüfen. (TZ 15)
- (19) Auf umfassendere und nach Möglichkeit automatisierte Kontrollen bei der Abrechnung von Tests im Bereich der Sozialversicherung wäre hinzuwirken. (TZ 16)
- (20) Die Honorare für Durchführung und Verteilung von PCR- und Antigen-Tests in Apotheken und im niedergelassenen Bereich wären auf ihre Angemessenheit zu hinterfragen. (TZ 16)
- (21) Vor einer Ausschreibung – wie im Fall von PCR-Tests – sollte sich das Gesundheitsministerium mit den Ländern abstimmen, ob eine Ausschreibung durch die Bundesbeschaffung GmbH oder länderweise Ausschreibungen zweckmäßiger sind, und dabei die in den bisherigen Ausschreibungen zu PCR-Tests gemachten Erfahrungen nutzen. Weiters wären für künftige Ausschreibungen Mindestinhalte und Mindeststandards von PCR-Tests vorzugeben. (TZ 17)
- (22) Gemeinsam mit den Ländern und anhand der bisher gewonnenen Erkenntnisse wären verbindliche Vorgaben für PCR-Gurgeltestsysteme zur Eigenanwendung zu definieren. Die Berücksichtigung dieser Vorgaben sollte Bedingung für eine Übernahme der Testkosten durch den Bund sein. (TZ 25)

Land Niederösterreich; Stadt Wien

- (23) Die Vorgaben des Gesundheitsministeriums zur korrekten und vollständigen Meldung der Anzahl der Tests wären umzusetzen; nachträgliche Korrekturen wären möglichst zu vermeiden. (TZ 11)

Land Niederösterreich

- (24) Bevölkerungswerte Testprogramme, wie die Testautomaten, wären künftig nur aufgrund von schriftlichen Verträgen durchzuführen und die gesetzlichen Vorgaben zur Durchführung und Abrechnung dieser Projekte einzuhalten. (TZ 18)
- (25) Für bevölkerungswerte Tests wäre ein regelmäßiges Monitoring der wesentlichen Kennzahlen und Leistungsdaten aufzubauen, um über die Grundlagen für die Steuerung und Weiterentwicklung des Projekts zu verfügen. (TZ 20)
- (26) Für die Auswertungen der Zeit bis zur Testergebnisübermittlung wäre als Beginn – neben der Probenahme und dem Laboreingang – insbesondere der vereinbarte Zeitpunkt der Probenabholung heranzuziehen. (TZ 20)
- (27) Beim PCR-Gurgeltestsystem zur Eigenanwendung wären vom Auftragnehmer nachvollziehbare und verständliche Rechnungen einzufordern. (TZ 21)
- (28) Vertragsänderungen beim PCR-Gurgeltestsystem zur Eigenanwendung wären künftig aus Gründen der Nachvollziehbarkeit und Rechtssicherheit in Schriftform vorzunehmen. (TZ 21)

Stadt Wien

- (29) Die Durchführung epidemiologisch und medizinisch redundanter Tests wäre durch Einschränkung der individuellen Testfrequenz zu unterbinden. (TZ 22)
- (30) Bei zukünftigen bevölkerungswerten Tests wäre sicherzustellen, dass eine möglichst große Anzahl der angekauften Testkits tatsächlich verwendet wird. Dafür wäre z.B. der Testkit-Bezug an den Verbrauch zuvor bezogener Testkits zu binden. Zudem wäre zu erwägen, Testkits mit längerer Haltbarkeit einzusetzen. (TZ 22, TZ 24)



**Rechnungshof
Österreich**

Wien, im Juli 2023

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

R
—
H

